



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

INTERVJUREFERAT – GEIR BUKHOLM

Intervju av:	Geir Bukholm, assisterende direktør i FHI
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	22.12.21 kl. 12.00-14.00
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Astri Aas-Hansen, kommisjonsmedlem
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Ingen
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Knut Eirik Dybdal, Kommisjonsmedlem. Anne Werenskjold, Frode Veggeland og Ida Skirstad Pollen fra sekretariatet. Anni Haugen fra PwC.
Ev. bisittere	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

Astri Aas-Hansen ønsket velkommen og presenterte deltagerne til stede.

Ida Skirstad Pollen informerte om de praktiske og rettslige rammer for intervjuet

- Det er satt av to 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 meroffentlighet i sentrale referater. Etter avlevering av kommisjonens arkiv er det Arkivverket er det de som forvalter innsyn i kommisjonens

arkiv.

- 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, jeg har ikke spørsmål til dette.

Astri Aas Hansen presenter overordnede temaene som vil bli tatt opp i intervjuet:

- 1. Overordnet om myndighetenes håndtering av pandemien**
- 2. Vaksinestrategi og –utrulling**
- 3. Kommunelegene eller kommuneoverlegenes situasjon under pandemien**

4. Importsmitte

5. Refleksjoner/Læring

FORKLARING

Først ønsker vi å høre hva du mener er det viktigste å formidle til Koronakommisjonen?

Det er flere temaer som dere spør om, så det vil være ulike budskap knyttet til hvert av temaene. Slik sett kan det være nyttig å ta det temavis.

Vedrørende myndighetenes håndtering, så tenker jeg at fra FHI sin side så er vi er først og fremst en kunnskapsorganisasjon og skal skaffe bakgrunn for beslutningene som ble gjort og sørge for at informasjonen blir formidlet på en riktig måte. Når det oppstår en pandemi med et smittestoff som vi ikke kjenner fra før, så vil rollen være beheftet med at det er stor usikkerhet og at kunnskapsgrunnlaget endrer seg underveis. Det vil også prege rådene som vi gir. Man må se på rådene vi gir ut fra kunnskapen vi har på tidspunktet det ble gitt. Det er kommet kunnskap i ettertid som kan gjøre at man vurderer det annerledes i ettertid, basert på ny tilgjengeliggjort kunnskap.

Utover disse temaene, er det noe du umiddelbart tenker at du må si til oss?

Nei, ikke utover det jeg sa nå.

Kan du redegjøre kort for din utdanning og yrkesmessige bakgrunn?

Jeg er utdannet lege, spesialist i medisinsk mikrobiologi. Jeg har en doktorgrad i medisinsk mikrobiologi og molekylærbiologi. Jeg har en mastergrad i Health administration fra UiO og i folkehelsevitenskap fra Göteborg. Jeg har også skoloring fra Forsvarets Stabsskole fra stilling i Forsvarets overkommando.

Jeg har jobbet mye innenfor spesialisthelsetjenesten og universitetssektoren. Jeg var leder for mikrobiologisk institutt på Rikshospitalet i flere år og har vært professor ved UiO fra 1992 til 2012 og før det var jeg førsteamanuensis siden 1986. Jeg har også en bistilling ved NMBU på Ås. Jeg har vært smittevernoverlege ved A-hus og OUS, og satt i toppledelsen ved Ahus fra 2001-2007. Jeg har jobbet i Helseforvaltningen fra 2007. Jeg begynte i kunnskapssenteret og ledet avdelingen for kvalitet og pasientsikkerhet, da også pasientsikkerhetskampanjen.

Jeg har vært ansatt i FHI siden 2014. Først som prosjektleder, så fagdirektør og områdedirektør for smittevern, miljø og helse inntil jeg ble bedt om å lede koronavaksinasjonsprogrammet fra september 2020. Fra sommeren 2021 har jeg gått over i stilling som assisterende direktør i FHI,

da først og fremst med ansvar for beredskap og oppbygging av fremtidig beredskap, men samtidig skal jeg fullføre ledelsen for vaksinasjonsprogrammet.

FHI er først og fremst en kunnskapsorganisasjon som gir faglige råd og så er det politikerne som tar beslutninger.

Hvordan vurderer du at forholdet mellom politisk nivå, embetsnivå og direktoratene har vært i håndteringen av pandemien?

Det er sikkert gunstig å dele det inn i underkapitler. FHI har ulike roller på ulike delfagsområder. Vår rolle som generell kunnskapsleverandør gjelder innenfor folkehelseområdet generelt og er forankret i folkehelseloven.

Vi har en litt annen og tydeligere rolle ift. rådgivning hjemlet i smittevernloven. Vi skal gi råd til myndigheter, befolkningen og tjenestene. Det har vært flere runder med forsøkt på å tydeliggjøre grenseoppgavene mellom etatene og det fortolkes nok fremdeles litt forskjellig. Det er særlig gjort forsøk på å se på forholdet mellom FHI og HDIR når det gjelder rådgivning spesielt fordi begge etatene har som oppdrag å drive rådgivning iht. smittevernloven. Vi har generelt oppfattet det slik at vår rådgivningsrolle er tydelig. Vi skal gi råd til befolkning, myndigheter og tjenestene. Så har vi fortolket det slik at HDIRs rolle først og fremst er rettet mot helsetjenestene og de skal sørge for at det gis råd og de har muligheten til å iverksette tiltak. FHI har ikke noen myndighet til å iverksette ting eller reagere dersom noe ikke blir iverksatt annet enn at vi kan henvende oss til andre forvaltningsorganer. Vi har tenkt at instituttets rolle som rådgiver også er en myndighetsoppgave.

