



INTERVJUREFERAT – ERNA SOLBERG

Intervju av:	Erna Solberg, tidligere statsminister
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	13. januar 2022, kl. 14.00-16.00
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Egil Matsen, leder av koronakommisjonen
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Frøde Veggeland, Henrik Shetelig, Olav Slettebø og Anna Werenskjold fra sekretariatet.
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Toril Johansson, Pål Terje Rørby, Knut Eirik Dybdal, Christine Korme, Ayan Bashir Sheikh-Mohamed, Astri Aas-Hansen, Rolv Terje Lie og Tone Fløtten fra kommisjonen. Sekretariatsleder Ida Skirstad Pollen og sekretariatsmedlem Marianne Aasland Kortner. Erik Sundet fra PwC.
Ev. bisittere	Lars Øy

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.

Ida Skirstad Pollen informerte om de praktiske og rettslige rammene for intervjuet:

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

Erna Solberg hadde ingen merknader eller spørsmål til de praktiske og rettslige rammene for intervjuet.

FORKLARING

Tema 1: Overordnet om regjeringens arbeid og forholdet til statsapparatet for øvrig

Vi har gjennom vår gransking sett at din regjering har hatt tett styring og at en rekke beslutninger har blitt løftet til regjeringen. Har du som statsminister hatt en aktiv pådriver- og oppfølgingsrolle av saker som skal fremmes, eller har vært oppe i r-konferanser eller RCU?

Ja, og det mener jeg er statsministeren og statsministerens kontor (SMK) sin jobb. Både å se til at saker som ikke er godt nok belyst blir belyst og sørge for at vi får beslutningsnotater opp i regjering så vi kan avklare. I hurtig arbeid blir det ofte ting som er mangelfullt i første runde, og som deretter må korrigeres. Da er det SMK sin jobb å sørge for at vi får konklusjoner i regjeringsskonferanser og RCU-møtene som gir retning til videre arbeid, og at vi får direkte bestillinger fordi det er samfunnshensyn som ikke er tatt godt nok hensyntatt. Både jeg, mitt embetsverk og politisk ledelse har vært aktive for å få til det arbeidet.

Har dere løftet flere saker opp til regjeringen nå enn ved andre kriser?

Regjeringen fungerer godt som et koordineringsorgan mellom departementer og som et beslutningsorgan. Erfaringen min over tid, og fra før pandemien, er at regjeringen fatter raskere beslutninger enn samarbeid mellom departementer leder til beslutninger. Man må av og til ha en oppmann, dvs. en statsminister som kan trekke en konklusjon og si at "slik blir det". Det har det faktisk vært litt mindre av under pandemien, fordi det har vært så høyt trykk.

Det kan av og til være departementer som ikke føler de har fått god nok tid til å vurdere, eller at det er departementer som føler de burde vært bedre orientert om en sak. Jeg synes vi under denne pandemien har fungert raskere. Det har vært oppe saker vi kunne delegert. På noen tidspunkt kom saker opp til regjeringen som vi etter hvert sørget for at gikk ned og kunne håndteres på enklere måter. Eksempelvis dette regelverket land som var røde og grønne. Etter hvert kom dette kun til informasjon, og var ikke noe vi brukte tid på som regjering.

Vi hadde en runde da vi begynte gjenåpningen hvor det var et ønske om å få opp smittevernregelverk for ulike bransjer. Det ble forsøkt dyttet opp, og det overarbeidet Helsedirektoratet (Hdir) og Folkehelseinstituttet (FHI). Da laget vi et regelverk som innebar at smittevernregelverk skulle håndteres mellom de departementene som hadde ansvar for den spesifikke sektoren, med hjelp fra FHI og bransjen selv. Slik skulle man sikre at det ble laget smittevernregler som var praktiske for bransjene. Det har gått seg litt til underveis når det gjelder hvilke saker og fullmakter man har på ulike nivåer, men tempoet tilsier også at det ikke er tid til å bruke for lang tid på ting. Av og til er det slik at regjeringen er et raskere beslutningsorgan sammenlignet med to departementer står og sparrer mot hverandre.

Når regjeringen har fattet beslutninger om tiltak, har regjeringen avveid forholdet mellom smittevern på den ene siden, og hensynet til grupper som rammes av smitteverntiltak på den andre. Kan du si litt mer om hva som har ligget til grunn for forholdsmessighetsvurderingene dere har gjort?

Forholdsmessighetsvurderinger går over flere plan. Den ene forholdsmessighetsvurderingen har å gjøre med at det over tid blir stor belastning på enkelte bransjer, og at det er viktig å finne andre måter å håndtere utfordringene på enn at enkelte bransjer hele tiden skal rammes. Den andre forholdsmessighetsvurderingen er at du må se på smittevern hensynene og om vi kan oppnå det samme med andre tiltak. Vi hadde en klar prioritering. Vi prioriterte barn og unge, deretter arbeidsplasser. Det var nok noen som synes at deres viktigste ting, slik som fritidsaktiviteter for voksne, ble nedprioritert. Det mente vi var en riktig forholdsmessighetsvurdering.

Belastningen for barn, unge og studenter ble stor i perioden, selv om vi hadde prioritert dem høyt. Det var mye smitte i disse gruppene. Vi så for eksempel høsten 2020 at det var mye smitte i studentmiljøene i forbindelse med fadderukene. Om det er et område i samfunnet som driver smitte er det også en forholdsmessighetsvurdering knyttet til å vurdere hvorvidt vi må sette ned foten å sørge for andre smittevernregler for det området.

En sentral diskusjon vi hadde i mars / april 2020 var om de strenge tiltakene var en for stor belastning for samfunnet økonomisk sett. Konklusjonen fra Holden-utvalget var at det var bra å få ned smitten, fordi det har store konsekvenser for arbeidslivet om alle sitter i karantene på grunn av mye smitte. Da kan det å ta kraftigere tiltak i en kortere periode, være hensiktsmessig. Dette er eksempler på ulike forholdsmessighetsvurderinger.

En utfordring vi hadde var hvordan å drifte skoler hvor det er helt umulig å få barn under en viss alder til å holde avstand til andre. Vi fikk da denne trafikklysmodellen som ble laget av etaten i samarbeid med fagforeninger og Utdanningsdirektoratet. Da gjorde ikke regjeringen annet enn å sørge for at det ble laget en trafikklysmodell på det faglige nivået. Det har vært diskutert hvor godt den fungerer, men det handlet også om å opprettholde mest mulig fysisk undervisning.

Forholdsmessighetsvurderingen handler om hvor stort inngrep det er for enkeltindividet, for en bransje, hvor lang tid det skal vare og hva alternativet er. Jeg opplever at debatter om forholdsmessighet ofte kun handler om at et tiltak er et for stort inngrep, men ikke konsekvensene av å ikke innføre tiltak.

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

Det har sitt utgangspunkt i det Holden-utvalget konkluderte. Det å få begrensninger på smitte var i utgangspunktet en bedre løsning for svært mange sektorer. Med mange syke og mange i karantene ville vi hatt problem med å drifte enkelte samfunnsfunksjoner. Da blir smitte det grunnleggende. Det kan hende enkelte tiltak kunne vært gjort på andre måter, men om summen skulle vært like lav smitte blir det en konkurranse om hvor det forholdsmessig har mest effekt å få ned smitten og hvor det medfører minst ulempe å gjennomføre tiltakene. Holden-utvalgets konklusjon har ligget til grunn for oss. Det vil si at det kunne blitt langt større kostnader av en smitte som løp løpsk, og hvor vi hadde fått en situasjon med utstrakt karantene og mange som ikke kom på jobb.

Dette var også noe vi merket oss i vår første rapport, at det ikke nødvendigvis er en reell avveining mellom å beskytte økonomien og holde sykdomsbyrden på et lavt nivå. Man kan likevel si at forholdsmessighetsvurderinger er noe som gjøres for sårbare grupper, og da holder ikke det perspektivet fra Holden-utvalget?

Nei. Derfor har vi etter den første nedstengingen forsøkt å holde skolene mest mulig i gang. Det har vært målsetningen vår hele veien. Blant annet fordi skolene har vært viktige for sårbare grupper. Vi sa tidlig til kommunesektoren at de ikke måtte flytte ressurser fra oppfølging av skolehelsetjenesten, oppfølging av psykisk helsevern og lignende grupper. Vi så at en del kommuner flyttet helsepersonell. Det er ikke unaturlig fordi helsesykepleiere er trent i smitteoppsporing. Det er en del av utdanningen deres. Derfor ga vi beskjed om dette. Hvor vellykket det ble vet vi ikke helt. Det var nok en del mindre kommuner som flyttet på de helsesykepleierne de hadde fordi de hadde en liten stab. I tillegg satt vi av ganske mye penger for tiltak som skulle hjelpe kommunen med å utvide kapasitet. Alt fra støtte til psykisk helsevern til telefoner for mobilisering av frivillig sektor.

