



## Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

### INTERVJUREFERAT – BJØRN-INGE LARSEN

<b>Intervju av:</b>	Bjørn-Inge Larsen, spesialrådgiver Helse- og omsorgsdepartementet, tidligere departementsråd
<b>Sted:</b>	Tollbugata 12, Oslo
<b>Tid:</b>	14. desember 2021, klokken 12:00-14:30
<b>Digitalt eller fysisk:</b>	Digitalt
<b>Leder av intervjuet:</b>	Egil Matsen, kommisjonsleder
<b>Øvrige deltagere som deltok fysisk:</b>	Marianne Aasland Kortner, Frode Veggland, Henrik Shetelig og Olav Slettebø fra sekretariatet
<b>Øvrige deltagere som deltok digitalt:</b>	Astri Aas-Hansen, Nina Langeland, Ayan Bashir Sheikh-Mohamed, Rolv Terje Lie, Christine Korme og Toril Johansson fra kommisjonen. Erik Sundet fra PwC.
<b>Ev. bisittere</b>	Ingen

#### 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 ønsket velkommen og presenterte deltagere til stede.**

**Marianne Aasland Kortner informerte om de praktiske og rettslige rammene for intervjuet:**

- Det er satt av 2 timer og 30 minutter 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 meroffentlighet i sentrale referater. Etter avlevering av

kommisjonens arkiv er det Arkivverket som forvalter innsyn i arkivet.

- Du har plikt til å forklare deg for kommisjonen. Det følger av forskrift at «[e]nhver som utfører arbeid eller tjeneste for et forvaltningsorgan underlagt Kongens instruksjonsmyndighet plikter å gi Koronakommisjonen den informasjon som er nødvendig for at kommisjonen kan utføre sitt arbeid i henhold til mandat».
- Det kan reises spørsmål om den som har forklaringsplikt overfor en granskingskommisjon kan straffes for å forklare seg bevisst uriktig etter straffeloven (2005) § 221 første ledd bokstav c.  
Kommisjonen mener at den ikke er et forvaltningsorgan som utøver offentlig myndighet, og at det derfor ikke er straffbart å forklare seg bevisst uriktig for kommisjonen.

Det pekes imidlertid på at det kan være noe tvil om denne konklusjonen, og vi vil jo uansett oppfordre deg til å snakke sant.

- Du kan 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 granskingskommisjoner: 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.

**Har du merknader eller spørsmål til innkallingen eller det som er gjennomgått her?**

Nei. Det er vel slik i praksis at disse referatene blir offentlige?

**Det stemmer. Det vil være sannsynlig at referatet blir offentliggjort etter vi overleverer vårt arbeid til arkivverket.**

**Egil gitt gjennom overordnet gjennom temaene som vil bli tatt opp i intervjuet:**

1. Overordnede spørsmål
2. Intensivkapasitet og beredskap
3. Kommunelegenes situasjon
4. Vaksineanskaffelser
5. Vaksinestrategi
6. Importsmitte
7. Læring

## **FORKLARING**

### **Kan du redegjøre kort for din utdanning og yrkesmessige bakgrunn?**

Jeg er utdannet lege fra UiO og ble ferdig 1986. Jeg har et ettårsstudium på BI og en studie i California i helseadministrasjon som gir to mastergrader i økonomi og samfunnsmedisin. Jeg har jobbet i statlig helseforvaltning stort sett hele mitt yrkesaktive liv. Først i Helsedirektoratet (Hdir), så som assisterende fylkeslege i Buskerud, så som fylkeslege i Finnmark, så som fylkeslege i Vestfold og så som assisterende direktør i Statens helsetilsyn. De siste 20 årene har jeg jobbet 11 år som leder av Hdir og 9 år som departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Jeg var departementsråd frem til 1. juni. Det siste halve året har jeg vært spesialrepresentant for internasjonal helse.

### **Hva har vært dine viktigste oppgaver under pandemien?**

Den viktigste oppgaven for en departementsråd er å styre embetsverket og sørge for at politisk ledelse får gode råd og gode arbeidsvilkår for å utøve sitt arbeid. I tillegg har det vært en viktig oppgave å lede involveringen av etatene våre under pandemien og holde dialog med de øvrige departementene på ledernivå gjennom pandemien. Jeg har også vært ansvarlig for kontakt mot WHO og mot EU, samt praktisk og direkte engasjert i arbeidet med å skaffe vaksiner til Norge.

### **Tema 1: Overordnede spørsmål vedrørende sentral krisehåndtering**

#### **HOD har sammen med Justis- og beredskapsdepartementet (JD) vært sentrale i pandemihåndteringen. Kan du fortelle om rolle- og ansvarsdelingen, mellom HOD og JD under pandemien?**

Gjennom hele pandemien har det vært slik at det ligger til grunn at dette er en helsekrise. Det er en helsekrise som til dels er vanskelig å få kontroll på. Pandemien innebærer nokså avansert arbeid for spisskompetente miljøer innen helse som er premissleverandøren for arbeidet i alle sektorer. Det har vært situasjonen gjennom hele perioden.

Innledningsvis tok HOD lederrollen i tråd med instruksene som gjelder for ledelse av kriser for statsforvaltningen. Vi tok lederrollen i en kort periode frem til rett etter at vi hadde stengt ned samfunnet første gang gjennom vedtakene 12. mars. Det ble en umiddelbar refleksjon på at helseelementet er en begrenset del av krisen. Det er nedstenging av samfunnet som er mest dramatiske for samfunnet. Da var det naturlig å be JD ta lederrollen. Det var et stort arbeid knyttet til koordinering og arbeid på tvers av departementer. Etter det har det vært JD som har ledet det tverrdepartementale arbeidet og forberedelsene av regjeringskonferanser. Alle forberedelse av regjeringskonferanser og alle vedtak i ulike sektorer er basert på et faglig underlag som starter i FHI og Hdir, og som bearbeides i HOD før det videresendes til øvrige departementer.

JD har etter hvert fått en del praktiske direkte ansvarsposisjoner, for eksempel knyttet til innvandring, karantene mv.

### **Har ordningen med et annet lederdepartement enn det som er mest direkte berørt av krisen fungert tilfredsstillende?**

Min vurdering er at det tverrdepartementale samarbeidet har fungert bedre under denne krisen enn i noen annen krise jeg har vært i. Det er helt sikkert ting som kunne vært bedre, men for HOD har arbeidsbelastningen vært nokså overveldende. Det har vært slik at vi ved enhver korsvei har sett etter mekanismer for å be andre departementer ta ansvar for deler av krisehåndteringer. Det at JD har vært lederdepartement har vært en stor avlastning for HOD. Det er ikke riktig bare fordi det er avlastende, det er også riktig fordi det er det departementet som vanligvis skal være lederdepartement. Det er bra vi har et departement som er satt opp for det. Det litt underlige at vi har levert nesten alle premissene til regjeringen, og at det er et annet departement som er lederdepartement, men det har fungert ganske godt.

### **Nasjonale sektorovergripende kriser forutsetter koordinering og ledelse. Hvilke mekanismer har HOD benyttet for å sikre koordinering og samhandling?**

Jeg vil starte med å si at vår vanlige arbeidsmodus under kriser er at HOD som en relativt liten organisasjon ber Hdir, som en større organisasjon, om å koordinere arbeidet for alle våre etater og også koordinere tverrsektorielt mot andre etater underliggende andre departementer. Det har vi også gjort i denne situasjonen. Det er Hdir som har ledet pandemiberedskapsutvalget som har deltakelse fra mange sektorer. Det er også Hdir som har tatt alle innspillene for våre egne og andre sektors etater. Det gjør det lettere for oss å ha et samlet budskap på tvers av sektorer, før vi tar våre ting videre til andre departementer. Med andre ord finnes det en koordineringsmekanisme på direktoratsnivå.

Den neste koordineringsmekanismen er direkte koordinering mot andre departementer. UD har for eksempel spilt en stor rolle under pandemien og vært en viktig samarbeidspartner. Det er samarbeid departement-til-departement. Det sitter ansatte fra UD i HOD og vice versa, og vi jobber tett sammen på ledernivå. Så har regjeringen dette Kriserådet. Et møtepunkt for departementsråder som møtes hyppig. Det er JD som lederdepartement som har ledet møtene. Også Kriserådets møter har i realiteten handlet om helsekrisen og helsedelen av krisen, samt vår vurdering av den. Vi har lagt stor vekt på at alle departementer og regjeringen skal ha ganske tung faglig forståelse av pandemien. Vi har vært avhengig av at andre departementer hjelper oss ved å tenke selv om hva som er nødvendig å gjøre i deres sektor. For å beskytte Hdir, FHI og oss har vi hatt en ordning hvor etatene og andre i andre sektorer, må først prøve å få svar i egen sektor.

### **Betyr det at FHI og Hdir har deltatt i Kriserådet?**

Ja, i hvert eneste kriseråd. De har også deltatt i hver eneste regjeringskonferanse og RCU. De har brukt vesentlig deler av tiden i disse foraene.