Det har vært slik at hvis man sub-inndeler litt så er vår rolle innenfor vaksinefeltet litt annerledes enn innenfor smittevernet generelt. Der har vi en spesiell rolle ift. å anbefale vaksiner og bruk av disse. Det er fremdeles slik at mange vaksiner brukes innenfor rammen av et vaksinasjonsprogram. Det kan være uenigheter her, men vi oppfatter det slik at innenfor et vaksinasjonsprogram sine rammer så har instituttet stor myndighet til å fatte vedtak innenfor de rammene som er fastsatt av departementet. Dette har nok vært litt annerledes under pandemien. Det viktigste er at det normalt er FHI som gjør avtale om innkjøp av vaksiner. Det har ikke skjedd i pandemien Nå har det vært departementet som har overtatt denne rollen og som har hatt kontakt med leverandøren. Begrunnelsen har først og fremst vært for å sikre gode avtaler om vaksineinnkjøp for Norge, og dette har blitt ivaretatt igjennom avtaler med Norge og EU. Det er et valg som regjering og departementet har tatt. Det er de som har vært i kontakt med EU. Koronavaksinasjonsprogrammet har således vært annerledes på dette punktet sammenlignet med de øvrige vaksinasjonsprogrammene.

Når det gjelder rådgivning til departementet innenfor smittevern så har man gjennom pandemien praktisert det slik at vårt råd har vært samordnet HDIR sitt råd. HDIR har stort sett levert råd til HOD. På vaksinefeltet har det vært annerledes, gitt vår spesielle rolle på vaksinefeltet, ved at det er vi som har gitt råd direkte til HOD.

Du sier at dere og direktoratet på smittevernområde har samordnet dere rådene. Hvordan skjer det?

Det skjer på den måten at mange av disse rådene er kommet etter oppdrag fra HOD til etatene. Det gis oppdrag til FHI og HDIR parallelt og så er det HDIR som samordner det endelige svaret. Det har vært ulike arbeidsformer. Det vanligste er at man har jobbet frem kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for de samlede anbefalingene fra HDIR. Vi har brukt litt tid gjennom pandemien på å optimalisere den arbeidsformen. Man har prøvd ulike arbeidsformer for å integrere det mer gjennom å arbeide i tverrfaglige grupper. Det vanligste er at man utarbeider kunnskapsgrunnlag hos oss som så blir samordnet med HDIR sine og deres tilleggsanbefalinger. De vurderer for eksempel juridiske aspekter og har kapasitet og kompetanse innenfor jussen som ikke vi har i samme grad. I deres sluttvurderinger ligger også vurderinger av konsekvenser for ressursbruk i helsetjenesten.

Har forholdet mellom nivåene endret seg over tid?

Det tror jeg vi redegjorde for dette i forrige møte også. Vi tenker at selve arbeidsformen har vært annerledes enn slik vi har oppfattet den normale arbeidsformen i forbindelse med en slik type hendelse. Vi oppfattet det slik at HDIR egentlig skulle hatt oppdrag om å samordne beredskapen generelt. Vi har opplevd at den rollen ganske tidlig istedenfor ble flyttet til HOD, og i stor grad har departementsråden hatt en viktig rolle der og hatt den rollen jeg oppfatter at skulle være tillagt helsedirektøren.

Vi har også hatt et beredskapsutvalg for biologiske hendelser som skulle vært en arena for samordning mellom sektorene. Det har vært brukt som et forum hvor man har orientert sektorene, men i stor grad har kriseutvalget til regjeringen tatt over samordningsansvaret. En del av de mekanismene man opprinnelig var satt opp med har ikke fått den rollen som ligger i de opprinnelige beredskapsplanene.

Departementsrådene i Kriserådet har hatt god samordningsfunksjon. BUB har i større grad blitt en informasjonsarena enn en samordningsarena.

Har det hatt betydning for forholdet mellom nivåene om de aktuelle tiltak var nasjonale eller regionale/kommunale?

Det er klart at når departementet går inn og tar en såpass sterk samordnende rolle som de har hatt, så blir koordineringen mellom politisk nivå og fagetatene sterkere og grensesnittet blir tettere. Det fører til at man i noen sammenhenger ser at det ikke er så lett å trekke klare grenser mellom hva som er politiske og hva som er faglige vurderinger. Det er slik det bør være. Vi ser av kommentarer fra andre land at man har pekt på at der man har fått til et tett grensesnitt og integrering mellom politisk nivå og faglig nivå, har håndteringen av pandemien vært mer vellykket. Det å få til et slikt godt grensesnitt har vært sett på som en styrke ved håndteringen. Samtidig skaper det utfordringer fordi etatene må kunne tydeliggjøre hva som er den faglige

vurderingen for beslutninger og hva som er det politiske. For en del beslutninger er det vanskelig å se hva som er hva. Man bør anstrenge seg for å tydeliggjøre forskjellen.

Det vil være nasjonale tiltak hvor politisk nivå i større grad vil tydeliggjøre sine preferanser og sitt syn. Det gjelder også lokale tiltak der det er nasjonal ledelse. Vi har ulike typer lokale og regionale tiltak. Noen av de lokale tiltakene er at kommunene gjør vurderinger selv lokalt og støtter seg til fagetaters råd direkte til dem. Det er tilsvarende på regionalt nivå. I noen situasjoner er regionale tiltak basert på nasjonalt rammeverk. Da er politisk ledelse tyngre og har sterkere innflytelse.

Etter smittevernloven § 1-5 skal tiltak etter smittevernloven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse. I tillegg skal det foretas en forholdsmessighetsvurdering. Vurderer FHI forholdsmessigheten av tiltak?

Ja, vi gjør alltid det, men vi har nok vektlagt de rent smittevernfaglige aspektene, da det er vår primære rolle. Men det vil alltid være forholdsmessighetsvurderinger knyttet til det. Vi gjør begge deler, men med størst fokus og tyngde innen det smittevernfaglige.

Hvordan vil vurderingen som HDIR, HOD og så til slutt regjeringen være sammenlignet med det dere vurderer?

Jeg tenker at f.eks. mtp forholdsmessighetsvurderingene så vil det være aspekter ved det der Hdirs rolle er tydeligere. De har også en tydeligere rolle og kompetanse for å vurdere det juridiske rammeverket, og de sitter nærmere helsetjenestene og kan vurdere effektene for tjenestene. Departementet vurderer de overordnede politiske konsekvensene av tiltakene som man innfører.