Det er mye kreativitet i Norge og mange flinke folk som finner på gode ting. Det var et gjengående tema i kontakt med kommunesektoren som er vår førstelinje. Om vi har vært vellykket nok på alle områder, skal ikke jeg svare på. Men det var høy bevissthet om kompensatoriske tiltak for å opprettholde den vanlige aktiviteten.

Enkelte har sagt til oss at prosessene i regjeringskonferanse og RCU har gått fort, og at berørte sektorer ikke har fått tilstrekkelig med tid til å gi innspill. Har du noen kommentarer til det?

Det gikk fort, men det gikk ikke fortere enn reproduksjonsraten på smitten. Når du har eksponentiell smitteøkning og du skal bygge opp ting, så er det en del prosesser som endrer seg. Vi forkortet alle prosesser for fremleggelse av dokumenter. Regjeringsapparatet måtte jobbe på en annen måte.

På senhøsten 2020 forsøkte vi å få tilbake mer normale prosesser. Det var korte frister for å jobbe med mange av disse tingene fordi det skjedde endringer raskt. Et eksempel er da vi ble klar over hvor stor andre smittebølge ble etter høstferien 2020. Det var åpenbart at våre smitteverntiltak, slik som karanteneregler, ikke ble fulgt opp slik vi ønsket. Mange reisende var ikke i karantene da de kom til Norge. Det var tydelig økning i importsmitte knyttet til høstferien. I og med at man ikke ser resultatet i smitte før to uker etter, får man et hastverk med å sette inn tiltak. Men tiltakene ble forelagt alle. Når vi fikk grunnlagsmaterialet fra Hdir og FHI ble det gjort disponibelt for de mest berørte departementene. Selv om ikke Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) var ferdig med sin anbefaling, kunne alle andre begynne å jobbe med ut fra det grunnlagsmaterialet.

Det er klart at det har krevd et helt annet tempo og mye prøving og feiling. Vi har etablert ekstremt mange ulike registersystemer og vi har forsøkt å bruke digitalisering så mye som mulig. Teknologien styrer av og til hvor detaljert du kan gjøre ting. Du må lage systemer som passer teknologien. Vi har brukt noen uker på å lage digitaliseringsprosjekter som ellers ville tatt ett år. Jeg har forståelse for at noen føler de ikke alltid fikk tilstrekkelig med tid til å gi innspill. Jeg tror det først og fremst dreier seg om et behov for å ha tempo i beslutninger.

Hvilke erfaringer har du gjort deg med RCU?

Jeg har gode erfaringer med RCU. Du kan ikke dra inn hele regjeringen til beslutninger så ofte som vi trengte i starten. Vi inviterte derfor de berørte statsrådene med på sine saker. De satt ofte gjennom hele møtet.

Det var viktig for meg å forankre en del viktige saker i regjeringen, og at RCU ikke overtok for det. I en periode hadde vi først en innledende diskusjon i RCU på de sakene hvor vi trengte større beslutninger, deretter fattet vi beslutningen i hele regjering. Da vi stengte ned i mars 2020 ble det gitt et tydelig ansvar til hvert departement for å følge sin sektor og for å jobbe med konsekvensene av pandemien for sin sektor. Det var ingen sektor som ikke ble berørt. Det var behov for å ha kunnskap om de ulike sektorene for å lage ordentlige regler.

Gjennom pandemien har fagmyndigheten gitt regjeringen faglige råd og regjeringen har tatt beslutningene. Hvordan vurderer du forholdet mellom politisk nivå, embetsnivå og direktoratene i håndteringen av pandemien?

Vi hadde veldig god nytte av å høre litt ufiltrerte beskjeder fra Hdir og FHI. Derfor hadde vi dem inne på den delen av RCU som dreide seg om koronapandemien. Det ga oss et felles bilde. Det gjorde at vi i større grad forstod hvorfor man kom til ulike konklusjoner i FHI og Hdir, gitt det ansvaret de har på ulike områder. Jeg tror det fungerte veldig opplysende for alle. Man kunne stille spørsmål til fagetatene og få gode svar tilbake.

Den eneste utfordringen vi opplevde var en kommunikasjonsutfordring i det offentlige rom. Hdir og FHI har mange ansatte. Plutselig kunne det dukke opp uttalelser eller synspunkter basert på at de er uavhengige forskere, slik at det kunne virke som Hdir og FHI hadde ulike meninger om saker. Det var noen runder hvor vi ga tilbakemeldinger om at det gjorde kommunikasjonen krevende når landet opplevde en krise. Vi ga beskjed om at de måtte samstemme seg. Dette var en liten bagatell i forhold til hovedbilde om at vi hadde god kontakt og godt samarbeid.

Var det etter regjeringens godkjenning eller oppfordring at Hdir og FHI har vært så aktive i kommunikasjonen offentlig om pandemihåndteringen?

Vi var opptatt av at de orienterte i det offentlige rom. Vi brukte dem som fagmyndigheter på pressekonferansene, slik at de ikke bare dreide seg om beslutninger. Deres troverdighet og kunnskap var viktig for det hele. Det blir en form for felles kriseledelse, hvor fagetatene la det faglige grunnlaget.

Vi synes det var helt greit at de uttalte seg offentlig, men de må være samstemte om hva de mener. Særlig i en krisesituasjon. Om folk begynner å føle at det kommer forskjellige synspunkter fra politikere og rådgivere, eller mellom ulike rådgiver, så virker det forvirrende. Vi må lære oss å leve i en medial verden, hvor media kan dra innholdet i det som har blitt sagt litt langt. Kommunikasjonsmessig er det litt utfordrende. Jeg vet ikke om det hadde vært mulig å gjøre det på en annen måte. De gangene det var litt problematisk med enkeltuttalelser gikk de som regel en runde og ble enige om et felles budskap.

FHI og Hdir har vært til stede i r-konferanser og RCU under behandling av covid-19-relaterte saker. Det ligger ikke en risiko her for en ubalanse ved at andre hensyn enn sykdom og helse får mindre oppmerksomhet av regjeringen enn det de ellers ville fått?

Det sitter 19 statsråder og en statsminister som også oppveier alle de andre hensynene. Vi trenger fagmyndigheten. Man skal ikke undervurdere en statsråds ansvar for å ha kontakt med sine sektorer, sine områder og sine saker. Det skal også legges til at vi hadde JD som lederdepartement og HOD som fulgte opp det ulike sektorer var opptatt av på andre områder enn helse. Vi fikk rapportene knyttet til for eksempel sårbare grupper og andre utfordringer opp til behandling. Alle sektorene er godt representert rundt regjeringsbordet. Det er slik regjeringen fungerer. Det var helsesituasjonen som var dimensjonerende for alt annet vi skulle gjøre. Derfor synes ikke jeg at det var unaturlig.

Er det en lærdom å trekke til andre kriser? Altså at man bør ta med fagmyndighetene tettere inn i politiske beslutninger?

Det å ha saken på dagsorden fortløpende under en krise startet vi med under oljeprisfallet og flyktningkrisen på grensen. Eksempelvis hadde vi UD og andre departementer inne for å hjelpe oss med å håndtere flyktningkrisen, selv om det ikke var like tydelig definert at de kunne være inne på hvert møte. Når situasjonen er dynamisk og endrer seg raskt, må du ha saken på dagsorden og bli orientert om situasjonen uten at det hele tiden er et r-notat med beslutninger som skal fattes. Jeg håper ikke noen får en krise som er så langvarig og krever så mye som denne.

HOD har hatt en helt sentral funksjon i pandemihåndteringen, samtidig har JD vært lederdepartement. Har ordningen med et annet lederdepartement enn det som er mest direkte berørt av krisen fungert tilfredsstillende?

Ja. Det kunne helt sikkert fungerte enda bedre, men jeg mener det har fungert tilfredsstillende. Det bidro til en betydelig avlastning for HOD hva gjelder å koordinere effektene av det som skjedde på helse. Det JD gjorde var å se på hvordan dette påvirker resten av samfunnet vårt.

Vi har BUB som er en koordinering av etatene og som ligger til HOD. Når det blir et annet lederdepartement, ville det kanskje vært naturlig at BUB blir flyttet til lederdepartementet. Den strukturen må vi se gjennom etter hvert. Det kunne gitt JD en sterkere koordineringsfunksjon for andre departementer inn mot både helse og regjeringen. Mange av problemstillingene vi har løst har hatt en vesentlig side mot justissektoren. For regjeringen var for eksempel innreiseregler og grensekontroll en krevende sak hele veien.

Har du inntrykk av at Kriserådet og KSE har vært nyttig - og eventuelt på hvilken måte?