### **Beskriv samarbeidet og kontakten med SMK under pandemien?**

SMK leder ikke Kriserådet eller det praktiske krisearbeidet. SMK har for det første vært viktige i de få tilfellene hvor vi ikke klarer å bli enige mellom departementene. For eksempel mellom oss og JD. Da trenger vi en problemløsningsmekanisme. Den problemløsningsmekanismen er enten SMK direkte, eller regjeringen hvor statsminister til slutt bestemmer hva beslutningen skal være. Veldig mange ting vi trenger å få håndtert på en enkel måte kan vi drøfte med SMK i tresomhet. Så er det FIN og SMK som til syvende og sist

tar stilling til bevilgning av midler. Samarbeidet med Finansdepartementet (FIN) under pandemien har egentlig vært veldig godt. De tok initiativ til at Hdir nedsatte dette Holden-utvalget med Steinar Holden. Det gjorde at vi fikk god samfunnsøkonomisk tenkning inn. En slags samfunnsøkonomisk himmel over hvordan vi bør tenke i smitteverntiltak. FIN og Holden-utvalget har sammen kommet frem til at midlene de bruker i helsetjenesten på helsetiltak, behandling og vaksiner mv, ikke er de store økonomiske kostnadene ved pandemien, men at kostnadene ligger i det å stenge ned samfunnet. Jeg har lyst til å si at vi har hatt gode vurderinger med FIN. De har sjeldent hatt innsigelser på investeringer vi har tenkt har vært lure å gjøre på helsesiden, sammenlignet med hva vi vanligvis opplever i normaltid.

### **Er det andre mekanismer du vil fremheve for å få til sektorarbeidet i departementsfellesskapet?**

Regjeringens rutiner bør man ikke la være å nevne. Når vi ønsker en beslutning av regjeringen er standard rutine at vi lager et r-notat som sendes alle berørte departementer, så får vi deres kommentar før det sendes til regjering. Det er vanligvis frist på tre dager for dette, men det har vi ikke overholdt under pandemien på grunn av at vi har vært presset på tid. Men alle departementer har fått våre konklusjoner og vurderinger til innspill. Standardrutinen i regjeringsapparatet er en trygghet for at ting er godt forankret ute i de berørte departementene.

Vi har av og til bedt andre departementer om å avgi arbeidskraft til oss. Det har vært lett å be om. Særlig arbeidskraft til kommunikasjonsavdelingen vår. Vi har hele tiden hatt ekstra folk inne fra andre departementer.

### **Har vi gode nok mekanismer for å sikre tverrgående samhandling? Reflekter gjerne hvordan HOD har håndtert samhandling mellom underliggende etater for andre departementer.**

I denne pandemien tror jeg samordningen mellom departementene har fungert bedre enn samordning mellom direktoratene. Det ble raskt klart for oss at dette i mindre grad var en teknisk krise og i større grad en krise som krever en politisk håndtering. Den viktigste koordineringen har vært mellom departementene og de rutinene vi har der. Det er nok også slik at HOD har tatt en større rolle i håndteringen av denne krisen, enn det vi ellers gjør under helsekriser. Vanligvis holder vi god avstand til koordineringsarbeidet og samordningen. Dette har ikke vært en sektorkrise, det har egentlig vært en krise som krever politisk håndtering basert på et faglig fundament. Denne gangen har den viktigste koordineringen skjedd på departementsnivå. Jeg har ikke inntrykk av om Bjørn Guldvog har brukt pandemi- og epidemikomiteen sin så hyppig som han gjør i andre sammenhenger.

### **Kan du beskrive hvordan HOD har arbeidet fra man har tenkt at det er behov for nye tiltak, og frem til behandling i r-konferanser eller RCU?**

RCU har egentlig vært en liten r-konferanse. De har vært ganske like. Når vi skal fremme en politisk sak er standarden at vi får hjelp fra Hdir og andre etater i saksforberedelser, så lager vi regjeringsnotater. Det er standarden for en vanlig r-konferanse, og det har den vært denne gangen også. Vi har brukt kjernerutinene til regjeringsarbeidet som i Norge, i mye større grad enn i andre land, er veldig tverrdepartementale. Det er ikke i Norge slik at den enkelte minister treffer beslutninger. Om de vil gjøre noe nytt må denne beslutningen tas i regjering. Det er regjeringen som definerer alle forslag om ny politikk. Slik har det vært også med tiltakene under pandemien. Alle tiltak har vært drøftet i regjeringen. Statsministeren trekker

konklusjonen om det er uenighet. Vi har vanligvis rutiner på form og tidsfremdrift på r-notatene. Det har vi ikke fått til under pandemien, hverken tidsfrister eller lengde. Det har ofte vært mye lengre og mindre strukturerte notater enn det det vanligvis er. Vi har sendt dem på foreleggelse til alle departementer, fått tilbakemeldinger og justert oss. Det fremgår også de innspillene vi ikke tar inne som alternative konklusjoner. Jeg har sittet inne i r-konferansene sammen med departementsråden i JD. Hdir og FHI har også deltatt med representanter fra toppledelsen. R-konferansene inneholder også andre ting enn pandemi, men har alltid startet med delen om pandemi. De har startet med en grundig gjennomgang av situasjonsforståelsen, deretter gått inn på de konkrete sakene. Det er innledninger fra Bjørn Guldvog og Camilla Stoltenberg, samt spørsmål til disse på de enkelte sakene.

### **Mener du dette arbeidet har fungert tilfredsstillende?**

Ja, det mener jeg har fungert tilfredsstillende.

### **Har det vært situasjoner hvor tidspresset har vært unødvendig?**

Ja, det har det nok. Når det gjelder selve pandemihåndteringen har det kanskje vært unødvendig. Om det kommer tydelig råd fra Hdir eller FHI om snarlige endringer, så fremstår den «uketurnusen» som disse foreleggelsene er litt vanskelig å skjønne i det offentlige rom. Det blir mye kritikk av det. En hel ukes sirkel kan også være uheldig for utviklingen av epidemien. Det har nesten aldri vært slik at en eller to dager er avgjørende for om vi mestrer epidemien eller ikke, så ved en del korsveier har det sikkert vært kortere tidsrammer enn nødvendig.

### **Du nevner noe av dette skyldes at det blir oppmerksomhet om råd fra FHI og Hdir. De er offentlige. Kunne man tenke seg at de ikke offentliggjøres umiddelbart?**

Etter hvert ble det en rutine for at disse ikke ble offentliggjort før to timer i forkant. Det var en drøfting mellom regjeringen og stortinget, hvor stortinget ba om at rådene fra etatene skulle offentliggjøres i forkant av offentliggjøringen av regjeringens konklusjoner. Da ble det en slags forståelse mellom storting og regjeringen at de skulle offentliggjøres noen timer i forkant av at regjeringen offentliggjorde sine konklusjoner. Vi har ikke hatt situasjonen hvor vi har jobbet gjennom en uke, eller gjennom mange dager med et press knyttet til at det lå veldig tydelige råd til regjeringen. Men likevel har det vært mye kritikk knyttet til at vi for eksempel fikk rådet på en fredag, så har man ingen konklusjon før torsdag uken etter. Det fremstår sendrektig, men det er slik en regjering jobber i hverdagen. Jeg tror ikke det er riktig å følge hverdagsrytmen når man står i en krise. Jeg tror det er helt riktig å følge andre tidsrammer, men av og til har vi bare et par dager i forveien av et planlagt møte i regjeringen fått nye råd fra etatene, som vi har følt behov for å ha på den første r-konferansen og ikke på den påfølgende. Og dermed har vi kjørt med veldig knappe frister.

## **Tema 2: Politikk og fag**

**Gjennom pandemien har fagmyndighetene gitt faglige råd, og politikerne har tatt beslutningene. Hvordan vurderer du at forholdet mellom politisk nivå, embetsnivå og direktoratene har vært i håndteringen av pandemien?**

Om man ser tilbake til perioden før pandemien, legger HOD stor vekt på at våre etater skal jobbe selvstendig og drive faglig arbeid. At etatene skal gi sine råd til HOD i det offentlige rom. Det skaper noen utfordringer for politikere, fordi det gis råd som ikke passer med politikken, men i det lange løp skaper det tillitt til helseforvaltningen. Det er tydelig hva Hdir mener og hva FHI mener. Det gir legitimitet at politikere oftest baserer seg på tenkningen fra etatene. Samtidig er det helt legitimt at regjeringen treffer andre konklusjoner enn det som følger av etatenes råd. Dette opplever jeg er en av rollene et departementsråd har - å klare å balansere den sterke posisjonen som etater får ved å kunne snakke å tydelig og fritt i det offentlige rom, men samtidig passe på at det blir rom for politiske refleksjoner.

Jeg tenkte tidlig i pandemien at det var særlig viktig at vi ikke mistet disse rutinene når i skulle håndtere pandemien. Jeg mener vi har klart å holde på rutinene om at etatene skal være tydelig og melde sine vurderinger i det offentlige rom. Det er en balanse hvor fagmiljøene på ulike måter kan overlate for lite refleksjonsbok til det politiske Norge. De kan bli for bastante i at det bare finnes én riktig løsning. Når jeg nå reflekterer etter at jeg har stått i dette lenge, tenker jeg at det var den balansen det var viktig å ivareta. At fagmiljøene ikke gikk for langt i å konkludere, slik at det var politisk handlingsrom for regjeringen. En ting er å fortelle hva kunnskapen tilsier, men om man sier at det er feil å konkludere med noe annet eller at en annen konklusjon er i strid med menneskerettigheter, så er det å gå altfor langt. Det har vi hatt drøftinger om. Det er slik at etatene våre i stor grad har styrt samfunnet.