Har du noen refleksjoner rundt de ulike vurderingen hver instans skal gjøre? Er det slik du nå nettopp forklarte? Hvordan har dette fungert?

Ja, generelt sett opplever jeg at det har fungert på den måten.

Har du eksempler på at FHI har ønsket vesentlig strengere tiltak på et område, men der politikerne har sagt nei?

Nei, ikke som jeg kan komme på.

Har du eksempler på at politikerne ønsket å gå vesentlig lenger enn FHI anbefalte?

Jeg har ingen gode eksempler på det, men et eksempel var uenighet vedr. vaksinasjonsprogrammet der det var forskjell mellom det politiske vedtaket og vår anbefaling. Denne saken handlet om vi skulle fortsette å la vaksinene fra AstraZenica og Johnson & Johnson være en del av vaksinasjonsprogrammet etter at det ble avdekket alvorlige bivirkninger.

Et eksempel vi kommer til vedrørende importsmitte er innføringen av karantenehotell. Dette tiltaket har liten funksjon rent smittevernmessig, men handler om hvordan man sikrer etterlevelse av tiltak. Rent smittevernfaglig ville det vært unødvendig å innføre karantenehotell dersom man var sikker på at befolkningen ville etterleve tiltakene. Man innførte derfor karantenehotell som et tiltak for å sikre god nok etterlevelse.

Hvilken betydning hadde sykehusenes intensivkapasitet for nedstengningen i mars 2020?

Noe av det som hadde stor betydning for anbefalingene i mars 2020 var helsetjenestens kapasitet generelt. Særlig hadde sykehusenes kapasitet stor betydning, og intensivkapasiteten er en viktig komponent i sykehusenes evne til å håndtere covid-pasientene. Intensivavdelingene er en begrensende faktor for denne kapasiteten både med hensyn til avansert utstyr, spesiell kompetanse og sengeplasser. Kompetanse og personell utgjør en komponent det ikke var mulig å gjøre noe med på kort sikt så lenge man ikke hadde forberedt det. Det er den samme diskusjonen som vi har nå. Det spilte stor rolle, men det var som et element i en helhetlig vurdering av helsetjenestens kapasitet.

Har det elementet og viktigheten av det endret seg gjennom pandemien?

Nei, det tror jeg ikke. Vi gjør de samme vurderingene nå som vi gjorde i mars 2020. Kapasiteten har ikke endret seg nevneverdig og viktigheten har heller ikke endret seg.

Vi har oppfattet at FHI deltar i R-konferanser og RCU. Kan du beskrive rollen du har hatt i de møtene?

Jeg har vært i disse konferansene sammen med andre fra FHI sin ledelse. Min rolle har vært å legge frem FHIs faglige vurderinger, og bidra med vurderinger når man blir spurt om det fra regjeringens medlemmer, om fortolkninger av rådene og tilleggsinformasjon som er relevant for regjeringens behandling.

Hvordan opplever du at det har det fungert at fagpersoner er tilstede i de møtene?

Jeg ikke vet hvordan det ville fungert om vi ikke var der. Men jeg har opplevd at det har fungert godt, og at det var en god ordning. Vi fikk anledning til å kommunisere direkte med regjeringen og få tilbakemelding. Det ga informasjonsflyt begge veier og det var nyttig. Det var først og fremst den forrige regjeringen som praktiserte dette. Jeg har ikke blitt innkalt til den nye regjeringen. Tidligere var både jeg og Camilla Stoltenberg til stede. Det er først og fremst etatslederne som blir kalt inn. Jeg synes det fungerer godt fordi man får en mer direkte kommunikasjon med regjeringen. Så kan man spørre om skillet mellom politiske og faglige vurderinger blir mer utydelig. Jeg tror saksgangen og oppfølgingen har blitt bedre av det, men det er en personlig vurdering.

Vi har fått beskrevet at prosessene frem til det er truffet beslutninger i regjeringen har gått raskt. Har du gjort deg noen refleksjoner rundt dette?

Det har vært høyt tempo og det har vært det fordi situasjonen har krevd raske avgjørelser. Det betyr at tiden man har til rådighet for å gjøre grundige faglige vurderinger er redusert. Samtidig krever situasjonen at man tar avgjørelse basert på det kunnskapsgrunnlaget man har. Det har vært en enorm arbeidsbelastning for de underliggende etatene for å fremskaffe kunnskap. Det har medført at man har brukt personalressurser nesten på grensen av hva som er forsvarlig. Vi har hatt noen refleksjoner om hvorvidt alle oppdragene har vært nødvendige hele tiden. Vi har hatt dialog med HOD for å se om man kunne redusere antall oppdrag. I ettertid har man sett at ikke alle vurderingene burde ha blitt tildelt like mye ressurser, men når det kommer oppdrag så blir de behandlet likt. Der kunne man nok differensiert litt mer. Mer ressurser på kritiske oppdrag og mer summarisk ellers.

Har tempoet påvirket FHIs mulighet for å gi forsvarlige råd?

Det ligger i det jeg sa. Det må man vurdere ut fra hva som er konsekvensen av å bruke lengre tid. I enhver krisesituasjon så må man se på at dersom man bruker lengre tid så risikerer man at man ikke tar beslutningen tidsnok, og det er den vurderingen som er vanskelig. Noen av beslutningene må komme raskt, og da må man bare bruke de ressursene man har på best mulig måte.

Har du eksempler på det motsatte, at det går raskere enn det som er smittevernaglig nødvendig og at det raske tempoet har fått negative konsekvenser?

Nei, jeg kommer ikke på det nå.

Opplever du at regjeringen til tross for tempoet har fått tilstrekkelig grunnlag for å foreta forholdsmessighetsvurderingene?

Jeg tenker man har gitt det beslutningsgrunnlaget som har vært mulig å fremskaffe på den tiden som man har hatt til rådighet.