Kriserådet opplever jeg som oppfølgingsarbeid etter regjeringens beslutninger. Jeg opplevde det som et arbeidsorgan for departementsrådene for å avklare betydningen av regjeringens konklusjoner og hva regjeringen faktisk har ment.

KSE ble en rapporteringsenhet for resten av regjeringen på summen av hendelser. I denne sammenheng hadde det kanskje passet vel så godt om BUB var mer knyttet opp mot JD siden JD fikk lederansvaret. I BUB var det en koordineringsfunksjon mellom etatene. At den lå i helse er naturlig i mange sammenhenger, men under denne krisen hadde det kanskje vært mer naturlig om den lå under JD. Det kan hende vi er bedre tjent med at ansvaret for BUB kan flyttes på i en slik situasjon.

Kan du beskrive prosessene knyttet til statsråd under pandemien og om det er noen viktige likheter/forskjeller fra hvordan prosessene er i en normalsituasjon?

Ulikheten har vært at vi hadde kongen med på telefonen. Vi var aldri mer enn akkurat beslutningsdyktige på grunn av smittevern hensyn, og de mulighetene rommet ga for å sitte med avstand fra hverandre. Når det gjelder statsrådsakene opplever jeg at vi hadde hyppigere og flere saker i begynnelsen, særlig fordi vi hadde behov for å få unna en del saker relatert til koronaloven. For eksempel disse unntakene i enkeltsaker. Ut over det har statsråd fungert ganske som normalt.

Har det under pandemien vært viktige forskjeller eller likheter i regjeringens forhold til Stortinget og prosessene der?

Den første våren hadde vi koronautvalget i Stortinget hvor vi orienterte og snakket med parlamentariske ledere. Det synes vi i og for seg var et greit organ å ha. Vi fikk en runde etter hvert om at dette ikke var å informere Stortinget på en ordentlig måte om smittevernregler. Vi følte vi hadde orientert Stortinget ganske detaljert, men Stortinget hadde ikke hørt noe formelt. Det gjorde at det ble en litt vanskelig konstruksjon. Så ble den nedlagt. Da skrev jeg et brev til Stortinget og spurte Stortinget om hvordan de ønsket å bli orientert av regjeringen. Svaret vi fikk var at statsministeren måtte komme og redegjøre når det var nyheter eller når han selv ønsket.

Bent Høie har vært et par ganger i helsekomiteen for å orientere. Vi forsøkte å tilpasse orienteringer til Stortinget i forbindelse med når vi visste at større ting kom til å skje. I så måte hadde vi bedre kontroll på gjenåpninger enn vi hadde på innstramminger. Vi også har henvendt oss et par ganger med spørsmål om de ønsker en oppdatering. Et eksempel er før sommeren i fjor. Da hadde vi egentlig ikke store nyheter å formidle, men vi lurte på om de ønsket en oppdatering før Stortinget gikk fra hverandre.

Oversendelse av forskrifter som er gjort i henhold til smittevernloven skjer etter loven. Jeg har underskrevet disse brevene. Det har i liten grad vært saker som tas opp eller behandles i Stortinget. Jeg er ikke fremmed for at vi må gjøre en revisjon av smittevernloven basert på det vi har lært nå. Da kan et spørsmål være om det finnes andre måter å håndtere dette på i forholdet mellom regjering og Storting. Vi må ikke miste fullmaktene til å gjøre inngripende tiltak i en gitt krisesituasjon. Ansvar for å gjøre smitteverntiltak må ligge i regjeringen. Hvis ikke er jeg redd det ville endt med at vi ikke klarer å håndtere slike situasjoner. Det er fullt mulig at det finnes en annen måte å håndtere dette på mellom Storting og regjering. Det er laget en smittevernlov som sannsynligvis er basert på situasjoner på opptil et halvt år. Nå er vi snart på andre året med inngripende tiltak og restriksjoner. Jeg er opptatt av at vi ikke må lage et regelverk for forrige pandemi, men et regelverk som står seg for små og store hendelser.

Tema 2: Kommunikasjon

Kommunikasjon til befolkningen er en sentral del av myndighetenes krisehåndtering. En stor del av kommunikasjonen under pandemien har handlet om å få folk til å føle trygghet, men samtidig endre adferd. Dette stiller store krav til kommunikasjon. Kan du

fortelle litt om hvilke avveininger som var viktige når budskapet ut til befolkningen skulle formes og innrettes?

Jeg skulle gjerne sagt at vi hadde en veldig tydelig plan da vi startet, men det er alltid litt slik at veien blir til mens man går. Vi var tidlig opptatt av at kommunikasjonen måtte være enhetlig og samstemt til alle på en gang. I politikken synes vi det ofte er fint å selge ut et spesifikt budskap til et medium, for da får vi større oppslag. Vi var veldig klare på at det ikke ville fungere under en krise. Vi måtte være tydelige og det måtte være klart hva som skjer. Derfor ble det disse pressekonferansene hjørnesteiner for å kommunisere beskjeder til befolkningen. Det var viktig med enhetlig informasjon. Det var viktig at vi var ærlige på det vi sa, for eksempel at vi ikke visste nok og at vi kom til å gjøre feil. Det var også viktig at vi brukte fagmyndighetene for å informere om det faglige, herunder status og situasjonen i helsevesenet. Regjeringen frontet beslutninger og at fagmyndighetene fremmet sine råd og vurderinger. Vi så at dette funket. Vanligvis er ikke pressekonferanse noe en kommunikasjonsmedarbeider ville anbefalt, men vi så at det fungerte veldig godt

En utfordring vi etter hvert ble oppmerksomme på var kommunikasjon til enkeltgrupper som ikke ser på norsk TV, ikke følger med på pressekonferanse og ikke forstår det som blir sagt. Da vi så utviklingen i smitte blant innvandrerbefolkningen, begynte vi å jobbe med andre tiltak rettet mot innvandrergrupper. Først ved at Kunnskapsdepartementet, IMDi, Hdir og FHI jobbet opp mot nettverk til innvandrergrupper. Etter hvert forstod vi også viktigheten av at autoriteter tok del i informasjonskampanjer for å få folk til å gå i karantene, vaksinere seg og teste seg. I den sammenheng var det også viktig å snakke med barn. I Norge er vi opptatt av at barn skal bli tatt på alvor. Vi var litt inspirert av at den danske statsministeren hadde hatt en tale på fire minutter til danske barn. Vi valgte å lage pressekonferanser for barn fordi barn ble så påvirket i sin hverdag da skolene ble stengt.

HOD hadde særlig fokus på hva slags kommunikasjon som fungerer til hvilke grupper. De som jobbet med helsekommunikasjon ga oss råd om at hvis du skal overbeviste noen må du overbevise med argumenter, ikke pekefinger.

Er det generelle læringspunkter knyttet til å kommunisere med den delen av befolkningen som ikke kan norsk som vi bør ha med oss til neste krise?

Jeg har vært minister med ansvar for dette en gang i tiden. Det er fascinerende hvor mange som bor i Norge som ikke følger med på norske nyheter og ser på norsk TV. I første runde var det særlig den somaliske befolkningen i Oslo som hadde høy smitte sammenlignet med andre. Da ble det gjort et stort stykke arbeid av FHI i nettverket for somaliske helsearbeidere. Dette er folk som kjenner kulturen, kan kommunisere og informere om tallene. Lærdommen er at man må bruke de riktige kanalene inn. Du må snakke om enkle ting og forstå hva som er utfordringen.

En av tingene vi var opptatt av å kommunisere var at det var taushetsbelagt om du blir smittespiret. Hva er grunnen til at folk ikke forteller om hvorfor de er smittet og hvem de har vært med? Det er fordi de kanskje har omgått noen som ikke burde vært der. Det har å gjøre med vår utlendingspolitikk og hvordan NAV fungerer. Eksempelvis at man er redd for at myndighetene skal finne ut at du bor med mannen til barna dine, fordi du har opplyst at du er en enslig forsørger. Vi lærte også mange ganger at vi måtte si at det var gratis. Det er litt

banalt, men det handler om å forstå hvilken situasjon folk er i. I tillegg er det viktig å samarbeide med dem som har påvirkning, slik som trossamfunn, kulturorganisasjoner mv.

Jeg spurte den litauiske presidenten om han kunne hjelpe oss med å få litauere i Norge til å vaksinere seg. Da spurte han om jeg kunne hjelpe han med å få litauere til å vaksinere seg i Litauen. Det er noen som er skeptiske. Det handler om å forstå hverdagen til folk. I tillegg er det av betydning hvem som gir budskapet. Man skal ikke undervurdere effekten av at statsministeren dubbes på polsk med et budskap som kun er rettet mot polakker i Norge, og at dette deles på de polske kultursidene på Facebook.