**Når regjeringen selv har fattet beslutninger vedrørende tiltak har regjeringen måttet foreta avveiningene mellom smittevern på den ene siden, og hensynet til grupper som rammes av smitteverntiltakene på den andre. Det er vel også slik at fagmiljøene skal legge vekt på tiltaksbyrde, men legger det politiske nivået på tilleggsvurderinger utover det?**

Våre fagmiljøer skal i utgangspunktet ta hensyn til tiltaksbyrde, økonomiske forhold og andre forhold, men det er ikke deres ekspertise. Deres ekspertise er ikke politikk og samfunnsøkonomi. Våre fagmiljøer må tåle at både HOD, andre departementer og regjeringen har helt andre vurderinger enn etatene, særlig når det gjelder det som ikke er rent helsefaglig. Det er legitimt, viktig og nødvendig. Vår modell er veldig innrettet på det, kanskje litt i motsetning til den svenske modellen som er en modell som slutter med de faglige vurderingene. Vår modell er forankret i det politiske.

**Kan du gi eksempler på at du som øverste embetsmann i HOD har ønsket vesentlig strengere tiltak på et område, mens din statsråd eller regjeringen har sagt nei på grunn av andre hensyn?**

Det kan jeg ikke komme på.

**Kan du fortelle litt om prosessen i departementet når dere har fått innspill fra FHI og Hdir? Kan du gi eksempler på hvordan prosessen ved slike råd er internt i departementet når du vet at politikerne har annen oppfatning enn råd fra fagmiljøene?**

Det er ikke min oppgave å ta hensyn til. Min oppgave er å gjøre en ny vurdering av de rådene som kommer fra FHI og Hdir. Vi har mange avdelinger med ulike spesialister og kompetanse.

Alle disse er involvert. Så har vi møter i embetsverket hvor vi drøfter og tar stilling til hva vi tenker om rådene, og om vi skal følge opp disse rådene til våre politikere. Vår politisk ledelse får et helt nytt sett med nye råd fra embetsverket i HOD. De er ofte sammenfallende med de rådene vi får fra Hdir. Vi får alle rådene våre fra Hdir. Direktoratet koordinerer alle innspillene, særlig fra instituttet. Men Hdir synliggjør alle innspill som kommer fra instituttet. Embetsverkets råd går så til politikerne som ofte i hovedsak bygger på rådene vi har fått fra Hdir og FHI. Når det er uenighet mellom Hdir og FHI, som det ikke så sjeldent er, er vi tydelige på hva vi foreslår. Om det er noen tendens, tror jeg vi som embetsverk ved noen korsveier ikke ønsker like strenge tiltak som det som har kommet fra Hdir eller FHI. Til slutt er det helseministeren som konkludere hvilke tiltak han anbefaler, og som vi sender ut i et r-notat.

**Vi er kjent med at direktoratet har koordineringsansvaret for å samle alle faginnspill fra de rene fagmiljøene. Tenker du at det i offentligheten ikke er så lett å skille mellom Hdir og FHI?**

Det er jeg enig i. Om vi går tilbake til influensapandemien i 2009, tror jeg vi hadde det samme bildet. For HOD er det vesentlig forskjell på Hdir og FHI. FHI er et kunnskapsorgan og de skal levere god kunnskap. Hdir er nærmere tjenesten og er et myndighetsorgan som forvalter regelverk og tilskudd til tjenesten. Hdir er nærmere politikken og mer praktiske. Hdir ligner sånn sett mer på HOD. Mens instituttet egentlig er uavhengig i nesten alle sine funksjoner, så er Hdir uavhengig i sitt faglige arbeid, men har en rekke oppgaver hvor de står i direkte instruksjon under oss. Det er nesten umulig for et institutt og direktorat å ikke snakke om hverandre ansvarsområder, når de er i det offentlige rom. Selv om de strengt tatt har forskjellige oppgaver, så snakker de om hverandres ansvarsområde. Vi synes det er greit. Det skjer i en forståelse av at Guldvog og Stoltenberg tenker at det er nødvendig og greit. Mange land har Hdir og FHI som én organisasjon, altså ikke som to organisasjoner. Det kunne vært en løsning også i Norge, men det er også noe bra med å ha de som separate organisasjoner. Man får to vurderinger og det er nyttig for regjeringen.

**Din vurdering er at fordelene med å ha det som to separate organisasjoner er større enn for eksempel ved den svenske modellen?**

Jeg tror det, men det avhenger også av at lederne og organisasjonen får til samarbeidet og at det blir konstruktivt. Det er vanskelig å lede sterke fagpersoner, og det er det mange av i både FHI og Hdir. Om de ikke får til et samspill som tjener regjeringen og samfunnet, må man ta grep. Jeg synes de i all hovedsak har lykket med å være konstruktive og spille godt sammen.

**I hvilken grad har du / HOD vært involvert i diskusjonen om eventuelle kompenserende tiltak, spesielt med tanke på utsatte grupper?**

Ja, det har vi.

**Kan du gi et eksempel?**

Kompenserende tiltak i betydningen støtte til sårbare grupper?



## **Ja, for eksempel.**

Der er det slik at vi sammen med Hdir jobber frem forslag til ulike pakker av kompenserende tiltak som kan gjøre at personer med psykiske lidelser, rusmisbrukere, voldsutsatte, eldre og andre fortsatt får tjeneste når det er vanskelig å levere disse på grunn av smittevern. Det har også handlet om å sørge for at helsestasjon og skolehelsetjenester kan driftes, ikke minst for sårbare barn, i perioder hvor de som jobber på helsestasjoner egentlig jobber på veldig mange andre områder i kommunen. Dette er pakker som i stor grad kommer ut fra HOD. HOD har hatt en serie med pakker hvor det er bevilget et par milliarder kroner, i hovedsak over helsebudsjettet. De lages i stor grad i HOD, i samspill med Hdir og FHI.

## **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 HODs rolle i forbindelse med utarbeidelse av disse dokumentene?**

Strategien kom sommeren 2020. Da hadde det gått en periode siden epidemien brøt ut, så vi hadde så smått begynt å bli kjent med hvordan den artet seg. Vi hadde en del internasjonal kunnskap. Det kom en ramme for en slik strategi fra WHO som vi studerte. Vi tenkte det ville være et nyttig dokument for oss, for å bli enige med oss selv om hvordan vi tenkte om disse strategiske temaene for det videre løpet med denne pandemien. Det var statsråden som tok beslutning om at vi bør ha dette i Norge. Vi hadde fra før en strategisk tenkning present på de aller fleste temaene som dokumentet foreslo at vi burde drøfte, men det var likevel en nyttig øvelse. Strategien ble laget i HOD, med innspill fra Hdir som jeg antar hørte instituttet. Det var den første versjonen av strategien som kom, og som senere er revidert ved flere korsveier.

## **Beredskapsplanene inneholder såkalte «tiltaks pakker». Hvordan har HOD vært involvert i arbeidet med å utrede smittevernmessige og samfunnsmessige konsekvenser av de enkelte tiltakene og prioritere mellom ulike tiltak inn i de samlede pakkene?**

Dette arbeidet er ikke så ulikt det som skjer i forkant av alle andre beslutninger i regjering. Det er arbeid hvor vi får bestillinger fra andre departementer om grunnleggende tenkning ut fra det helsefaglige, som vi ber Hdir og FHI forberede for oss. Det som har ligget som premiss hele tiden – også i arbeidet med tiltakspakker hvor vi har drøftet alt fra lønnskompensasjon og sektorkompensasjon til det å holde et lavt smittenivå. Holden-utvalget har i sitt arbeid påpekt at det er den beste måten å beskytte økonomien på. Det ga et enklere premiss for tenkningen vår, enn om Holden-utvalget hadde hatt et annet og mer nyansert syn. Holden-utvalget konkluderte ikke med at man måtte unngå nedstenging for enhver pris, det var tvert imot slik at nødvendige tiltak for å holde kontroll på smitten sannsynligvis ville være gunstig for den økonomiske utviklingen. Vi har i mindre grad kompetanse til å forstå hvordan en lønnskompensasjonsordning eller sektorstøtteordning skal være. Det er det FIN som har gjort med for eksempel Kultur og likestillingsdepartementet (KUD), Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) og Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID). Der har det mer vært at de helsefaglige premissene har vært inne. Det har vært en arbeidsgruppe i FIN som har jobbet med pakkene. I den arbeidsgruppa har Guldvog og Stoltenberg sittet. Så det har vært premissgivere inne i prosessene til FIN.

### **Hvordan har HOD vurdert forholdsmessigheten og konsekvensene av tiltakene?**

Det har blitt gjort forholdsmessighetsvurderinger hele tiden. Det har vært dialog med JD sin lovavdeling om forholdsmessighet ved mange tiltak, bla knyttet til innreise, karantene, karantenehotellordning mv. Det er også mange andre eksempler.

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

Vi har hatt strategier som har holdt åpent for verstefallscenarier eller vanskelige scenarier. Jeg vil likevel si at vi som de aller fleste land i verden stadig har blitt litt overrasket over styrken pandemien har til å komme tilbake, med nye virusvarianter og nye utfordringer. Jeg tror de fleste, også WHO, ikke helt har klart å forutse virusets evne til å mutere og hvordan disse mutasjonene har gitt oss nye utfordringer. Jeg tror at vi har et godt eksempel på det nå. Vi har over en god periode jobbet med tanken om at en godt vaksinert befolkning vil være en god beskyttelse for å leve et godt liv med pandemien. Nå har vi en godt vaksinert befolkning. Vi ser allikevel, at det er kraft i denne pandemien til å kreve nye nedstengingsperioder. Jeg tror mange land er i en ny vurderingsfase – hva er det vi nå venter på?