Hvordan opplever du at samarbeidet mellom dere, HOD, HDIR og andre etater har fungert under pandemien?

Hovedkonklusjonen er at det har fungert godt. Vi har brukt tid på å diskutere grensesnittene. Det har vært episoder som har skapt irritasjon i flere etater. Det at man har vært har vært åpne om uenigheter og har hatt mulighet til å ta opp arbeidsformer mellom etatene på en saklig måte har gjort at dette har bedret seg gjennom hele pandemien. Utgangspunktet gjennom lovverket bidro til at man hadde forskjellig rolleforståelse, men man har gjennom pandemien fått anledning til å utvikle en praktisk samarbeidsform som fungerer bedre og bedre. Man må nok ta jobben med å gå opp de formelle avgrensningene av rollene i etterkant. Det er ikke sikkert måten vi jobber på nå er helt i tråd med hvordan lovverket beskriver rollene. Men man har fått til en arbeidsform som er rimelig god.

Hva har vært særlig utfordrende i samarbeidet? Har det vært roller og grensesnitt?

Roller og grensesnitt har vært utfordrende i deler av samarbeidet. Det er lite effektiv ressursbruk at dersom FHI gjør en faglig vurdering, og andre instanser gjør den samme vurderingen på nytt. Det bør være ryddighet om hvilke beslutningsgrunnlag de forskjellige etatene skal bidra med og hvilke roller de har. Det er ikke god ressursbruk at flere etater gjør de samme vurderingene. Departementet har i liten grad blandet seg inn i det faglige, men akkurat dette har vært et tema mellom FHI og Hdir spesielt.

Har du noen eksempler på det eller opplever du at det er mer gjennomgående at man har den doble ressursbruken?

En viktig problemstilling har vært at Hdir også har bygget opp egne faggrupper innen smittevern. Jeg har forståelse for at man trenger fagpersoner i ulike etater som forstår hvilket råd man mottar fra andre etater. En type oversetterfunksjon som setter disse rådene og faglige innspillene inn i en kontekst. Når kanskje 3 personer i HDIR revurderer og overprøver et oppdrag som kanskje 10-20 personer i FHI har jobbet med over lang tid, så skaper det irritasjon og bidrar til lite rasjonell saksbehandling. Man må kunne stille spørsmål ved de faglige vurderingene som er gjort, det ligger i en liaisonfunksjon, men det å overta et faglig grunnlag og så gjøre om på den faglige anbefalingen uten dialog, det er liten rasjonell bruk av ressurser.

Nå skriver vi desember 2021. Da man kom med smitteverntiltakene i mars i fjor, hvilke tidsperspektiv så FHI for seg da?

Vi tenkte vel at pandemien kom til å vare lenge. Det skjønte vi tidlig. Så tenkte vi at det ville være ulike muligheter mtp. hvordan pandemien ville utvikle seg. Det ville være nødvendig med periodevis tiltak i lang tid fremover. Vi tenkte ikke at tiltakene som ble innført i mars 2020 skulle fortsette veldig lenge med det omfang og styrken/intensiteten som de ble satt inn med da. Utgangspunktet var å få rask kontroll på pandemien, slik at man sikret helsetjenesten og andre samfunnsfunksjoner samtidig som man ville vinne tid i forhold til å få mer kunnskap om pandemien/sykdommen. Vi hadde nok i utgangspunktet et ganske langt tidsperspektiv, men ikke nødvendigvis for varigheten av de tiltakene som ble innført da.

Hva er et langt perspektiv?

Jeg tror vi allerede da sa at dette kom til å vare i noen år. Vi var også usikre på når vaksiner kom til å være tilgjengelig. I mars 2020 var det ingen som trodde de kom til å komme så fort som de gjorde. Man var nok mer pessimistisk da.

Etter en lang periode med mer eller mindre inngripende tiltak - er det grupper du mener det er grunn til å være bekymret for nå?

Dette har vært en pandemi hvor sykdomsrisikoen har vært knyttet til den eldre gruppen av befolkningen, mens mange av tiltakene har hatt negative konsekvenser for den yngre delen av befolkningen. Spesielt barn og unge har hatt en del ulemper ved tiltakene som er innført. Det er også slik at vi i ulik grad har lyktes med å nå frem til alle deler av befolkningen. Vi har en klar

sosioøkonomisk gradient mtp. å nå frem med vaksinasjon. Vi har også strevd med å nå frem til de som kommer fra andre land eller som har foreldre som kommer fra andre land.

Har du noen refleksjoner om man kunne gjort noe annerledes underveis for å ivareta disse gruppene i større grad?

Jeg tenker basert på det kunnskapsgrunnlaget man hadde, så var det vanskelig å se at man kunne gjort vurderinger knyttet til de negative konsekvensene for barn og unge annerledes. Det kan hende man tidligere skulle monitorert negative effekter.

Tiltak overfor innvandrerbefolkning er en vanskelig diskusjon. Det er lett å identifisere de negative konsekvensene av at man ikke har nådd frem, men det er tilsvarende vanskelig å vite hvordan man skal nå frem. Hadde det vært lett tilgjengelige kunnskap hadde man gjort det. Man er fortsatt usikker på hvilke tiltak som skal innføres for å nå disse gruppene. For eksempel hvordan man kan få til mer målrettet tiltak mot grupper som ikke har vært så tilgjengelig. Det er vanskelig å komme på konkrete tiltak som hadde gitt bedre resultater.

Kan du trekke frem hva som har gått bra, og hva som eventuelt har vært særlig utfordrende i arbeidet med vaksinene?