Informasjon om tiltak har ofte blitt offentliggjort på pressekonferanser med korte frister. I noen tilfeller like før helgen og/eller før detaljene i regelverket er klart. Vår gransking har så langt avdekket at det er noen utfordringer med dette – typisk at det kan være uklart hvordan de nye tiltakene skal praktiseres av kommunene, politiet, befolkningen og næringsliv. Og at det tidvis har vært vanskelig å få nødvendige avklaringer fra statlig hold, innenfor de fristene som er satt. Var dere innforstått med dette da dere la opp informasjonsstrategien som ble brukt?

Vi fikk en del kritikk som vi tok innover oss som handlet om hvordan vi kunne gjøre det bedre. For eksempel informasjon til kommunesektoren og kommuneleger, som følte de burde vært informert på forhånd. Dilemmaet vårt er da at vi måtte ventet med å komme ut med enten gode eller dårlige nyheter. Vi forsøkte å informere kommunene så raskt som mulig etter vi hadde fattet beslutninger. Det ble etter hvert gjort endringer ved at Høie hadde en del samtalemøter med kommunene før pressekonferansene. Han snakket i retning av hva som kunne komme for å gjøre dem bedre forberedt. Gjenåpningsstrategiene våre var et forsøk på å forklare når ulike ting kom. Det er et dilemma her. Om vi hadde ventet en dag med å gjøre noe for at alle skulle være informert, er utfordringen at man hadde mistet en dag i gjennomføringer. Min opplevelse er at vi tok til oss kritikken fra kommunene om at det var for lite som var klart. Vi forsøkte å imøtekomme det.

Kunne det i noen tilfeller vært aktuelt å gi litt lenger frist fra offentliggjøring til implementering? Har det vært så stort tidspress i alle saker?

Nei. Og det gjorde vi. Vi gjorde det på gjenåpning av skolene. Der forlenget vi fristen for at skolene skulle være tilbake sammenlignet med det som var anbefalinger fra etatene. Det gjorde vi fordi vi visste at man faktisk skulle få skolene til å fungere når elevene kom. Det som er vanskelig er tilstramminger som kommer litt over natten. Når det gjelder tilstramming på grensen forsøkte vi å ha noen frister og det gikk dager før vi gjorde endringer. Det var både for at de som hadde ansvar for testing på grensen og etatene skulle få tid til å forberede seg. Resultatet av det var at vi fikk den litt rare mediedekningen av hvorvidt et fly lander før karantenereglene trer i kraft. Det er sikkert et potensiale for å være bedre på noen områder. Samtidig forsøkte vi å gi lenger frist fra offentliggjøring til implementering, samt sørge for at det var en rytme i når vi gjorde tilstramminger på grensen.

Tema 3: Langsiktige strategier og beredskapsplaner

Regjeringen har underveis i pandemien utgitt en Langsiktig strategi og en beredskapsplan for videre håndtering. Disse dokumentene har vært revidert en rekke ganger. Hva er grunnen til dette?

Det er på grunn av at vi har mer kunnskap. Viruset har forandret seg, og kunnskapen har også endret seg. Det gjelder også kunnskapen om effektene av tiltakene. Når vi har gjort vurderinger og endringer har det stort sett vært initiert av sektorene, Hdir eller FHI, basert på ny kunnskap eller ny forståelse av effekten på ulike sektorer.

Har dere hatt mekanismer for å tenke langsiktig utvikling og hva som ligger rundt neste sving. Dvs. planlegge for ulike scenarier?

Ja. Vi har hatt en rekke scenariodiskusjoner. Blant annet har FHI laget scenarier for hvordan smitten kan utvikle seg. Basert på den første nedstengingen tok vi lærdom av andre måter å drifte skoler på ved trafikklysmodellen. Samtidig er det i naturens lov at man kanskje håper på det beste, men forbereder seg på det verste. Man lærer på veien. Vi gikk til inngripende tiltak som karantenehotell og påbud om hvor du skulle være for å få bukt med importsmitte etter jul 2020 og utover våren 2021. Da vi begynte å åpne etter nedstengingen tror jeg vi aldri hadde tenkt at vi skulle iverksette disse tiltakene. Vi trodde da at vi kjente viruset, men så fikk vi et virus som var sterkere og smittet lettere. Jeg føler vi har jobbet langsiktig med hva som kan bli neste runde. Det første scenariet vi opererte med var at vi fikk tre bølger og så dør viruset ut. Viruset har mutert og vi har derfor både fått bølge fem og seks. I alle fall to av bølgene har krevd mye strengere tiltak enn det vi planla for. Vi trodde prosessen vi hadde kommet ut av med gjennomgang av tiltak etter den første nedstengingen gjorde at vi skulle ha kontroll gjennom lokale tiltak. Så viste det seg utover høsten at vi måtte slå til med sterkere nasjonale tiltak.

Er det andre enn FHI som har bidratt med slike langsiktige vurderinger av pandemien?

Nei. Det er primært Hdir og FHI som er våre fagmyndigheter som har hatt disse langsiktige vurderingene. Det har vært løpende debatt og diskusjoner. Det var en utvikling hos FHI for hvordan de vurderte sine scenarier. Vi har ikke eksplisitt bedt andre om å lage scenariobeskrivelser for utvikling av smitte. Vi bygger også på internasjonal kunnskap og kunnskap fra andre land. For regjeringen er FHI hovedrådgiver på de langsiktige scenariene. Vi har også fått scenarier og hatt diskusjoner om den økonomiske utviklingen. Vi hadde veldig pessimistiske scenarier. Selv det mest optimistiske scenariene klarte vi å overgå. Det var laget egne scenarier og modeller fra Finansdepartementet og andre.

Kriserådet er i henhold til beredskapsplanene tiltenkt å sikre strategiske beslutninger. Har Kriserådet bidratt med det i denne krisen?

Jeg tenker de har bidratt til at beslutninger fattet av regjeringen har blitt fulgt opp og samordnet mellom departementene og departementsrådene. Jeg har gitt uttrykk for at vi må se på den arbeidsdeling og hva Kriserådet skal være. Det er helt naturlig at det er regjeringen som fatter de strategiske beslutningene. Vi har nok noen beredskapsregler som er veldig byråkratorienterte, men sannheten er at en krise i et demokrati må håndteres av politikere.

En hypotese er at det store antallet saker som er forberedt og løftet til regjeringen har gått ut over myndighetens evne til å tenke langsiktig. Hva er din kommentar til det?

Jeg mener det er feil. Jeg mener vi har tenkt både langsiktig og helhetlig. Om vi hadde sagt at dette skulle løses nede i systemene og at regjeringen ikke skulle fatte beslutninger, tror jeg vi hverken hadde fått så raske beslutninger som vi har hatt, ei heller så god kommunikasjon og ei heller at vi kunne ledet den krisen. Norge har et veldig godt embetsverk, men det er politikerne som velges for å være ansvarlige overfor velgerne. De er ansiktet utad. I mange andre land har statsministerens kontor en større stab og krisestab, og håndterer denne type ting på en helt annen måte. Det er mer basert på direktelinjer. I Norge er det mye mer fordelt mellom departementene og vi har et mindre SMK. I Norge kommer man ikke unna at regjeringen blir ansiktet på håndteringen. Den regjeringen kan ikke sitte som den svenske og gi ansvaret til fagmyndighetene. Det hadde ikke gått i norsk politisk kultur. Som statsminister er jeg valgt til å håndtere denne krisen.

Tema 4: Sykehusene og intensivkapasitet

Helt fra 2010, etter svineinfluensaen, har rapporter fra DSB, Riksrevisjonen, de regionale helseforetakene, stortingsmeldinger og nasjonale beredskapsplaner pekt på behovet for økt intensivkapasitet og manglene ved intensivberedskapen i norske sykehus. Det var særlig mangel på personellressurser og fleksible pandemiarealer som ble nevnt. Hvordan ble disse problemstillingene vurdert og fulgt opp av regjeringen i tiden du var statsminister?

I hovedsak har det vært knyttet til gode budsjetter for sykehusene som har vært i stor vekst i løpet av disse årene. Det har ikke vært eksplisitt behandlet at vi skulle øke intensivkapasitet, men vi har gjort justeringer og endringer på smittevernloven. Det er mange forventninger overfor helseforetakene om hva de skal løse, og det er nok slik at intensivkapasitet har konkurrert med absolutt alle andre ting. Litt av utfordringen er at vi hvert eneste år har mange som står i kø for kreftbehandling, vi har nye kreftmedisiner og andre tiltak. Vi har en helseforetaksmodell hvor helseforetakene skal gjøre avveiningene og se hvor de store behovene er.