### **Forrige gang kommisjonen snakket med deg, snakket vi om forberedtheten til selve pandemien. Da var du inne på at man må lære seg å tenke verstefall. Er ikke det vi opplever nå et eksempel på at man fortsatt ikke klarer å forberede seg på verstefall?**

Det har du nok rett i. Hele verden strever med verstefallstenkning. Jeg er ikke helt sikker på om det vi ser nå er et verstefallscenario. Det er fortsatt slik at sykdommen har en dødelighet som måles i promille. Når vi hadde SARS, var dødeligheten på over 10 %. Om SARS hadde smittet bredt, og man ikke klarte å stanse det, hadde vi hatt en vanskeligere situasjon. Det er mange verstefallscenarier som vi bør tenke mer gjennom.

### **Tema 3: Intensivkapasitet**

**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. Var HOD kjent med dette før pandemien brøt ut?**

Vi var kjent med alle disse dokumentene og vurderingene. Jeg tror jeg kanskje med en gang vil si at det er viktige grunner til at man er forsiktig med å bygge opp intensivkapasitet. Enhver ressurs i helsetjenesten er på bekostning av en annen. Intensivsenger er de dyreste sengene i norsk helsetjeneste. De koster kanskje tre eller fire ganger så mye å drifte hver seng sammenlignet med andre sykehussenger. La oss si at vi hadde bygget 50 nye intensivsenger i Norge, så ville det vært en vesentlig investering, som hadde gått på bekostning av annen virksomhet i sykehusene. Det manglet ikke oppmerksomhet og vilje til å vurdere dette, men

spørsmålet er hva de som har vært ansvarlig for å fordele midlene til helsetjenesten har vurdert til å være den viktigste og riktigste bruk knyttet til behov pasientene har i helsetjenesten. Det er lett å forstå at man har drevet intensivkapasiteten på det nivået man har, fordi man har mestret oppgavene i helsetjenesten i hele perioden - helt siden de regionale helseforetakene overtok ansvaret for tjenesten og frem til i dag. Det å gå med overkapasitet på intensiv i den perioden ville hatt en betydelig kostnad for annen pasientbehandling.

**Vil du si at HOD har delt den virkelighetsbeskrivelsen og det utfordringsbilde som disse rapportene har brakt for dagen?**

Vi har delt de i den forstand vi har sagt at vi har bedt RHF-ene vurdere behovet for å styrke intensivkapasiteten. Jeg tror det reelle er at intensivkapasiteten ikke har økt, om noe er den litt redusert fra 2000 frem til i dag. Det er knyttet til lokale vurderinger av best mulig ressursbruk i helsetjenesten. Så svinger selvfølgelig behovet for intensivsenger gjennom året, for eksempel under influensasessongen. Måten man regulerer det på i helsetjenesten er at pasienter flyttes fra en intensivavdeling over på intermediæravdeling, og så flyttes pasienter fra intermediæravdeling ned til vanlig pasientavdeling. Det er det som er bufferen vi vanligvis har i helsetjenesten. Det er 90% belegg og i realiteten veldig lite ledig kapasitet i intensivsengene. Det er ikke slik at HOD pålegger sykehus eller helseforetak å ha et bestemt antall senger av noen type, men oppmerksomheten har vært der. Selv om man mange ganger har pekt på behov for flere intensivsenger, så har vi også bedt om behov for flere senger innen psykisk helsevern, rehabilitering mv. Vi har pekt på mange andre ting det er stort behov for i det daglige innenfor helsetjenesten. Det å drifte helsetjenesten er det muliges kunst.

**Det var en regional intensivutredning som ble ferdigstilt i 2019 og HOD ga oppdrag i januar 2021 til RHF-ene om å utrede intensivkapasiteten. Fagdirektørene i RHF-ene nedsatte en interregional arbeidsgruppe til å utarbeide intensivbehovet. Utredningen ble ferdigstilt i desember 2019. Var du og departementet kjent med det arbeidet?**

Det var ikke slikt at jeg fulgte arbeidet, men jeg var kjent med at det arbeidet foregikk.

**Kjenner du til innholdet i rapporten?**

Det er helt sikkert slik at jeg har hatt den rapporten på mitt bord på et tidspunkt, men jeg klarer ikke å uttale meg om det nå.

**Rapporten skapte uenigheter i fagmiljøene på sykehusene. Har du fått med deg den?**

Ja, absolutt. Jeg er godt kjent med at det er sterke målbærere i intensivmiljøene som mener intensivmiljøene må styrkes. Jeg tror det er en riktig refleksjon at grunnkapasiteten vår på intensivsiden bør være noe mer robust enn det den er i dag. Ikke minst når vi nå ser hvordan vi har håndtert pandemien. Men det vil nok ikke være slik at det er riktig å investere i 100 nye intensivsenger. Det vil være en begrenset økning for å få noe mer robusthet. Så kan det hende vi aldri vil bli enige med talspersoner i intensivmiljøene for hva kapasiteten bør ligge på. I en pandemi har vi sagt at vi kanskje skal håndtere opp til 1100 pasienter på respirator. Da vil det ikke være grunnintensivkapasitet som håndterer det, det vil være andre ting som håndterer det.

## **Hva da?**

Man kan tenke at man skal øke totalkapasiteten slik at vi får et snittbelegg som ikke er på 90 %, men for eksempel på rundt 85%. Da må vi likevel ha helt andre mekanismer for å få en totalkapasitet i særlige situasjoner som er flere hundre senger høyere enn den daglige kapasiteten. Lokaler og maskiner er det minste problem. Det har vi i helsetjenesten. Det springende punktet er personer med oppdatert kompetanse. Om du skal klare å få personer med oppdatert kompetanse må du kanskje gjøre det samme som intensivlegene gjør når de jobber i luftambulansen. De jobber et par måneder på luftambulanse, så jobber de et par måneder på intensivavdelingen. Da har du mange som kan gå inn å jobbe på en intensivavdeling. Dette får vi ikke til i norsk helsetjeneste i dag fordi en del personellkategorier er helt stedbundet. De er helt uvant med å flytte seg frem og tilbake mellom avdelinger.

**Vi har forstått at det har vært faglig uenighet blant sykehusene om kapasiteten. Vi oppfatter også at det har vært faglig uenighet internt i profesjonen om hva som skal ligge i en intensivseng? Er du kjent med en slik faglig uenighet?**

Ja, absolutt. Vi har til og med laget ny spesialitet for akutt- og mottaksmedisin. Intensivlegene mener det bare bør være intensivleger som driver med intensiv- og akuttmedisin. Andre mener det er flere legegrupper som kan jobbe med intensivsyke pasienter. Her er det forskjellige skoleretninger. I og med at vi har laget denne nye spesialiteten for akutt- og mottaksmedisin er det klart at samfunnet har tatt stilling til at det er en relevant kompetanse for akuttmedisinen.

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

Det er fordi vi tenker at vi kanskje er for knapt plassert med intensivkapasitet. Vi forsøker intenst å drive norsk helsetjeneste på en rasjonell og effektiv måte. På intensivkapasiteten har det kanskje blitt litt for stramt, at kapasiteten i det daglige er så liten at det nesten ikke er noen reservekapasitet.

**Har du blitt holdt orientert om arbeidet frem til du gikk av som departementsråd?**

Det tror jeg ikke.

**Synes du sykehusene har fungert godt under pandemien?**

Ja, det synes jeg.

**Og hva har vært de største utfordringene?**

Den største utfordringen har vært at vi kanskje ikke har hatt gode grep for å unngå urimelig slitasje på de ansatte. At vi kanskje var for ambisiøse da vi fikk en pause i pandemien når det gjelder å ta igjen etterslep på ikke gjennomførte behandlinger i helsetjenesten. Det medførte en ny travel periode på sykehusene. Når pandemien nå kommer tilbake er det mange som har vært under høy slitasje lenge. Jeg ser at intensivsykepleiere – som er en mangelvare i norsk

helsetjeneste – er blant dem som har en tendens til å slutte fordi det har vært for mye slitasje over lang tid. Det er en dårlig spiral for oss.

**Vi har fått høre fra mange at slitasjen har vært stor, kanskje spesielt på intensivsykepleierne. Hva tenker du kan være gode virkemidler for å bedre den situasjonen?**

Jeg tror vi må utdanne flere intensivsykepleiere så det er flere som kan dele på belastningen. Både for å være intensivsykepleier i hverdagen, men også intensivsykepleier under en langvarig krise. Intensivsykepleiere kunne være en slik gruppe man jobbet for å gjøre mobiliserbar. Kanskje kunne vi etablert stillinger hvor 2/3 av stillingen var på en kirurgisk avdeling og 1/3 av stillingen var på en intensivavdeling. Det må nok være nye stillinger, for vi kan ikke be ansatte som har vært ansatt under andre vilkår om å tiltre i en slik stilling. Vi må lete etter mekanismer som gir flere intensivsykepleiere med varm kompetanse. Vi bør også tenke gjennom bruk av utenlandske intensivpleiere. Det er veldig sårbart. Vi bør ikke bare øke utdanningskapasiteten for å kompensere for mangel på norske intensivsykepleiere, men også redusere avhengigheten av utenlandske intensivsykepleiere.

**Hadde sykehusenes intensivkapasitet betydning for nedstengningen i mars 2020?**

Det tror jeg ikke, men nå tror jeg det spiller en større rolle.

**Har intensivkapasiteten spilt en rolle for smitteverntiltakene generelt gjennom pandemien?**

Om vi var i stand til å vite at vi kunne mobilisere en vesentlig større intensivkapasitet enn det vi hadde, så kunne vi kanskje tåle større svingninger i pandemien. En investering i intensivkapasitet er en investering for å redusere andre kostnader i samfunnet som følger av nedstengning.