For det første så var tilgangen til vaksiner i stor grad avgjørende for valgene som ble tatt. Det var få vaksiner tilgjengelig og vi visste lite om hvordan de virket. Det er de ytre materielle rammene som har hatt betydning for hvordan vi innrettet dette. Noe av det aller viktigste vi gjorde i starten var å få en avklaring med regjeringen om at vi ville gjennomføre dette som en del av et vaksinasjonsprogram. Det innebar at bestemmelsene for vaksinasjonsprogram som gjaldt for andre program, først og fremst barnevaksinasjonsprogrammet, skulle gjelde. Det inneholdt handlingsrom og rammer som gjorde det lettere å manøvrere videre. Det aller viktigste vi gjorde på høsten 2020 var å definere rammeverket som vi ønsket å jobbe innenfor. Det tenker jeg var et viktig grep. Det var på det tidspunktet ikke opplagt at koronavaksinasjon skulle gjennomføres innen rammene av et program, slik vaksinasjonsprogram er definert i forskrift om programvaksiner.

Det andre var at vi var raskt ute med å få etablert et system der vi fikk delt opp programmet i ulike delprogram som reflekterte delproblemstillinger som vi tenkte det var viktig å få belyst fordi vi ville få en situasjon med ikke så stor tilgang på vaksiner som man normalt har i et vaksinasjonsprogram. Vi måtte tenke på overordnede vurderinger for prioriteringer. Det har vært et gjennomgående tema hele veien; det gjelder både hvem som skulle få vaksiner først og hvor skulle man sende vaksinene.

I starten var det også viktig å bli enige om viktige verdivalg. Skulle vaksinene fordeles avhengig av den enkeltes behov for beskyttelse uavhengig av smittesituasjonen der man bor, eller skulle andre hensyn spille inn som f.eks forskjeller i smittetrykk i ulike geografiske området. Hvis man først hadde vaksinert alle der hvor smittesituasjon var tyngst, så kunne man potensielt vunnet

flere liv og hatt et bedre helseutfall totalt sett sammenlignet med å fordele vaksiner likt mellom alle med lik risiko for alvorlig sykdomsforløp. Dette var viktige grunnleggende vurderinger i starten av vaksinasjonsprogrammet, og her var det viktig å få en overordnet politisk avklaring.

Jeg tenker det er viktig at vi fikk det innenfor rammene av et vaksinasjonsprogram, at vi fikk gjort en vurdering av verdigrunnlaget for hvordan man tenkte og de fortløpende prioriteringshensynene.

Så kom det praktiske utfordringer med vaksiner med fysiske krav til distribusjon som var krevende i Norge med vanskelig fremkommelighet til flere steder. Vi måtte tenke på hvordan disse effektivt kunne fordeles geografisk. Noen land valgte mer effektive løsninger og opprettet få vaksinesenter og folk måtte komme seg dit. Vi fordelte vaksinene til alle landets kommuner. Kommunene fikk lov til å være aktørene i vaksinasjonsarbeidet. Det var en viktig beslutning, at man gjorde dette og ikke gikk på akkord med at noen ville få lang vei til vaksinasjon.

Vi etablerte en av de mest avanserte distribusjonsløsningene i verden mtp. kravene ved transport av vaksinen. Det ble harselert med i mediene, men jeg tror ikke folk forstod hva vi faktisk gjorde.

Jeg forstår det slik at det ikke var opplagt for andre aktører at det skulle opprettes et vaksinasjonsprogram med dere som ansvarlig. Hvem var de andre aktørene?

Det var ingen motstand mot det. Da vi sa at vi mente dette måtte skje innenfor et vaksinasjonsprogram så tror jeg ikke politisk ledelse eller embetsverket i departementet var overbevist om det før de hørte argumentene. De var heller ikke med en gang imot det, men det tok tid før de skjønnte at det var et system man kunne benytte som aktørene var vant med og som ga rammer for hvilke roller man hadde. Det gjorde ikke vår rolle vesentlig annerledes, men man hadde et system som var utprøvd fra før, hvor FHI, kommunene og HOD hadde et definert ansvar. Det var også lett å si noe om ansvar for finansiering og deler av utøvelsen.

Jeg oppfatter det slik at den bygger på en programmal og at det har hatt veldig positiv betydning. Hvilken betydning hadde eksisterende planverk og veiledere i arbeidet med vaksinestrategien og utrulling?

Innenfor vaksinasjonsprogramtenkning forelå det veiledere om hvordan forholde seg til vaksinasjon av store grupper og planverk i forhold til pandemi som man kunne benytte seg av. Det var nok ikke så viktig mtp program eller ikke program. Men når det gjaldt andre detaljer var det lettere å gjenbruke veiledere og planverk, men det måtte tilpasses denne situasjonen og den nye vaksineteknologien samt hva vi visste om vaksinene.

Hvorfor valgte FHI å ikke følge WHO's forslag til vaksineprioriteringer, med helsepersonell med stor risiko for smitte og videreføring av smitte først, og så den eldre befolkningen etter alder?

Jeg er ikke sikker på om jeg er helt enig i utgangspunktet for dette spørsmålet, for jeg tenker at WHO ga overordnede retningslinjer og jeg mener vi lå innenfor deres råd om at

vaksinasjonsstrategien måtte tilpasses hvert lands situasjon. Vi gjorde en overordnet vurdering hvor vi tidlig konkluderte med at vi ønsket å prioritere helseutfall. Da var alder og risikogrupper det viktigste og så ville vi prioritere helsepersonell på riktig tidspunkt. Den justeringen av strategien kom raskt på nyåret 2021, og det fikk ikke noen praktisk betydning om den ble formulert i desember 2020 eller januar 2021.

Hva var det avgjørende for at geografisk prioritering kom i gang så sent i forløpet, til tross for at det ble anbefalt allerede da strategien ble laget i november/desember 2020?

Jeg stusser litt på at dere mener at dette var en anbefaling i strategien allerede i november/desember. Vi gjorde en vurdering av om man burde foreta en geografisk prioritering allerede i november/desember, men etter en overordnet etisk/verdimessig vurdering, blant annet etter innspill fra etikkutvalget, ble ikke dette anbefalt som en del av strategien på dette tidspunktet. Vurderingen av hvorvidt man skal innføre geografisk fordelingen, var avhengig av utfallsmålet. Hvis utfallsmål var å redusere antall smittetilfeller i Norge så kunne sterkere geografisk fordeling fra starten av vært et riktig strategisk grep. Hvis utfallsmålet var å redusere antall alvorlige tilfeller og holde dødeligheten nede så ville geografisk prioritering vært et mer tvilsomt virkemiddel. Dette er også støttet av matematiske modelleringsanalyser. Denne diskusjonen illustrerer noen dilemmaer der det verdigrunnlaget man legger til grunn blir avgjørende for konklusjonen. Her er man også oppe i en faglig/politisk gråsoner som er viktig.