Så er intensivkapasitet noe mindre enn det vi forventet at den var. Før vi stengte ned Norge fikk vi en gjennomgang som sa at det var mellom 400-450 intensivplasser og at det kunne øke med 200 i en beredskapssituasjon. Det ble også sagt at man kunne øke i en gitt situasjon opp til 1200-1400, men da er man i en kritisk situasjon. Det vi måtte gjøre for å sikre det var å stenge ned så mye annen aktivitet at det ville blitt vanskelig. Vi hadde en diskusjon i regjering i mars/april 2020 knyttet til intensivkapasitet. Vi diskuterte hva som måtte til. Vi fant at det var et stort behov for å få opp kapasitet raskt og få på plass utstyr. Det var bestilt utstyr og det var planer for hvordan man kunne få til de arealene en hadde behov for. Vi fant også at det var stort behov for personell. Derfor ble det trent nesten 3000 sykepleiere som kunne støttet arbeidet på en intensivavdeling.

Vi har ikke drevet en detaljstyring på hvilke intensivkapasitet helseforetakene skal ha, og intensivkapasitet har konkurrert med andre områder.

Er styringsmodellen av norske sykehus via helseforetakene og den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen egnet til å få sykehusene til å ivareta sitt beredskapsansvar?

Det kan godt tenkes at man skal se på hvordan beredskapen blir ivaretatt som en del av dette. Vi har særlige beredskapsområder som er hensyntatt i finansieringsmodellen. Haukeland sykehus har en av Nordens beste brannskadeavdelinger som de er særlig finansiert for å drifte. Dette handler mer om grunnberedskap for alle sykehus. Det er jo en basisfinansiering. Jeg er tilhenger av stykkprisfinansiering av sykehusene på toppen. Det betyr at man får brukt ressursene optimalt for å behandle flest mulig pasienter slik at køene ikke blir for lange. Vi ser også at det bidrar til at man får nye metoder, at man for eksempel klarer å gjøre mer poliklinisk. Kanskje betyr det at man skal definere en grunnberedskap som skal være der.

En annen utfordring er spesialiseringen som skjer innen helsevesenet. Går man 100 år tilbake var en sykepleier en sykepleier. I dag har de mange spesialiteter. Det er vanskelig for sykehusene å ha masse kapasitet som de ikke får brukt. Spørsmålet er om vi har fleksible nok systemer for å flytte på folk, slik at vi får kompetanse som kan brukes andre steder. Det er et vesentlig punkt.

Jeg vil også legge til at det er mange internasjonale sammenligninger. En intensivplass er veldig ulikt definert mellom land. I mange land har man for eksempel definert overvåkingsplasser som intensivplasser. Da får man en helt annen brøk.

Jeg tenker det er gode grunner til å gå gjennom hva man har og om man kan få mer fleksibilitet i bruken.

Vil du si at sykehusenes intensivkapasitet hadde stor betydning for nedstengingen i mars 2020?

Nei, ikke direkte den 12. mars. Rett og slett fordi vi da også trodde vi hadde bedre intensivkapasitet. Det var en situasjon hvor det gikk veldig raskt. Vi snakket da om innleggelser som var mange flere enn det vi har hatt.

Det har nok vært en større utfordring nå den senere tiden. Vi bestemte at vi måtte stenge ned med hensyn til helsevesenet ja, men også med hensyn til hva som ville skjedd i samfunnet om veldig mange ble syke og måtte i karantene. Altså den totale samfunnsutfordringen som sykdomsbildet ga.

Det er utdannet mange sykepleiere i Norge. Likevel er det hevdet at vi har mangel på intensivsykepleiere. Har du tanker om hvorfor vi ikke klarer å omsette det store antallet som kommer ut av sykepleierutdanning til denne kritiske funksjonen?

Delvis fordi sykehusene har oppskalert for lite utdanning innen spesialistfunksjonene på sykehusene. Det var den beskjedne som ble gitt til sykehusene i 2020. Vi har økt med 100 utdanningsstillinger til intensiv. Det er flere spesialistutdanninger hvor det har kommet færre ut enn det vi har ønsket de siste årene. Det skyldes nok en kombinasjon av utdanningsstillinger og at spesialisthelsetjenesten må opprette disse stillingene, og at det har vært for lite av det. Vi har dimensjonert hvor mange sykepleiere vi kan utdanne i Norge. I

utdanningsløftet 2020 var det over 1000 flere plasser innen henholdsvis helse- og sosialfag. Praksis er også en utfordring. Det å utdanne krever kapasitet som tas vekk fra behandling og forskning. Det er noen som skal følge opp å gi denne utdanning. Det er en flaskehals. Det er mange sykepleiefunksjoner med spesialistutdanning vi burde hatt flere av. For eksempel burde vi hatt flere psykiatriske sykepleiere. Flaskehalsen handler nok litt om at ikke mange nok tas inn i et utdanningsløp fordi det også må dimensjoneres hos helseforetakene.

Tema 5: Kommunelegenes situasjon under pandemien

Hva er ditt overordnede inntrykk av kommunelegenes situasjon under pandemien?

Jeg mener de har hatt en veldig krevende situasjon. Det er store forskjeller mellom kommunene. Noen har kommuneoverleger, andre har smittevernoverleger. De største kommunene har funksjonsfordelinger. Det er en del som kun har jobbet i kommunen, mens andre jobber også i praksis. Det er stor forskjell i hvordan dette er organisert, og det henger sammen med kommunestørrelser mv.

Jeg opplever at kommunelegene har fått en veldig viktig rolle under pandemien og har en viktig rolle i smittevernloven. I mange kommuner har de vært tett på kommuneledelsen ved beslutninger. Jeg opplever at det har fungert godt. Mitt inntrykk av kommunelegens situasjon er i stor grad basert på det vi har fått rapportert fra statsforvalterne. Min overordnede opplevelse er at de har gjort en god jobb, at de har vært på. De har ikke alltid fått gjennomslag i kommunens politiske ledelse.

I svært mange kommuner er det kun én kommunelege og dette er i mange tilfeller kun en deltidstilling. Er slik bemanning etter ditt syn tilfredsstillende, gitt at de blir så viktige i en slik krise?

Jeg kan godt holde et foredrag om hvorfor vi trenger større og mer robuste kommuner i Norge. Vi har 10 kommuner med under 1000 innbyggere. Én tredjedel av kommunene har under 3000 innbyggere. Hva er naturlig, og hvilke samarbeid kan man ha?

Bemanningen er ikke tilfredsstillende. Kvaliteten på tjenester og andre kommunestrukturer er viktig for en del beslutninger. Det gjelder ikke bare leger, men også andre funksjoner. Man glemmer ofte dette i diskusjon hvor man snakker om barnehage, skole og sykehjem. En del kommuner har hatt problemer med å få ansatte, og noen kommuner har lånt av nabokommuner.

Finnes det noen grep som statlige myndigheter kunne gjort for å økte kapasiteten, gitt kommunestrukturen?

Et grep kunne vært å vurdere om man skal pålegge kommunalt samarbeid om enkelte funksjoner. Det er en diskusjon vi har hatt gående. Om man for eksempel ikke får til endret kommunestruktur for de minste kommunene - kan du da pålegge at kommuner under en viss størrelse må samarbeide. Problemet er at du får ikke denne funksjonen i en liten kommune, og du får kanskje heller ikke rekruttert til funksjonen. Det kan godt tenkes at det å ha et felles

kontor vil gjøre det mer spennende å jobbe fordi du da jobber for flere kommuner. Man kan alltid legge mer penger på, men et sentralt spørsmål er hvor mye penger vi skal bruke for å holde de administrative ordningene forberedt på en krise.

Det er kjent at statlige tiltak i en viss utstrekning har vært iverksatt av hensyn til sykehusenes kapasitet. Kommunelegene har redegjort for at kommunene tidvis har vært svært presset, både i selve kommunelegefunksjonen og i kommunehelsetjenesten for øvrig. Nå i ettertid av din statsministerperiode: Har kommunenes kapasitet etter din vurdering vært tatt i betraktning i tilstrekkelig grad?

Å øke kommunenes kapasitet var i fokus fra starten av pandemien, da ble det satt opp mål for testkapasitet, åpen pengekasse for å ansette mv. Fra høsten 2020 og ut på våren 2021 var førstelinjetjenestens kapasitet en del av begrunnelsen vi ga for å ha strenge regler. Vi så på smittesporing og evnen til å følge smittesporing slik at man klarer å slå ned utbrudd, som et viktig element. I tillegg var det viktig å sikre nok testkapasitet og etter hvert også nok vaksiner. Testkapasiteten skulle ikke komme i konflikt med å holde vaksinetempoet oppe. Smittesporing og testkapasitet var blant de tingene som var med i vurderingen vår. Hdir var ganske tydelig i flere runder på at det ikke bare er sykehuset som var presset, men også førstelinjetjenesten. Derfor laget vi disse ressursgruppene som du kunne bruke ved lokale utbrudd. Vi lagde denne nasjonale ressursgruppen.