**Du var selv inne på at intensivplasser er kostbare. Spilte finansieringsmodellen en rolle for den intensivkapasiteten vi hadde da vi gikk inn i pandemien??**

Finansieringsmodellen er at mye av finansieringen er grunnfinansiering. Når grunnfinansiering er en viktig del av sykehusene, vil det å drifte et overskudd av intensivbehandling i hverdagen være en kostnad. Selv om sykehusene i stykkprisdelen av inntektene sine skulle fått godt nok betalt, vil de tape penger på å ha ekstrakapasitet. Dette er en finansieringsmodell vi ønsker oss fordi vi ønsker rasjonell drift. Vi ønsker god utnyttelse av helsebudsjettet. Det er et stort helsebudsjett. 10,5 % av bruttonasjonalproduktet går inn i norsk helsetjeneste. Eksempelvis er hele helseforetaksmodellen en overgang til en modell som har sin politiske styring helt på toppen hos helseministeren, men hele løypen utover er en slags profesjonalisert ledelse for å få en rasjonell utnyttelse av humankapital og pengekapital. Vår helseforetaksmodell har på mange måter vært vellykket og helsetjenesten rangeres som en av de beste i verden. «Nedsiden» er at den er rasjonell, så den går ikke med ledig kapasitet på intensiv.

**Kan man se for seg en løsning eller et system som i tillegg gir intensiver til risikohåndtering eller ev. bufferkapasitet? Er det mulig å kombinere rasjonell drift og bufferkapasitet?**

Det har jeg ikke tenkt på hvordan man skulle konstruere, men det er jeg ganske sikker på.

**Hva tenker du om måten sykehus blir bygd på i dag for å håndtere pandemiske situasjoner?**

Når sykehus bygges i en rasjonell tankegang er det mindre høyde for de scenariene som utfordrer oss en sjelden gang, som vi har tenkt at denne pandemien er. Nå er det slik at verden er i endring og at epidemier kan treffe oss hyppigere. Vi må tenkte at vi kan komme i slike situasjoner igjen, men sykehusbygg bygges ikke større enn at man kan forvalte sykehusene på en rasjonell måte.

### **Tema 3. Kommunelegenes situasjon**

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

Kommunelegene er en yrkesgruppe vi ser og hører lite til når det ikke er pandemi, som vi har hatt en følelse av at ikke har vært høyt prioritert i mange kommuner. Mange går i brøkstillinger, og det er en lokal vurdering.

Når vi da så kommunelegene når pandemien kom, må jeg si at vi ble veldig stolte. Det var den ene kommunelegen etter den andre som sto frem og håndterte pandemien i sin kommune. Det var godt å se hvor mye god kompetanse som var der ute. De har dessverre lidd den samme skjebnen som intensivsykepleierne. De har blitt slitne og jobbet veldig mye. Vi har vært urolige for det vi har visst lenge – altså at det er mange kommuner som har kommuneleger i brøkstillinger som er ganske små.

Vi gjorde en kartlegging av situasjonen for kommunelegene.

**Denne kartleggingen har kommisjonen fått tilsendt.**

**Du nevnte at kommunelegene nok ikke har vært høyt prioritert i flere kommuner, og at det er vanlig at de ikke har full stilling i mindre kommuner. Har HOD hatt noen mulighet til å ha innflytelse over det?**

I grunn ikke. Statens måte å lede kommunene på er å sette opp rammer for kommunal drift gjennom lovverk, og ikke fortelle kommune hvor store stillingsbrøker de skal ha. Det er lovregulerte funksjoner hos kommunen og kravet er at det skal være forsvarlig. I fredstid har det kanskje vært forsvarlig, men vi har vært urolig for det. Vi har hatt disse legionellautbruddene i Østfold og Stavanger, og da har kommunene vært veldig sentrale. Staten har ikke som vane å legge seg opp i styringen i kommunen.

**Har dere direkte dialog med kommunene, eller er det via KMD dere for eksempel gir uttrykk for bekymring om at det er små stillinger?**

Vi har dialog gjennom statsforvalterembetet. Hovedbrevet til statsforvalterne går fra KMD. Staten forsøker å ikke være så altomfattende i sitt budskap for å gi kommunene muligheten til egne vurderinger og egne prioriteringer. Dette brevet fra KMD er ikke et langt brev med alle våre refleksjoner. Så er det gjennom Hdir og statsforvalterne også dialog direkte med kommunene i faglige saker, men veldig sjelden dialog om ting som stillingsbrøker. Det vil man ikke gå inn i, og KS vil nesten alltid reagere om staten gjør det.

**I forbindelse med Ebola-epidemien i 2014 skrev Hdir følgende til kommunene: «Vi legger til grunn at kommunen skal ha en beredskapsordning hvor en kommunelege med ansvar og oppgaver i henhold til smittevernloven og folkehelseloven er tilgjengelig til enhver tid (24/7).» Var du kjent med et slik brev?**

Jeg var ikke kjent med det brevet, men det er vår forventning til Hdir at de har den type dialog med kommunene.

**Men vi kan da konstatere at kommunene ikke har hatt en slik beredskap?**

I undersøkelsen fra Hdir ble det påpekt at om lag 1/3 av kommunene hadde denne beredskapen på kommunelegesiden.

**Er denne forventningen realistisk med norsk kommunestruktur?**

Det tror jeg kanskje ikke. Vi kan ikke pålegge folk å være i vaktmodus når de har en stilling alene, og i alle fall ikke når de har en stilling alene på 40%. Det tror jeg er vanskelig.

**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, både for befolkningen og kommunene. Hvordan var det tenkt at regelverksspørsmål under stramme implementeringsfrister, skulle løses i kommunene?**

Dette ble veldig klart lagt på bordet fra en stor gruppe kommuneleger. Tenkningen vår var at kommunelegene og kommunene hadde lært seg hvor vi publiserte disse tingene, herunder på regjeringen.no, Hdirs hjemmesider osv. Det tror jeg ikke var godt nok tenkt. Jeg tror vi må erkjenne at vi ikke hadde tenkt godt nok på informasjonsbehovet som finnes i kommuner, når vi hele tiden gjør endringer i regelverket. Vi må ha tilpasset informasjon til dem som skal håndheve regelverket. Det har vært jobbet med det fra Hdirs side, og det er laget nye rutiner som jeg tror fungerer bedre enn det opprinnelige regimet.

**Flere kommuneleger har fortalt kommisjonen at myndighetenes informasjonsstrategi har medført en vesentlig økning i deres arbeidsbyrde, pga. diverse spørsmål fra befolkning, næringsliv og internt i kommunen. Har dere vært oppmerksomme på dette i HOD? I**

Vi har ikke vært godt nok oppmerksomme på det kommunelegene la på bordet. Vi var også i strekk på vårt informasjonsarbeid. Mange hadde behov for informasjon og epidemien endret seg ofte. I tillegg til å gi informasjon til befolkningen, så burde vi ha gjort de ansvarlige

linjene i stand til å umiddelbart begynne å svare. Jeg tror det var en helt legitim frustrasjon hos kommunelegene.

**Når det gjelder avhjelpende tiltak på dette så er det blant annet direktoratet har tatt initiativ for i høst du tenker på?**

Ja, det stemmer.

**Vi var tidligere inne på at utviklingen i epidemien har gitt et visst tidspress for å komme med tiltak, men også at den politiske dynamikken har gjort det samme. Tror du sentrale politikere har vært oppmerksomme på dette? At hastigheten man har operert med har gitt utfordringer for kommunene?**

Jeg tror de har hatt god forståelse for at det gir utfordringer for stort sett alle, når det er så mange regelendringer og så hyppige regelendringer. Samtidig tror jeg ikke at man har funnet noen alternativer. Noen endringer er knyttet til endringer i pandemien. Det har skjedd at vi har iverksatt tiltak som ikke har fått den endringen vi har ønsket, og at vi derfor har gjort reguleringer. Det som er paradoksalt, er at vi vet lite om den eksakte effekten av tiltakene vi treffer. Det er fordi vi ikke har lyktes med å drive god forskning på tiltakseffekt og dokumentere det på en god måte. Verden vet faktisk ikke hva den eksakte virkningen er av tiltakene. Vi ser at summen av innstramningene har effekt, men det er ikke noe millimeterpresisjon i det.

**Har du noen refleksjoner knyttet til kommunelegefunksjonen, slik denne er regulert og organisert per i dag? Er det behov for endringer? Ser du noen forbedringspunkter?**

Jeg tror alle har forstått verdien av å ha gode kommuneleger. Jeg håper det ikke er avskrekkende, men motiverende å jobbe i kommunene som kommuneleger. Vi håper kommunen forstår verdien av å ha en kommunelege i en stor stilling, ev. slår seg sammen og har én eller flere kommuneleger i store stillingsbrøker. Kommunen må ta disse vurderingene. Jeg håper intenst at kommunen følger dette opp med tiltak som gjør at de har erfarne og gode kommuneleger.

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

**Norge valgte å anskaffe vaksiner gjennom EU via Sverige. Kan du i korte trekk fortelle om denne prosessen, fra Norge begynte å ha kontakt med land i EU og frem til Norge fikk avtalen om kjøp gjennom Sverige.**

I korte trekk var vår vurdering etter å ha vurdert en situasjon hvor det ikke var noe vaksinemarked, men bare vaksinekandidater, at enkeltland ville ha store problemer med å anskaffe vaksine. Det var den europeiske analysen også. Tyskland og Frankrike tok, sammen med Italia og Nederland, initiativ til dette som heter «The Inclusive Vaccine Alliance» (IVA-alliansen). Deres vurdering var at europeiske land ikke ville klare det på egen hånd. De tok på seg å skaffe vaksiner for alle europeiske land.