Det er også viktig å se dette i relasjon til aksept i befolkningen osv. Også finansielle vurderinger kunne pekt på fordelene med en tidligere geografisk prioritering.

Et poeng til som jeg tror at folk ikke var så oppmerksom på var at det i starten var få vaksinedoser tilgjengelig, slik at effekt av geografisk skjevdeling ville vært marginal uansett. Med flere doser blir effekten større. Vår vurdering var at det var få land som gjorde dette, men ettersom smitten var sentrert rundt Oslo så det var en grunn til at man skulle tenke annerledes i Norge. Det viktigste var forholdet til utfallsmålet og hovedmålsetting. Vi tenkte at vi hadde en trygg forankring for de valgene vi gjorde, i det at hovedmålet var å redusere risiko for alvorlig sykdom og dødelig utfall. Da tydet våre analyser på at man burde være mer tilbakeholden med å innføre en radikal geografisk prioritering.

Vi gjorde modelleringer og fulgte utvikling gjennom første del av pandemien. Vi fikk signaler om at geografisk skjevfordeling kunne ha effekt mot sykkelighet og dødelighet. En slik modellering er ikke noen fasit, men det kan gi et kunnskapstilskudd. Grunnen til at vi var konservative da resultatene forelå var fordi modelleringene la til grunn at risiko for smitte var jevnt fordelt i landet, men modelleringene tok ikke hensyn til at risikobildet kunne endre seg ved lokale utbrudd. Man kan da sitte igjen med en situasjon hvor den mest risikoutsatte delen av befolkningen i steder med lokale utbrudd ville være mer eller mindre uvaksinert. Det var en situasjon vi var veldig redde for. Det var lett å kritisere dette i etterkant.

Dette var den viktigste delen av beslutningsgrunnlaget, altså i utgangspunktet for å vinne mest mulig primær helsegevinst og redusere risiko for død, så burde vi være konservative i forhold til innføringen av dette. Da vi begynte å få såpass mange vaksiner at det kunne gjøre en forskjell, så

hadde vi en ekstra konservatisme i forhold til en radikal skjevfordeling mtp. at det kunne oppstå lokale utbrudd som kunne få veldig negative konsekvenser. Det var derfor vi ønsket å vaksinere ned til 65 år før vi gikk inn for en geografisk prioritering. Etteranalysene vi har gjort tyder på at det ikke var veldig feil da utfallsmålet vårt var primær helsegevinst.

Hvordan har vaksinenes effekt på smittespredningen influert strategien både fra start og etterhvert.

I starten var vi veldig i tvil. De dataene som lå til grunn for godkjenning sa lite om effekt på smittespredning. Etter hvert fikk vi informasjon om dette. Det var forskjell fra vaksineutprøving til vaksineutprøving om hvilke data som ble presentert. For flere vaksiner var ikke smittespredning et effektmål. Etter som vi skjønnte at noen vaksiner hadde god effekt mot smittespredning ble det tillagt mer og mer vekt. Det ble tillagt i modellering og vurdering av geografisk prioritering. Det var kunnskap som kom etterhvert. Vi merket at vi ble kritisert fra ulike hold at det var utenkelig at vaksinene ikke skulle ha like god effekt mot smittespredning som mot sykdom. Situasjonen vi står i nå viser at vaksinene har mistet mye av sin effekt mot smittespredning, men beskytter likevel godt mot alvorlige sykdomsforløp.

Hvordan har diskusjonen internt i FHI vedrørende barns smitte vært? Kan du redegjøre for diskusjonen?

Kunnskapsgrunnlaget rundt barns bidrag til videre smitte har vært og er fremdeles til dels litt uklart. Barn blir smittet, men de blir i veldig liten grad syke. Ut ifra det har vi dedusert at når man blir mindre syk, så er man også mindre smittsom. De vurderingene har nok ikke vært basert på veldig tung kunnskap. Det har nok vært et ønske om å beskytte barn i forhold til å unngå tiltak mot barn som har vært oppfattet som belastende. Det er klart at når faktisk kunnskap er ufullstendig eller fraværende så overlates diskusjonen til andre vurderinger enn de rent smittevernaglige. Det blir rom for en annen type vurdering som kan farges av at man har ønsket å beskytte barn og ungdom.

Vi oppfatter at FHI har kommunisert tydelig og vært åpne om usikkert rundt kunnskapsgrunnlaget og vist frem faglig uenighet. Har det vært det samme på temaet om barn smitter eller har dere vært mer tilbakeholdne der?

Det er jeg litt usikker på. Internt på instituttet har det vært stor åpenhet om det sviktende kunnskapsgrunnlaget, men hvordan dette er blitt kommunisert ut og oppfattet er jeg mer usikker på. Det har vært sterke talpersoner som har vært tydelig i mediene om sine synspunkt og oppfatning på dette og det manglende kunnskapsgrunnlaget. Internt har diskusjonen vært differensiert og nyansert, men vi kan utad ha blitt oppfattet som at vi har vært mindre åpne om usikkerheten. Det er det vanskelig for meg å gi en objektiv vurdering av. Det er preget av at jeg selv sitter midt i den faglige diskusjonen internt.

Har det dere har lagt til grunn for barn hatt betydning for vaksinasjonsprioritering eller andre tiltak man har foreslått?