Jeg vil si at det var fokus på kommunene, men i den utadvendte retorikken er det enklere å få forståelse for at du må ta hensyn til de som er syke og sørge for at sykehusene ikke blir overbelastet. Vi opplevde kommunenes smittesporing som et svært viktig element for å få smitten ned. Om kommunenes smittesporing brøt sammen ville vi fått det mye vanskeligere i Norge.

Tema 6: Anskaffelse av vaksiner

Norge valgte å anskaffe vaksiner ved å samarbeide med EU, og med en avtale via Sverige. Før avtalen med Sverige var i boks - hvor stor vurderte du at risikoen var for at Norges befolkning ville få vaksiner vesentlig senere enn EU-landene?

Arbeidet som Norge, jeg og regjeringen har gjort helt siden vi etablerte CEPI ga oss et godt forhandlingskort. Vi begynte å samle inn penger til vaksineutvikling før de andre landene hadde begynt å tenke på vaksine som en vei ut av pandemien. Jeg opplevde at den politiske investeringen vi hadde gjort tidlig på dette området ga oss gode muligheter for å få til en løsning med EU. Island og Liechtenstein kom med på ryggen av Norges arbeid. Det vi hadde som alternativ var å gå inn i samtaler med Storbritannia som hadde sitt eget løp, men da ville det vært begrenset hva slags vaksineavtaler vi hadde hatt tilgang på. Vi var redd for at vi ville få vaksiner sent. Det er et rettsbyråkrati i EU som er opptatt av hvem som er en del av EU og hvem som ikke er det. Derfor var det viktig for oss å bruke den politiske veien. Jeg hadde tro på at vi ville klare å få til løsninger, men vi var engstelige.

Når var usikkerheten høyest?

Ganske tidlig hadde vi et eksempel på at EU lagde regler om eksportforbud av smittevernutstyr, da fikk vi problemer med å få vårt smittevernutstyr over grensen fra Sverige. Det var krevende å få svenskene til å tolke EU sine regler som inkluderende Norge. Det løste seg, men det ga oss en erfaring om det er risiko ved å stå utenfor EU. Derfor var vi også engstelige for hvordan vaksinefordelingen i EU ville slå juridisk ut. Derfor hadde jeg blant annet en telefonsamtale med Ursula von der Leyen som klargjorde prinsippene for vaksinefordeling, og at det ville inkludere oss. Jeg snakket også med dem i München i februar om vaksiner og om samarbeidet. De trakk oss inn i samarbeidet med blant annet om vaksiner også på globalt nivå. Det var også en billett inn for å få vaksiner til eget bruk.

Skal man forstå det slik at det gikk bra med anskaffelser av vaksiner til Norge på grunn av gode personlige relasjoner?

Den investeringen vi har gjort over tid på vaksinefeltet gjør at vi ikke oppfattes som en gratispassasjer, men som en aktiv deltaker. Det er nok vår politiske investeringer i sak som er grunnen til at det har gått bra, ikke nødvendigvis personlige relasjoner. Det at Norge har vært fremtredende på vaksinearbeid og bidrar inn i det. Andre land forstår at det ville være urimelig å holde oss utenfor. Når vi har bidratt til fellesgodene i verden oppleves det urimelig om vi ikke får være med.

Er det slik du ser det realistisk at Norge skal produsere vaksiner eller innsatsfaktorer til vaksiner i fremtiden, for eksempel covid-19-vaksiner?

Jeg mener det er fullt mulig at vi kan produsere noe. Jeg tar et forbehold, men jeg hørte det var 240 innsatsfaktorer som inngår i produksjonen av en vaksine. Dette kan ikke vi gjøre alene, men kanskje kan vi delta i et større samarbeid og produsere på lisens. Vi er verdensledende på vaksine for laks. Spørsmål er om det er penger, kapital og interesse. At vi skal klare å gjøre hele prosessen selv uten samarbeid, blir nok litt vanskelig. Men det er ingen grunn til at Norge ikke kan drive lisensproduksjon eller andre kritiske deler.

Hva kan det forsterkede helsesamarbeidet i EU (herunder HERA) bety for forsyningssikkerheten og sårbarheten til et lite land som Norge?

Dette er et samarbeid som følger av forståelsen av at vi har en beredskapssårbarhet når det gjelder hvordan smittevernutstyr og medisinproduksjon er fordelt i verden. Det at India bestemte seg for at de selv skulle ha egenprodusert vaksine er ikke urimelig, men vanskelig fordi vi hadde vært med på COVAX / ACT-A og Gates hadde kjøpt og betalt for mye av produksjonen for å kunne dele ut til hele verdens befolkning.

Jeg håper vi finner et samarbeid som inkluderer oss. Vi klarer ikke å ha produksjon på alle områder. Jeg tror 95% av disse blå hanskene blir produsert i Malaysia. Man kan nå som helst risikere at det skjer noe politisk i Malaysia. Det er en vekker for oss hvor spesialisert verden har blitt på noen av disse produktene. Det betyr at EU sannsynligvis vil koble vekk litt fri markedstankegang på disse områdene, og lage beredskapssystemer. Vi klarer ikke å ha beredskapssystemer for alt dette. Det at vi har store lagre vi ikke har bruk for betyr bare at vi har lagre vi må kaste med jevne mellomrom.

Gjorde din regjering noe for å koble dere på dette samarbeidet?

Vi har diskuterte det politisk og snakket om at vi må være med på det samarbeidet på politisk nivå. Basert på stemningen i EU tror jeg at EØS landene får være med på dette.

Tema 7: Vaksinestrategi og -utrulling

Hva mener du har fungert godt og mindre godt knyttet til prioriteringene av vaksiner?

Det som fungerte mindre godt er at vi fikk færre vaksiner enn vi skulle ha. Noen av den svikten skjedde fordi det var vaksiner vi endte opp med å ikke bruke. Det som har fungert bra er at massevaksinering har fungert godt i kommunene. Kommunene har vært flinke. De har klart å ta unna en stor masse.

Vi kan alltid ha en diskusjon om man skulle skjevfordelt mer enn man gjorde. Vi skjevfordelte litt der man hadde sterkest smitteutbrudd. Det var en diskusjon som gikk frem og tilbake i regjeringen, men vi var ganske samstemte om at vi måtte ta unna de mest prioriterte gruppene før vi startet med skjevdeling. Vi begynte med skjevdeling da vi var ferdige med de gruppene som var prioritert. I utgangspunktet går dette tilbake til den etiske diskusjonen og FHI sitt etiske råd. Skal de økonomiske og tyngende tiltakene veie mer, eller det faktum at du er mer sårbar om du har en underliggende sykdom?

Opplevde du at det var en reell avveining mellom et individperspektiv for å redusere risiko for død og sykdom, kontra det å opprettholde essensielle tjenester og skjerme økonomien?

Absolutt. Jeg opplever at det var den reelle diskusjonen vi hadde. Det var nok en del som mente vi burde skjevdelt tidligere og gjort det med hensyn til at Osloregionen hadde hatt særlige strenge tiltak over lang tid.

Var den diskusjonen utelukkende en diskusjon om geografisk prioritering, eller var det også diskusjoner rundt prioritering av enkelte yrkesgrupper?

Det var en diskusjon om samfunnskritiske yrkesgrupper. Vi endte opp med å gjøre en skjevfordeling, men vi endte opp med å gjøre det da massevaksineringen startet. Da hadde vi stor tilgang på vaksiner. Det var en tydelig oppfordring fra deler av embetsverket overfor regjeringen, om å vaksinere samfunnskritiske yrkesgrupper, i tråd med beredskapslovgivningen. Vi opplevde samtidig at det ville vært vanskelig å sette regjering, Storting og en del andre foran de med underliggende sykdommer og sårbare grupper.

En annen diskusjon var om vi skulle prioritere spesifikke yrkesgrupper ettersom vi kom ned i alder og under 65, men da så vi for oss at massevaksineringen skulle skje ganske raskt. Det var en diskusjon om vi skulle løfte lærere opp i prioriteringen. Dette var på et tidspunkt da vi nærmet oss skoleferie. Estimatet vårt var at lærerne ville få vaksine før det nye skoleåret begynte. Etter det så vi at vi fikk mindre vaksiner og ga beskjed til kommunene om at de kunne prioritere lærere. Da var det en prioritering vi gjorde.

Geografisk skjevfordeling ble besluttet i flere omganger. Den andre gangen var i mai 2021. FHI anbefalte at 80 % av vaksinedosene ble gitt til 24 kommuner med vedvarende

høyt smittetrykk. Spørsmålet ble behandlet i RCU 18. mai. Den 19. mai ble det besluttet å gi 60 % flere vaksinedoser til de 24 kommunene, og en uke etter ble denne prosentandelen redusert til 45 %. Det var en god del mindre enn det FHI anbefalte. Kan du redegjøre for hvordan man kom frem til disse beslutningene, og hva som var det avgjørende?