Vi hadde to opsjoner. Vi har hatt et initiativ fra WHO som ønsket å fordele vaksiner rettferdig. Det europeiske samarbeidet hadde som mål å vaksinere hele Europas befolkningen innen 2021, mens WHO lovet 20 % vaksinasjonsgrad innen 2021. Vi tenkte at det ikke var mulig i Norge å sitte med ett fullvaksinert Europa og ikke et fullvaksinert Norge. Dermed kontaktet vi landene i IVA-alliansen. Vi fikk etter hvert forsikringer fra den franske statsministerens kontor at de ville ta med seg EØS-landene på dette. Så ble dette overført til Europakommisjonen fordi det var et europeisk prosjekt og man klarte å overtale EU om å påta seg en rolle på helse. EU har til nå ikke hatt denne rollen, men har nå fått det. Da oppstod det nye problemer for Norge fordi EU brukte penger fra et fond som Norge ikke betaler penger til, og ikke kan betale penger inn til. Vi falt derfor utenfor. Vi måtte bruke veldig mye tid på Europakommisjonen med å argumentere for at de likevel skulle ta med seg EØS-land inn i dette. Det endte heldigvis med et vedtak i EUs styringsorganer om at alle EU-land skulle avgi 3% av sine doser. Det ble inngått en avtale med Sverige om at disse skulle føres på kontoen til Sverige, og at disse skulle videreføres formelt til Norge, Island, Liechtenstein og Sveits.

Jeg har snakket med dere om dette tidligere. Jeg vil gjenta at HOD, med mange andre, tenkte at det å være Norge i en fredelig del av verden og i en trygg forsvarsallianse, egentlig var en trygg posisjon å være i. Men etter å ha sett at marked for smittevernutstyr ble borte i løpet av en uke innledningsvis av pandemien, og at vi mestret dette med nød og med stor risiko, var vi ganske urolig da noe tilsvarende oppstod på vaksinefeltet. Vi tenkte at vi på ingen måte hadde en trygghet eller sikkerhet for at vi ville mestre denne situasjonen.

### **Hva var avgjørende for at EU-landene i praksis ville avgi 3% av sine vaksiner til EØS-landene?**

For det første er det et logisk argument i det. Vi er en del av det indre markedet. Det er fri ferdsel av mennesker mellom Norge og EU. Det ville vært et problem for EU om vi ikke hadde hatt tilgang på vaksiner, og de hadde det. Jeg tror også det spilte en rolle at vi jobbet knallhardt med det. Det var også et lykketreff at Richard Bergström ble svensk vaksinekoordinator, samt at han interesserte seg i disse spørsmålene og fant løsningen slik at EU-landene avga 3 % av sine vaksiner.

### **Kjente du Bergström på forhånd?**

Jeg hadde blitt veldig godt kjent med Bergström gjennom de siste ukene og månedene før han fikk på plass denne avtalen, men jeg kjente han ikke fra før pandemien. Vi hadde god dialog med han i forkant av vaksineanskaffelsene. Til å begynne med, egentlig for å forstå hva som foregikk av arbeid i IVA-alliansen og så i EU-kommisjonen. Når dette med fordelingen kom på spissen, var det han som hadde ideen som gjorde at EU-landene avga 3 % av sine vaksiner.

### **Var det uenighet i HOD eller mot andre departementer om at det var EU-sporet vi burde satse på?**

Jeg vil ikke si at det var uenighet, men utviklingsministeren i Norge har jobbet hardt for å få til en rettferdig fordeling av vaksiner i verden. Utviklingsminister og statsminister er sentrale ledere for det globale arbeidet med å lykkes for å få til en mer rettferdig fordeling av vaksiner. Det var sterke norske interesser i WHO-sporet. Det var nødvendig med en diskusjon i

regjeringen for å ta beslutning om hvor vår forankring ligger. Så fremmet vi en sak hvor vi anbefalte å knytte Norge til EU sine vaksineanskaffelser. Regjeringens beslutning støttet en slik tilnærming, men fortsatte sitt globale arbeid knyttet til ACT-A som er mobiliseringsmekanismen for å få vaksinert lavinntektsland.

### **Var du i tvil om at Norge ville velge EU-valget?**

Nei, det var jeg ikke. Vår statsråd var enig med oss hele tiden.

### **Kan du beskrive hvordan kontakten med EU-kommisjonen har foregått, utover Bergström?**

Vår kontakt har vært ledelsen av Helsedepartementet i Europakommisjonen og det som er statsministerens kontor og som heter generalsekretariatet. Jeg har hatt to møter med nestledere i generalsekretariatet og et stort antall møter med hun som var leder av Helsedepartement. Hun ble så erstattet med en ny departementsråd som kom på plass da EU skulle kjøpe vaksiner. Da fikk de inn en som var veldig beslutnings- og forhandlingssterk. Jeg hadde en hel serie møter med sistnevnte og han som ble hennes nestleder som nå leder det parallelle generalsekretariatet for helseberedskap som heter HERA. HERA er et beredskapsdepartement for EU på helse. Vi har også møter med dem nå om det fremtidige arbeidet på beredskapsfeltet.

### **Dette er et felt du fortsatt jobber med?**

Ja, det stemmer.

### **Du ga uttrykt for en viss uro med bakgrunn i den store markedssvikten som oppsto når det gjaldt smittevernutstyr vinteren 2020. Når vil du si usikkerheten var størst for deg når det gjaldt å komme på innsiden av EU sin vaksineinnkjøpsordning?**

Det er vanskelig å si når den har vært størst. Det har vært en usikkerhet her hele veien. Selv om vi møter velvilje hos ledere i embetsverket i EU og hos land vi tar kontakt med, så er EU en stor og sammensatt organisasjon med mange land. Mange regjeringer har blitt politisk presset på sin evne til å håndtere pandemien. Det at vi ikke formelt er helt på innsiden av dette beredskapssamarbeidet, er en risikabel posisjon å være i. Vi var usikre frem til vi fikk en slags forsikring av Ursula von der Leyen, som er president i EU-kommisjonen, om at EU formelt ville ta EØS-landene inn i dette. Det skjedde så sent som på høsten 2020. Selv etter at hun hadde tatt stilling til det, var ikke de formelle ordningene på plass. Og det er de fortsatt ikke. Så vi er hele tiden i dialog med kommisjonen. Nå skal vi for eksempel kjøpe disse antivirale legemidlene. Det er et felleskjøp i EU. Vi trenger nye booster doser og vi trenger kanskje en OMIKRON-vaksine. Vi må hele tiden passe på at vi er på innsiden av dette.

Mange har spurt hvorfor vi ikke gjorde som Israel. De fleste enkeltstående rike land har hatt store utfordringer i dette. Eksempelvis Canada, Japan, New Zealand og Sør-Korea. Ingen av de har lyktes med å få tidlig tak i vaksinen. Alt ble kontrahert av USA og Europa. Australia, New Zealand og Japan har fått sine tidlige doser gjennom overskuddet hos EU. De har ligget betraktelig bak oss i vaksineringsen. Israels mesterstykke, vet jeg ikke hvordan de har fått til.

Det å være et alenestående land har en risiko. Det handler også om at land blir introverte, også produsentlandene. USA har ikke eksportert noe. Det har heller ikke UK eller India. De store produsentlandene har konsentrert seg om sitt eget behov, det må vi forvente vil skje ved neste korsvei også. Regjeringer er primært ansvarlig for sin egen befolkning. Norge trenger å være med i en konstellasjon som står på egne bein.

**Finnes det en slik konstellasjon når man ikke er medlem i EU?**

Det finnes det kanskje om Norge kunne fått til en avtale med EU knyttet til dette. Norge har EØS-avtale. Og vi er med i det europeiske forsvarsfondet.

**Så vidt vi forstår hadde HOD sommeren 2020 møter med hhv. AstraZeneca, Pfizer og australske Seqirus om vaksiner mot covid-19. Har dere hatt møter med andre produsenter enn disse?**

Ikke i den perioden

**Deltok du i disse møtene?**

Jeg deltok i møte med AstraZeneca.

**Husker du hva dere sa til legemiddelselskapene? Hva var viktige budskap fra HOD i disse møtene?**

Vi var opptatt av å høre hvordan det gikk. Om de kom til å klare å lage vaksiner. De var veldig optimistiske. De var tydelige på at de ikke ville inngå avtale med Norge. Vi var helt uinteressante som et marked. Det ville i overskuelig fremtid være mangel på vaksiner og AstraZeneca gikk inn i dette non-profit, men til gjengjeld måtte de som ville ha vaksinen betale for utvikling av vaksinene, produksjon mv. Det krevde en annen type lommebok enn det Norge har.

**Norge har sterke statsfinanser. Var det aktuelt å bruke den statsfinansielle evnen til å kjøpe vaksineleveranser fra enkeltprodusenter?**

Vi forsøkte å bruke de sterke statsfinansene til å bistå EU i deres veldig mye større prosjekt mot vaksineprodusentene. Det fikk vi ikke lov til fordi midlene de brukte var plassert på fond som Norge ikke kan betale inn til. I den grad vi blir en «free rider» kan det skape en politisk reaksjon. Det er en uheldig situasjon å være i. Selv om vi har veldig sterke statsfinanser, må den være av en annen dimensjon for å være med på akkurat slike løfter som EU har gjennomført.