Jeg tror ikke det har hatt betydning for vaksinasjonsprioriteringen fordi der har det først og fremst vært slik at man prioriterer iht. risiko for sykdomsforløp. Men det kan ha hatt betydning for andre tiltak, blant annet hvorvidt skoler holder åpne og restriksjoner i skoler og barnehager. Der vil det sikkert ha hatt betydning. Kunnskapen har nok hatt betydning, men jeg mener ikke at man har hatt et ensidig bias mtp. hvordan man forholder seg til dette.

Er det anbefalinger vedr. vaksinasjon basert på modellering som du i ettertid har tenkt at var for svakt vitenskapelig fundert?

Nei, jeg har vel ingen eksempler på det. Det kommer an på hvordan man oppfatter rollen til modelleringene. Modelleringene blir aldri perfekte, så vi legger inn forutsetninger som vi mener er viktige for å vurdere ytterpunkter. Vi har store problemer med å forklare hva vi bruker modelleringene til fordi vi ofte lager ytterpunktscenarier for å vise hvilken rolle en bestemt faktor har eller hva man kan oppnå dersom man rendyrker en måte å tenke på. Den modelleringen som har vært mest diskutert mtp. vaksinasjonsprogrammet er den modelleringen som var grunnlaget for den første geografiske målrettingen. Den ga grunnlag for mer radikal geografisk målretting enn det vi iverksatte. Grunnen til at vi ikke fulgte den fullstendig, var etter en helhetlig vurdering hvor vi mente at det var for stor usikkerhet knyttet til den negative effekten for de kommunene som ville bli hengende etter.

Har du noe helt kort å si i et læringsperspektiv når det gjelder AstraZeneca-caset? Er det noe vi kan lære av hvordan vi håndterte det da bivirkningsspørsmålet kom opp?

Det illustrerer veldig godt at man hadde et sensitivt overvåkingssystem og så sanntidsorientert som mulig. Jeg tenker at både Norge og Danmark bidro raskt med å tilføre kunnskap vedrørende dette fordi vi hadde et system som fanget opp bivirkninger raskt. Den andre suksessfaktoren er at det var kort vei mellom den kliniske helsetjenesten og oss, slik at vi fikk klinisk informasjon raskt. Det tredje var at vi fikk raskt på plass et nordisk samarbeid slik at man fikk styrket datagrunnlaget. For å illustrere dette: da vi spurte britene om dette så hadde de ikke sett den type bivirkning ennå, men så dukket det opp. Det var dels fordi de trengte tid på å få dette inn i systemene sine og så foreta vurderinger av det, og dels fordi pandemien belastet helsetjenesten deres så kraftig at de ikke fikk meldt inn de riktige bivirkningene. Læringspunktene er å ha et godt og veltrimmet system for å fange opp både de positive og negative vaksineeffektene samt at det er god kommunikasjon mellom folkehelsemyndighetene og de kliniske fagmiljøene.

Det var nok også en av de episodene som tydeliggjorde at beslutninger ikke bare er faglige, men også politiske. Det politiske i beslutningene fremsto for mange som ubehagelig. Vi hadde ikke i tilstrekkelig grad vurdert de internasjonale ringvirkningene av å peke på disse alvorlige bivirkningene ved en ettertraktet vaksine. Dette er fremdeles en viktig vaksine i et globalt perspektiv og vi ble beskyldt for å skade vaksinen sitt renommé. Det er klart at Norge på det tidspunktet hadde tiltak som gjorde at risikoen ved å bli vaksinert var høyere enn risikoen ved å ikke bli vaksinert med denne vaksine. Dette skyltes at Norge pga god økonomi klarte å opprettholde et ekstremt høyt tiltaksnivå som reduserte den relative effekten av vaksinen. Andre land hadde ikke den samme muligheten og for dem ville det å suspendere denne vaksinen få en

mye mer negativ effekt på forløpet av pandemien. Noen land pekte på at land som Norge og Danmark kjøpte seg ut av en vanskelig situasjon fordi de hadde god økonomi. Det var et etisk dilemma at vi kan kritiseres for å ha eksportert vaksiner, som kunne medføre økt dødelighet, til andre land. Vi gjorde ikke vurderingen av om andre i andre land burde bruke disse vaksinene. Vi var tydelig overfor HOD på at hvis man ønsket en slik vurdering, så burde man ta inn annen fagekspertise.

Det er tatt mange beslutninger på regjeringsnivå om vaksinestrategien. Har du noe inntrykk av hva som er avgjørende for hvilket nivå beslutninger er tatt på? Embetsnivå, statsrådene, regjeringsnivå eller hos dere? Jeg forstår det slik at du sier at det til slutt var en politisk beslutning knyttet til AstraZeneca. Er det andre eksempler på hvilke nivå en beslutning er tatt på og hvor du kan si hva det var som gjorde at beslutningen ble tatt på det nivået?

Vi har ingen eksempler på at beslutninger knyttet til vaksinasjon er blitt annerledes enn det vi har anbefalt. I forbindelse med AstraZeneca-saken, ba regjeringen om en second opinion etter at vi hadde levert vår anbefaling, men selv der valgte regjeringen til slutt å følge FHI's anbefaling.

Har du noen refleksjoner om beslutningen knyttet til å tilby Janssen-vaksinen i den frivillige tilvalgsordningen?

Vi var uenig i den beslutningen. Det var en av mange ganger hvor vi tenkte det var fint å ha et vaksinasjonsprogram hvor vi kunne skille mellom hvilke vaksiner som ble tilbudt innenfor programmet, og hvilke vaksiner som ble tilbudt utenfor programmet. Regjeringens beslutning var å tilby Janssen-vaksinen utenfor programmet, og det tok vi til etterretning. Hadde vi fått beskjed om å inkludere Janssen-vaksinen i programmet så hadde det vært vanskeligere, men så lenge dette foregikk utenfor og regjeringen forhold seg til at det var FHI sine faglige vurderinger som gjaldt innenfor programmet så var det en måte regjeringen valgte å løse et politisk dilemma på.

Kan du kort si hva som er viktig å ha med seg til neste pandemi når det gjelder å utarbeide vaksinasjonsstrategi og å kommunisere strategien til befolkningen?