Det som var avgjørende var at om man kom opp på 80% ville man stoppet vaksineringsen i store deler av landet. Mange små kommuner ville ikke fått vaksiner i det hele tatt. Noe av grunnen til at vi reduserte til 45% var at vi så at *det* også skjedde i en del kommuner da man var på 60%. Det var bygget opp et apparat for å ta vaksiner over hele landet. Vi ville ikke risikere å ta ned det apparatet en rekke steder. Vi var redd for at vaksinesystemene våre ville stoppe opp. At vi ender med å bygge ned en organisasjon som vi nettopp har bygget opp, og som snart skal bygges opp igjen. Vi var i tvil om hvorvidt vi i det hele tatt skulle gjøre denne endringen, men vi tenkte det var greit fordi vi da hadde kommet på et nivå hvor vi hadde vaksinert de utsatte gruppene. Dette handlet om strukturen med vaksineringsen som var bygget opp i resten av landet.

Hvilken betydning fikk befolkningens «tillit» i arbeidet med strategien og utrullingene?

Vi diskuterte temaet. Det er ingen tvil om at Østlandsregionen har hatt strengere tiltak enn andre, og hatt en annen opplevelse av pandemien enn det mange andre deler av landet har. Andre store byer har også hatt større utbrudd, men de har hatt mindre nedstenging enn man har hatt i Oslo.

Denne debatten viste også at det ikke alltid er forståelse. Vi merket at ordførere andre steder i landet ble sinte da de fikk færre vaksiner. Forståelsen for belastningen Østlandsområdet har hatt var ikke helt gjennomsyret i det norske samfunnet.

Gjorde regjeringen noe spesielt for å sikre tillit til vaksiner og vaksinestrategi hos befolkningen?

Ja. Vi har vært åpne og ærlige om alle resultater og utfordringer. Jeg mener det FHI først gjorde med AstraZeneca og deretter Janssen, viste at vi satt helse først og foran det å komme raskere opp i antall vaksinerte. En ting er at du får et regnestykke hvor kostnadene og nytten ikke kommer i pluss når FHI lager regnestykke til oss, det som ikke regnes inn er hva det kan bety for avvisingseffekt om den norske befolkningen ikke tror at vi legger til grunn det beste for dem.

Tema 8: Særlig om håndteringen av importsmitte

Regjeringen har i løpet av pandemien innført en rekke tiltak for å hindre importsmitte. Er det noen særlige utfordringer og læringspunkter du vil trekke frem når det gjelder håndteringen av importsmitte?

Jeg mener vi fikk et læringspunkt høsten 2020 om at tillitsbaserte ordninger ikke fungerer godt nok. Det var helt riktig å åpne opp som vi gjorde den sommeren. Vi mente også at det var riktig at vi ikke testet på grensen fordi det er et øyeblikksbilde. Forutsetningen var at folk gikk i karantene. Vi så at det i løpet av høstferien ble økning i importsmitte, og det skyldes at

folk ikke var i karantene. Jeg har stor tillit til det norske folk, men vi hadde behov for å skjerpe inn reglene.

Det vi har lært er at vi må ha gode datasystemer for at ting skal fungere raskt på grensen. Noen av barrierene var at vi ikke hadde registersystemer og dermed fikk lange ventekøer og ventelister. Det som er viktig er at vi har tenkt igjennom dette, at vi har gode systemer for hvordan vi kan gjøre dette fremover og at vi kan lære av det vi har gjort. For eksempel at du må ha et datasystem for innreiseregistrering. I beredskapsplaner må du planlegge for dette.

Kan du si litt om hva som har vært grunnlaget for regjeringens forholdsmessighetsvurdering når det gjelder importsmitte?

Folk kommer til Norge av ulike grunner. Det ene grunnen til importsmitte er at det er nordmenn som bor i Norge, men som av en eller annen grunn har vært i utlandet. Selv om vi hadde advart folk om å dra til utlandet, var det en del som gjorde det og kom tilbake med smitte.

Den andre grunnen er at Norge er et land med mange arbeidsinnvandrere. Vi har stor bevegelse over grensen til Sverige. Sverige hadde mye høyere smittetall i perioder enn det vi hadde. Vi har også mye næringsliv som er avhengig av import av arbeidskraft. Det er alt fra store verft med organiserte mottak for å bo på brakker, til de som bor syv stykker i en leilighet. Det er veldig mangfoldig. Vår utfordring var at det ville vært forholdsmessig at de som var godt organiserte fikk en mer liberal ordning, men det ville støtet mot noen av de andre reglene vi har som for eksempel rett til fri bevegelse, ikke-diskriminering mot forskjellige næringslivsaktører og EU-regelverket. Vi måtte være veldig oppmerksomme på de objektive kriteriene rundt disse spørsmålene. Det brukte vi mye tid på.

Det å få ned importsmitte var viktig. Vi så at både bølge to, tre og fire kom av import. Delta-varianten kom da vi hadde veldig strenge regler, likevel fikk vi inn delta. Som FHI har påpekt sprer selv et fåtall smittede mye smitte, selv om 90% tas i kontrollen. Forholdsmessighetsvurderingen var at innreise var en stor kilde til smitte. I tillegg ville vi forsinke mutasjonene. Mutasjonene ville før eller siden komme inn, men vi ønsket at de skulle komme gradvis. Da hadde vi jo vaksine, så da var målet vårt å få flest mulige vaksinert.

Lovavdelingen i JD har underveis i pandemien en rekke ganger påpekt usikkerhet knyttet til hjemmelsgrunnlaget for flere av tiltakene rettet mot importsmitte, som for eksempel knyttet til karantenehotellordningen og plikt til å bo på hotell for vaksinerte og immune. Er disse vurderingene brakt videre inn til SMK og deg som statsminister?

Ja. Vi lagde en egen lov for karantenehotell som ble behandlet i Stortinget. Det gjorde vi blant annet for å avklare spørsmål om lovhjemmel. Ofte har man gjort en vurdering av om et tiltak kan være i strid, men litt avhengig av lengden på tiltak. Et eksempel er dette med at personer som var vaksinert likevel skulle på karantenehotell. Det gjaldt i den tidsperioden fra vaksineringen begynte til vi fikk på plass en registreringsløsning som gjorde det mulig for oss å sjekke at de reisende faktisk var vaksinert. Dette dreide seg om at vi må ha likebehandling mellom nordmenn og utlendinger. Siden det var et kortvarig tiltak og vi ikke hadde ordningene for å kontrollere vaksinerte, var det et forholdsmessig tiltak. Vi hadde ikke kapasitet til at folk skulle slå opp i registrene for å undersøke om hvorvidt de reisende var vaksinerte. Det er riktig at innvendinger kom på bordet, men diskusjonen rundt innvendingene

var helt grunnleggende. Dette var et kortvarig system frem til vi fikk på plass et system for å QR-kode.

Ut ifra dokumentasjonen vi har mottatt ser vi at mange av beslutningene om karantenehotell og innreiserestriksjoner har skjedd etter hurtige prosesser, med korte tidsfrister. Var det alltid behov for disse raske prosessene?

Dette gjelder ofte prosesser som har gått over tid, så gjør man justeringer fordi det ikke lenger helt stemmer. Det å innføre karantenehotell var en viktig reaksjon på alfaviruset. Vi begynte med dem som kom fra Storbritannia. Etter hvert så vi at smitten hadde spredt seg mange steder og innførte sterkere krav for alle. Da deltaviruset kom forsterket vi det igjen. Akkurat i de bruddpunktene har man dårlig tid. Når vi sitter i diskusjoner rundt saker og har dårlig tid er det viktig å handle raskt, så da når man kanskje ikke de perfekte løsningene da. I slike tilfeller fikk vi senere et nytt r-notat hvor man har gjort justeringer for å få en bedre løsning. Grunnen til at det gjøres endringer og at det gjøres raskt er også knyttet til praktiske spørsmål. Om man for eksempel ser at noe ikke fungerer, og man får masse kø, ønsker man å gjøre det på en annen måte. Min opplevelse er at det sikkert er noe vi kunne gjort annerledes, men man lærer på veien og gjør endringer. Så er det den offentlige debatten. Det kommer opp problemstillinger vi ikke har tenkt på, og som gjør at det er grunnlag for å gjøre justeringer i regelverket.

Vi har under vår gransking fått opplysninger om at det har vært et politisk press for å ha tiltak som hindrer importsmitte – og at tiltak på dette området også har vært en måte å vise handlekraft. Hva er din kommentar til det?

Jeg mener det var helt riktig at vi måtte ha tiltak mot importsmitte. Det var en tydelig anbefaling fra FHI at importsmitte var en betydelig del av smitten og at vi måtte gjøre tiltak. Det var et press og en diskusjon i Stortinget. Noen ga et bilde av at all smitte var importsmitte. Det første smittetilfelle er jo det. Jeg brukte mye tid på å si at importsmitte var en del av forklaringen, men ikke hele forklaringen. En del av forklaringen er også hvordan vi lever våre liv. Mange mente vi kunne stenge grensene helt og gjøre akkurat som vi ville i Norge. Det får du ikke til.