**Jeg tolker deg slik at om vi ikke hadde fått denne avtalen med EU, hadde det vært en risiko for at Norges befolkning ville fått vaksiner senere enn EU-landene. Er det realistisk at Norge skal produsere vaksiner, eller innsatsfaktorer til vaksiner til mennesker i fremtiden, for eksempel covid-19-vaksiner? Er det hensiktsmessig?**

Sør-Korea forsøkte det. Sør-Korea har en vaksineprodusent, og landet baserte seg på å anskaffe vaksiner fra denne produsenten. Når denne vaksinen ikke kunne brukes, var Sør-

Korea uten gode alternativer. Noen land har lyktes med det, men det er risikabelt. For det første er det mange forskjellige typer teknologier som kan gi vaksiner. Det å vite at du er på riktig type teknologi for den aktuelle sykdommen er krevende. En vaksineprodusent kan ofte bare bruke én teknologi. I tillegg er det veldig avansert å lage vaksiner. Du bruker mange 10-talls innsatsstoffer. Det er sjeldent slik at et land har orden på hele kjeden. Du er nødt til å være en del av et stort økosystem av industri for å lage en vaksine. Det å ha vaksinefabrikk i Norge kan være bra for Europa og verden, men som alenstrategi for Norge er det risikabelt. EU har nå inngått kontrakt med 14 vaksineselskaper, det gir en trygghet om at noe vil fungere. Av de 14 vaksineselskapene bruker Norge bare to av vaksinene. Jeg er for at vi skal ha en helsenæring i Norge, men den må sees i sammenheng med en mye bredere europeisk helsenæring. Europas ambisjon er å ha evne til økonomi ved neste helsekrise.

**Hva er de viktigste vaksinerelaterte lærdommene Norge bør trekke fra pandemien? Er det et europeisk samarbeid som er vårt alternativ?**

Min aller viktigste lærdom er knyttet til hvor sårbare vi var som land, både når det ble mangel på smittevernutstyr og når vaksinene ikke fantes. Vi var ikke godt nok forberedt på det. Vi trenger allianser. Norden er for eksempel en altfor liten allianse. Norden kan bli et sterkt hjørne i europeisk beredskap, men det er for lite for å klare seg på egenhånd. Et område som har en halv milliard innbyggere er kanskje et system som kan klare dette med en strategisk autonomi. Det å være beredt til å stå i en krise ved i hovedsak å produsere ting selv.

## **Tema 5. Vaksinestrategi**

**Kan du fortelle kort om din rolle i arbeidet med vaksinestrategien og utrullingene gjennom pandemien?**

Det å anskaffe vaksiner til befolkningen er vanligvis FHI sin oppgave og de sender vaksiner rundt i landet. Initialt i arbeidet med å tenke på hvordan vi skulle gjøre dette, var det en serie møter mellom den ansvarlige avdelingen i HOD og FHI, men så ba institutter om en mer formell styringslinje til HOD for å ta vanskelige beslutninger. Det ble da etablert en styringsgruppe for vaksinasjonsarbeidet. Den ble ledet av meg fra HOD, med representanter fra FHI, Hdir, Legemiddelverket og RHF-ene. Vi har hatt ukentlige møter i den perioden jeg var departementsråd.

**Hva har vært de største utfordringene knyttet til vaksinestrategien – og hvordan har de eventuelt blitt løst?**

Det ene er at det er et enormt praktisk arbeid. Det er en stor logistisk operasjon å ta imot vaksiner og finne ut hvordan du skal sende dem ut. Vi må være sikre på at kommunene er klare til å ta imot og sette vaksinene. Det var også teknisk vanskelig fordi for eksempel Pfizer-vaksinen trengte frysere på -70 grader.

Det første valget vi drøftet grundig med FHI var om de var riktig organisasjon til å ta en så stor praktisk jobb. Egentlig er det nærmere Hdirs verden, men FHI ga selv uttrykk for at de

var trent på dette i mindre skala. Da ble det besluttet at FHI skulle holde i det. Det andre valget vi drøftet var det hvem som skulle være de prioriterte gruppene - om vi skulle gå på sektorer, grupper som var sårbare for sykdommen eller helsetjenesten. Valgene av vaksinasjonsrekkefølge er alltid vanskelig. Den tredje vanskelige beslutningen var da vi fikk disse alvorlige bivirkningene med AstraZeneca og skulle håndtere konsekvensen av det. Skulle de for eksempel tas ut av vaksinasjonsprogrammet? Skulle Janssen-vaksinen som var bygget over samme lest tas ut av vaksinasjonsprogrammet? Dette var vanskelige problemstillinger.

### **Var denne diskusjonen om geografisk prioritering krevende for HOD?**

Det var det, men det var ikke like krevende. Det er helt legitimt å argumentere for geografisk prioritering, og det er helt legitimt å argumentere at man skal holde seg til generell fordeling. Der finnes det gode argumenter for begge sider. Vi holdt lenge fast på nasjonal fordeling, men etter en tid hadde vi en periode med geografisk prioritering. Jeg opplevde ikke det som ett av de vanskeligste punktene.

### **Har du noen eksempler på at det har vært faglige eller politiske uenigheter om sentrale elementer i vaksinestrategien. Altså hvor de faglige vurderingene har vært forskjellige fra de politiske beslutningene?**

Det tror jeg ikke at jeg kan. Jeg tror det var enighet. Det faglige var at man forholdt seg til sykdomsbildet.

### **Var det diskutert om vaksinestrategien også burde ses i sammenheng med smitteverntiltakene? Vi har sett på prioriteringene som er lagt til grunn. Risiko for alvorlig sykdom og død var hoveddimensjon. Det kan man se på som et individperspektiv. Ville et samfunnsperspektiv gitt andre prioriteringer?**

Om man tenker at det er vesentlig å opprettholde helt sentrale funksjoner i samfunnet, kunne man for eksempel tenke at det er naturlig å vaksinere regjeringen. Det er godt for et land å ha en regjering som er til stede. Man ville kanskje vaksinert politifolk, brannvesen, nødetater, samt de som driver med renovasjon, vannforsyning og strømforsyning. Problemet med den type tenkning er at det er veldig krevende å sette grensen for hvem som skal vaksineres. Den tenkningen vil kanskje slå til om det er en reell risiko for at samfunnet vil bli lammet som en følge av pandemien, men vi så ikke den risikoen. Det har ikke vært en så stor samtidig sykkelighet. Vi har derfor valgt å ikke gå noe særlig inn på det sporet.

### **Det er tatt mange beslutninger også på regjeringsnivå om vaksinestrategien. Synes du det har vært riktig?**

Ja, det synes jeg. Det er ikke mange beslutninger i denne pandemien som ikke til syvende og sist er en politisk vurdering. Jeg synes det har vært riktig at regjeringen har hatt mulighet til å gripe inn og gjøre andre beslutninger enn det fagmiljøene har lagt opp til. Ta for eksempel situasjonen vi hadde med bivirkninger av AstraZeneca. Det er en faglig beslutning, men det er også en beslutning som gjør at man blir forsinket i vaksinasjonsprogrammet, og dermed

kanskje må leve med et nedstengt samfunn over en lengre periode. Den type beslutninger mener jeg hører hjemme hos regjeringen.

**Har dere hatt samarbeid med andre lands helsemyndigheter eller sett hen til andre lands vaksinestrategi når dere utarbeidet den norske vaksinestrategien?**

Vi har god dialog med de andre nordiske landene. De tenker mest likt oss. Det har i denne perioden særlig vært Danmark og Finland. Når det gjelder vaksinestrategi har det også vært dialog med Sverige. Den faglige dialogen er jeg ikke kjent med. Det ville for eksempel vært sannsynlig at FHI har hatt dialog med det europeiske smittevernbyrået (ECDC).

**Har dere hatt noe samarbeid eller kommunikasjon med danske myndigheter om Janssen-vaksinen?**

Det hadde vi. Da disse bivirkningene på AstraZeneca kom opp ønsket FHI at man ikke skulle bruke Janssen-vaksinen i Norge. Da var det en dialog. Dialogen var mellom FHI og danske smittevernmyndigheter. Det var ikke dialog på mitt nivå.

**Er det noen læringspunkter knyttet til vaksinestrategi og selve utrulling som er viktig å ta med seg til en eventuell neste pandemi?**

For det første synes jeg FHI har mestret denne store praktiske oppgaven med utrulling av vaksinen. Kommunene har mestret det bra. Tillitsarbeidet har fungert godt. Mange har vaksinert seg i Norge. Man kan drøfte om vi nølte for lenge med å vaksinere helsepersonell. Det er noe med å be helsepersonell håndtere covid-19-pasienter uten å være vaksinerte. I hovedsak vil jeg si at vaksinasjonsarbeidet vårt har vært relativt vellykket.

## **Tema 5: Importsmitte**

**Hvordan har HOD Kommet frem til forslag om tiltak mot importsmitte?**

På samme måte som vi har gjort med alt annet. Vi har bedt om hjelp fra Hdir, og Hdir har bedt om hjelp fra FHI. Så har vi fått råd fra FHI som har gått til oss og som vi har vurdert. Så har vi sendt det til øvrige departementer og til slutt fått beslutning i regjering.

**Har det vært eksempler også knyttet til importsmitte hvor det har vært ulike vurderinger mellom Hdir og FHI?**

Ja det vil jeg tro, uten at jeg klarer å svare på det direkte.