Det å få definert tydelige rammer rundt vaksinasjonen tidlig som f.eks å inkludere det i et vaksinasjonsprogram. Vi har lært mye om kommunikasjon gjennom denne prosessen. Det å ha en tydelig kommunikasjonsstrategi er viktig og å være åpen rundt dilemmaene man har hatt og få kommunisert usikkerhet samtidig som man kan peke på en hovedstrategi og målsettinger som har ligget til grunn hele tiden. En tidlig avklaring av verdigrunnlag var viktig. Hovedstrategien var at vi skulle redusere risiko for alvorlig sykdom og død, og det hadde vi også politisk beslutning på. Da var det enklere å kommunisere målsetningene i den øvrige målstrategien.

Har du hatt med kommunelegene å gjøre?

Ja.

Hvilke refleksjoner gjør du deg knyttet til kommunelegefunksjonen, slik denne er regulert og organisert per i dag? Hvordan bør det være fremover?

Da vi sist reviderte av smittevernloven vurderte vi om vi skulle ta ut den delen om kommunelegene. Dette er kommunens ansvar, og i prinsippet er det opp til kommunen selv å vurdere hvordan de ville organisere dette arbeidet. Så valgte man likevel å beholde kommunelegeparagrafen fordi man ville peke på noen funksjoner som krever helsefaglig kompetanse. For at kommunen skal ha en realistisk mulighet til å følge opp det smittevernrelaterte var det riktig å synliggjøre dette i en egen paragraf.

I gjennom en spørreundersøkelse kartla vi i hvilken grad kommunen var i stand til å oppfylle oppgavene innenfor smittevernloven. De fleste kommuner svarte at de ikke hadde verktøyene til å holde oversikt over den epidemiologiske situasjonen slik smittevernloven krever. De har basert seg på den oversikten de får fra sentralt hold, først og fremst fra FHI.

I spørreundersøkelsen pekte kommunen også på kommunelegens kompetanse innenfor smittevern. De har ikke nødvendigvis skoling innenfor dette feltet. Det andre er kapasitet. Ikke alle kommuner har kommuneleger på fulltid og funksjonen er sårbar mtp. fravær. Det er enkeltpersoner som skal utføre dette alene og i de tilfellene hvor man har anbefalt at man setter i gang interkommunalt samarbeid for å styrke svake kommunelegefunksjoner eller kapasitet innenfor smittevern i kommunen, så ser man at det i liten grad har blitt tatt i bruk. Man ønsker seg en mye mer robust kommunelegefunksjon med tilstrekkelig smittevernkompetanse, og et system som sikrer at slik kompetanse også er tilgjengelig i små kommuner.

Hvordan har ansvarsdelingen vært mellom HDIR og FHI vært? Hvem har hatt ansvar for hva?

Når det gjelder råd om innreise har det vært den samme ansvarsfordeling som i alle andre råd vi har gitt. Vår vurdering av importsmitte er bygget på en rasjonell vurdering av hva det betyr for den samlede smittesituasjon i landet. Det er mye symbolikk knyttet til importsmitte. Hvis smittesituasjonen i 2 land, f.eks. Norge og Sverige, er nokså lik har tiltak mot importsmitte liten effekt. Hvis smittesituasjonen i de 2 landene er svært forskjellig kan innreiserestriksjoner ha effekt. I realiteten har effekten av de innførte innreiserestriksjonene vært marginal. Derimot har symboleffekten vært tydelig, og innføring av innreiserestriksjoner kan ha vært en måte å vise handlekraft på.

Så det er symboleffekt og ikke smitteverneffekt?

Nei, det sier jeg ikke. Jeg sier at smitteverneffekten er liten i forhold til tiltakets størrelse og det sier noe forholdsmessighetsvurderingene hvor vi kan ha vært veldig uenige med HDIR.

Har både dere og HDIR foretatt forholdsmessighetsvurderingen knyttet til dette?

Det ligger alltid en forholdsmessighetsvurdering i FHI sine råd, selv om de er smittevern faglig orientert.

Hva er etter din mening det viktigste vi kan ta med oss av lærdom, både bra og dårlig, etter de snart to årene med pandemi som vi har lagt bak oss?

Jeg tror noe av det viktige er at vi har klart å ha godt grensesnitt mellom fagetatene og politisk ledelse, det tror jeg har vært helt avgjørende for håndteringen så langt. Jeg tror det er viktig at det fortsetter sånn.

Jeg tror også at det har vært viktig at vi har vært åpne om usikkerhet. Det er ingen ulempe at man har synliggjort uenighet, dvs. forskjellige vurderinger fra ulike ståsteder av forvaltningen, fordi man har ulike roller og oppgaver.

Et felt som jeg tenker er litt negativ lærdom er at vi bør vurdere å være enda mer frempå når det gjelder å ha kompetansemiljøer i Norge som er attraktive for tilsvarende kompetansemiljøer utenfor Norge. Slik at vi kommer raskere i kontakt med tunge utenlandske miljøer og nettverk. Det kan øke beslutningstakten vår enda mer. Det er nok en svakhet. Vi har opplevd at det ikke har vært en optimal situasjon for oss, fordi vi har ikke hatt de tunge og konkurransedyktige miljøene som har vært kritisk for å gjøre vurderingene enda raskere. Det tenker jeg er viktig når vi skal planlegge fremover. Vi kan ikke ha slike internasjonale toppmiljøer på alle områder, men vi burde ha det på noen nøkkelområder.

Har du noen eksempler?

Vi kunne vært tyngre innenfor vaksinemiljøene, modelleringsmiljøer og det faglige når det gjelder kunnskap om smittestoffene. Det kunne gitt raskere og mer treffende beslutninger. Vi tror vi har truffet noenlunde, men presisjonen kunne vært enda bedre.

Er det noe du ønsker å legge til, helt til slutt?

Nei, jeg kommer ikke på noe nå.

Digital gjennomgang 27.01.2022. Referat godkjent av Geir Bukholm

Oslo, 27.01.2022 Linda Aamodt