Jeg mener det var et saklig grunnlag for de tingene vi gjorde, med den ambisjonen om at vi skulle få vaksinert flest mulig.

Tema 9: Særlig om sårbare grupper

Det ble ganske tidlig etablert en konsensus om at barn og unge skulle skjermes for inngripende tiltak i den grad det var mulig. Når begynte du som statsminister å tenke at dette måtte være et overordnet hensyn?

Vi laget en prioritering for gjenåpningen. Den startet vi på to-tre uker etter vi hadde stengt Norge. Det handlet om hvordan vi skulle gjennomføre en gjenåpning. Vi forstod at det kom til å bli vanskelig å bestemme hvor man skulle begynne og hva man skulle gjøre. Da lagde vi en prioritering. I bunn lå helseprioriteringen, så kom barn og unge, så kom arbeid. I den rekkefølgen. Det var rammene for den gjenåpningsplanen vi laget. I tillegg kom disse meldingene om at man stengte ned aktivitet i kommunene for de mest sårbare gruppene.

Derfor ble det gitt beskjed innen helsevesenet om at psykisk helse og rus skulle skjermes, og at man i kommunene ikke skulle flytte ressurser fra de tjenestene. Det samme gjaldt barn og unge. Det har ligget fast hele tiden siden da.

En del var veldig fornøyd i begynnelsen med disse tiltakene med trafikklysmodellen, men vi så også at det ikke fungerte alle steder. Det var store forskjeller i Norge på hvor godt man fikk det til. Jeg må berømme lærere for det de gjorde. Veldig mange gjorde en stor innsats. Samtidig er det ingen tvil om at det er mange som har tapt mye i løpet av pandemien.

Opplevde du at konsensusen om å strekke seg langt for å skjerme barn og unge var godt etablert i samfunnet som helhet, eller var det situasjoner der du opplevde det som vanskelig å forsvare denne tilnærmingen når så mye annet stengte ned?

Jeg har aldri opplevd at noen har utfordret prioritering av barn og unge direkte, men heller at det har vært et ønske om at arbeid generelt skulle prioriteres høyere. Noen av de som fikk problemer med tilgang på arbeidskraft eller med å holde driften i gang, mente nok at de skulle vært høyere prioritert. Jeg har heller opplevd at det har vært en konflikt mellom prioriteringen av arbeid og andre ting. Eksempelvis at “dere har åpnet for skjenking, men jeg får ikke lov til å spille en fotballkamp. Og derfor prioriterer regjeringen at folk skal få drikke alkohol over at jeg skal være sunn og frisk.”. Det er nok mere slike typer diskusjoner som har vært krevende. At vi prioriterte åpning av restauranter, reisevirksomhet og jobbene til folk, før fritidsaktiviteter.

Vi har fått informasjon om at verken Udir eller Bufdir var informert i forkant om at det ble innført rødt nivå i skolene nasjonalt i januar 2021, og at begge direktoratene reagerte negativt på dette. Husker du hvilken rolle direktoratenes eierdepartementer, BFD og KD, hadde i beslutningsprosessen i forkant av disse tiltakene?

Jeg husker ikke spesifikt det. Jeg husker det var en diskusjon, men det var jo en relativt sterk tilstramming vi gjorde i januar da vi så at alfasmitten økte på. Det kan godt tenkes at de i den prosessen ikke var informert på forhånd. De satt i dette koordineringsutvalget, men det er mulig ikke alle prosessene gikk der. Vi hadde en diskusjon. Innføring av rødt nivå var vel en anbefaling den gang og sto på listen fra FHI og Hdir. Så departementet har vært med i selve den beslutningen. Jeg kan ikke huske hvordan de har forholdt seg til underliggende etater.

Vi har under granskningen fått opplyst at en del kommuner har truffet strengere lokale tiltak enn det som har vært forholdsmessig – og at statsforvalterne da har måttet gripe inn. Dette gjelder blant annet i forbindelse med trafikklysmodellen for skolene. En hypotese er at «alle legger litt på». Hva er din kommentar til det?

Det kan skje at du legger på dersom du har smitte og du føler du må gjøre mer. Jeg opplever også at kommuner synes de tiltakene vi lagde nasjonalt var for strenge og at de ville ha det litt mer liberalt, og derfor ville ha lokale tiltak. Jeg vil ikke si at det var en hovednorm at de alltid la på ekstra.

Jeg tror det har vært mye uro blant lærerne, herunder frykten for å bli smittet. Det kan være mange grunner til at man lokalt har fattet ekstra tiltak. Selv om vi sto med statistikk fra FHI om at lærerne ikke er mer utsatt, så opplevde de at de ikke kunne verne seg så mye. Det kan hende det har ført til et press om litt strengere tiltak.

Er det sårbare gruppe du i dag tenker at beslutningsmyndighetene burde vært mer oppmerksomme på og i større grad skjermet for tiltak?

Jeg har fortsatt vondt i magen av eldre i slutfasen av livet sitt som ikke fikk besøk av nær familie de siste ukene de levde. I slutfasen av livet er det vondt for dem som er pårørende. Vi ble veldig redde for smitte på sykehjemmene. Det var der folk døde, så det er forståelig. Har du et halvt år igjen å leve er det kanskje bedre at det blir til fire måneder med regelmessig kontakt med familie, i stedet for seks måneder alene. Det er noe av det vi må tenke gjennom.

Tema 10: utfordringer og læringspunkter

Det er nå om lag 2 år siden du fikk pandemien på din dagsorden. Hva mener du er særlig viktig å formidle til oss i Koronakommisjonen når det gjelder håndtering av koronapandemien? Hva er de viktigste læringspunktene?

Man må huske at når man kommer i slike situasjoner så er det aldri én mal. Vi hadde planlagt for en pandemisk influensa. Det ble det ikke. Det ble en annen type pandemi. Vi må ha fleksibilitet. Fleksibilitet for sykehusene våre er et annet poeng. Vi kan ikke bemanne sykehusene våre for en pandemi i fremtiden. Hvordan klarer vi å lage fleksibilitet i systemene våre slik at vi kan bemanne opp? Vi har blitt veldig spesialisert som samfunn.

Så er det dette med å være utstyrt med datasystemer som gjør det mulig å lage nye ting. Innimellom har barrierene våre vært at det tar tid å få opp enkle systemer, for eksempel ved grensekontroll.

Enhver regjering har ulik filosofi. Jeg mener at regjeringen skal være sammen om beslutninger, mens andre regjeringer har hatt underutvalg mv. Vi har valgt som lederfilosofi å trekke med regjeringen og fagetatene. Det kommer til å være ulikt for hver regjering, men vi må huske at det er politikerne som har legitimitet og må stå til ansvar. Vi har mange beredskapssetater som tenker på systemer og strukturer. Det er politikerne som må stå til ansvar for beslutninger og ha legitimitet til å fatte beslutninger. Det norske samfunnet er slik at det er regjeringen som må gjøre disse beslutningene.

Videre tror jeg vi kan diskutere hva det innebærer å være et lederdepartement. Jeg tror det var en avlastning for HOD at de slapp å koordinere de andre departementene på mange saker, men det kan være at vi da også må tenke på om vi skal flytte på BUB. Kanskje burde den strukturen ligge hos lederdepartementet på det tidspunktet. Tingene kom av og til litt feil veier ut fra hvem som hadde ulike roller.

Har du noen refleksjoner rundt hvordan ansvar, nærhets, likhets- og samvirkeprinsippet har fungert under pandemien?

De har fungert. For eksempel dette med at vi gjør ting mest mulig slik vi gjør normalt. Spørsmålet er om vi har nok fleksibilitet. Klarer vi å bruke ressurser godt nok? Det vi ser i helsevesenet er at alle som jobber på intensivavdelinger må ha så og så stor utdanning. Vi ser hvor fantastisk godt det har vært mange steder å hente inn folk som var permitterte. For eksempel permittert flypersonell som jobbet i hjemmetjenesten. Vi må se på hvordan vi sørger for at vi kan skalere opp ting under en krise.

Jeg tror det meste har fungert når det gjelder samvirke. Vi har to linjer i beredskapsarbeidet, om vi ser bort fra helsebiten. Vi har statsforvalter og DSB. I vanlige kriser slik som en naturkatastrofe hadde DSBs rolle vært veldig tydelig. Samvirkeprinsippet fungerer, men vi kunne sikkert diskutert hva som ligger i rollene.

Referat gjennomlest og godkjent av Erna Solberg og Lars Øy som bisitter. Fysisk oppmøte.

Oslo, 11.02.2022 Linda Aamodt