**Kan du si litt om din vurdering av det faglige grunnlaget/dataene som har ligget til grunn for rådene og anbefalingene fra Hdir og FHI?**

Nei. Sikter du til noe spesielt?

Nei, jeg gjør egentlig ikke det. Du var selv inne på tidligere at vi ikke alltid vet så godt hva som fungerer av de enkelte smitteverntiltakene. Har det vært noen vurderinger av det knyttet til virkemidler for å hindre importsmitte?

Jeg tror det faller under samme kategori. Vi vet ikke hvor godt de forskjellige tiltakene virker. Vi praktiserte lenge en karanteneordning som vi endte opp med å vurdere som dårlig, hvor folk var ansvarlig for sin egen karantene. Det viste seg å være problematisk når det gjelder arbeidstakere som jobber i Norge, men som bor i andre land. Før vi innførte karantenehotell hadde vi mer smitte blant den gruppen. Dette er nok også preget av den litt svake kunnskapsdatabasen, som også gjelder for de fleste av de andre tiltak vi praktiserer.

### **Hvordan har samarbeidet og ansvarsfordelingen mellom med JD fungert når det gjelder tiltak mot importsmitte?**

Vi har fått frem de faglige rådene fra direktoratet og instituttet, og spilt dette over til JD. Det er slik at JD normalt har ansvar for grensekontroll og innvandringsregelverket. JD har selvfølgelig beholdt dette under pandemien. Det var uklart hvem som skulle være ansvarlig for karantenehotellordningen. Hverken JD eller HOD har noe særlig kompetanse på å drifte dette. Det ble en politisk enighet om at det var et av mange tiltak hvor et annet departement måtte ta ansvar for å avlaste HOD, så det gjorde JD.

Det har vært mange diskusjoner mellom HOD og JD på lovforståelse knyttet til innreise, isolasjon, karantene og karantenehotell. Mens andre departementers lovavdelinger har som oppgave å løse utfordringer samfunnet har, så har JDs lovavdeling tradisjonelt hatt som rolle å rådgi andre departementer om det er riktig lovforståelse, eller om det man foreslår er i tråd med grunnloven eller menneskerettighetene mv. De har hatt en litt annen posisjon blant lovavdelinger enn andre departementers lovavdeling. Så vidt meg bekjent har JDs lovavdeling for første gang selv deltatt i problemhåndteringen. For eksempel ved å lage regelverk for karantenehotell og innreise. Det har sikkert ikke vært enkelt, men vi er veldig takknemlige for at JD har gjort den justeringen. Det har vært til hjelp for oss at JD har tatt del i problemløsningen på dette området, og ikke bare sendt tilbake juridiske vurderinger om at dette er utenfor eller innenfor.

### **Hvordan har dere håndtert disse uenighetene som har oppstått mellom lovavdeling i JD og lovavdeling i HOD?**

Det har miljøene håndtert seg imellom med langvarig dialog. Det har sikkert vært krevende for begge sider, men i 90 % av problemløsningen har de håndtert det selv. Om fagmiljøene ikke klarer å bli enige er det departementsrådenes rolle å løse det. Da må vi inn i saken og til syvende og sist bli enige om hvordan ting skal gjøres. I en eller to korsveier tror jeg man i tillegg snakket sammen på statsrådsnivå for å bli enige om konklusjonen. Da handlet det ofte om hvem som skal ta arbeidsbyrden, i kontekst av at det var mange overarbeidede fagmiljøer.

### **Dere vurderte situasjonen som akutt når det ble etablert karantenehotellordning, innstramming ved innreiseregler ved januar og påske 2021 og et skille mellom nødvendige og unødvendige reiser inn i landet i vår - var det akutte situasjoner?**

Jeg må nesten lese meg opp for å huske dette. Dette kan jeg godt ettersende dere.

### **I hvilken grad er berørte aktører blitt hørt og involvert ved iverksettelse av nye regler for innreise eller karantenehotell?**

Jeg tror refleksjonen er at vi har lyktes med å høre godt innenfor departementsfellesskapet. Jeg tror det er slik at det er mange instanser utenfor departementsfellesskapet som man med fordel kunne hørt ved flere av disse endringene. Jeg ser at det i Danmark har vært en annen praksis enn i Norge. De har tatt veldig mange av disse diskusjonene til konklusjon i parlamentet og ikke til regjeringskonklusjon. De har hatt en bredere politisk debatt om disse tingene. Det er mange måter å løse dette på, og det er helt sikkert veldig mange aktører som skulle ønske å være hørt. Om det ville endret konklusjonene vet jeg ikke, men det kan godt hende at det hadde gjort det. Da vi kom forbi den aller første fasen, da tenker jeg mars 2020 hvor vi egentlig ikke visste hvor mye ting hastet, har det sjeldent spilt en rolle om det har gått en dag eller to ekstra. Så i mange sammenhenger bør man tenke om det hadde vært tid til å involvere flere, høre flere og kanskje også fått en bredere politisk involvering.

Det har vært veldig interessant å se hvor stor forskjell det har vært mellom Danmark, Sverige og Norge i disse beslutningsprosessene. Svenskene har i hovedsak hatt en faglig beslutning, vi har hatt en regjeringsbeslutning og danskene har jobbet gjennom stortingsbeslutning.

### **Kan du si litt om hvordan HOD har vært involvert med å samordne kommunikasjon til befolkningen?**

Det er en blanding av at vår kommunikasjonsenhet og fagavdelingen har vært med på å planlegge den lange rekken av pressekonferanser. Det er den måten vi har kommunisert nyheter på til omverden. Gjerne i etterkant av regjeringskonferanser. Der har det ofte vært vi som har vært helt førende i å definere budskapet som skal frem. Vi har også kommunisert på sosiale medier og på andre måter i det offentlige rom. Hdir og FHI har gjort det samme.

### **Hva med SMK?**

SMK tar selv ansvaret for å utforme budskapet som statsministeren fremfører når statsministeren er til stede. Det er basert på det faglige fundamentet som kommer fra oss og våre etater.

### **Om vi ser på kommunikasjon fra regjeringen og pressekonferansene, så er det JD som lederdepartement som har hatt ansvar for det og så har grunnlaget kommet fra HOD?**

Det er riktig å si at JD er lederdepartement for krisekoordineringen. Om JD ikke har hatt justisminister i pressekonferanse, da er det våre folk som har tatt ansvar for regi.

### **Og der har dere fått tilført ressurser fra andre departementer?**

Ja. Gjennomgående har det vært én eller to ekstra ressurser gående i vår kommunikasjonsavdeling gjennom hele pandemien.

## **Tema 7: Læring**



**Du har vært en nøkkelperson i pandemihåndteringen. Hva er ditt syn på de viktigste læringspunktene som det norske samfunnet kan ta med seg?**

Jeg vil igjen presisere at det norske samfunnet er mer sårbart enn vi hadde tenkt før pandemien. Vi er sårbare for en situasjon hvor verden ikke fungerer som vanlig, hvor ikke varer blir sendt på vanlig måte rundt i verden fordi det er for liten produksjon i verden. Verden får ikke til å produsere mer enn det den gjør til vanlig, i alle fall ikke på kort sikt. Når verden trenger dobbelt så mye smittevernutstyr, er det ikke nok til alle. Det å være et rikt, men lite land, er ikke en trygg nok posisjon.

Et annet læringspunkt er at det å ha sterke og selvstendige underliggende etater, som jobber selvstendig og kommuniserer i det offentlige, har vist sin verdi i denne pandemien. Når jeg vektlegger det er det fordi det har vært litt ulik kultur på tvers av sektorer for i hvilken grad man tillater fagetater å være så synlig som vi har gjort. Jeg tror måten vi har gjort det på har gitt tillit til systemet.

Videre, så tror jeg at det har vært en lærdom for oss at vi gang etter gang blir overrasket over hvilken evne denne pandemien har til å gi oss nye utfordringer. Det tror jeg er en påminnelse om viktigheten av å tenke verstefallscenarier når det oppstår en krise. Det er ikke verstefallscenariet vi ser i dag, men vi er overrasket over at vi fortsatt strever så hardt med denne pandemien.

**Har beredskapsprinsippene ansvars, nærhets, likhets og samvirkeprinsippet fungert etter hensikten?**

Jeg vil si de har fungert 80 %. Kommunene har vært flinke til å gjøre det som er kommunenes ansvar, sykehusene har vært flinke på det som er deres ansvar og politiet har vært flinke på grensen. Det som ikke har fungert er at vi har trodd at de prinsippene er nok. Vi har tenkt at om kommune har ansvar for beredskapslagring av viktige varer, så er det et godt nok prinsipp. Ansvarsprinsippet tilsier at beredskapslagring av utstyr til kommunale helse og omsorgstjenester ligger til kommunene. Det har imidlertid vist seg ikke å fungere. Det er urimelig å forvente at kommunene skal tenke at markedet svikter, eller at verden har 200 kandidater på vaksiner. Konsekvensen av slike situasjoner må vurderes på nasjonalt nivå. Vi har i for stor grad basert oss på loven som sier at det er de ulike aktørenes ansvar å tenke på alle eventualiteter. Det har ikke fungert denne gangen, og det kommer ikke til å fungere neste gang. I tillegg til beredskapsprinsippene må vi klare å lage en supplerende tenkning om at det er noe som må håndteres nasjonalt.

Digital gjennomgang 14.02.2022. Referat godkjent av Bjørn-Inge Larsen.

Oslo, 14.02.2022 Linda Aamodt