

JUSTIS- OG BEREDSKAPSDEPARTEMENTET  
Postboks 8005 Dep.  
0030  
OSLO

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200248

Dato: 19-09-2022

## **Høring: Høring - NOU 2022: 5 myndighetenes håndtering av koronapandemien del 2**

Legeforeningen har lest Høring-NOU 2022:5 myndighetenes håndtering av koronapandemien del 2 med stor interesse. Det fortelles en viktig historie fra en spesiell epoke. Helsetjenesten i møte med pandemien, og hvordan de ulike delene av tjenesten var rustet til å løse sine oppdrag er en sentral del av denne historien.

Covid-19 har preget Legeforeningen, våre medlemmer og hele helsetjenesten siden mars 2020. Under pandemien deltok Legeforeningen på ukentlige møter i Helsedirektoratet. Våre mange fagmedisinske foreninger bidro tungt inn i arbeidet med prioriteringskriterier, i tillegg til å bistå med faglige smittevernråd inn mot Helsedirektoratet og FHI. De fagmedisinske foreningene utarbeidet faglige retningslinjer knyttet til Covid-19 og oppdaterte dem fortløpende etter hvert som det kom ny kunnskap. Tidsskrift for den norske legeforening har hatt en sentral rolle som kunnskapsformidler.

Legeforeningen har tidligere avgitt hørings svar til kommisjonens første rapport.<sup>1</sup> Vi har utarbeidet en egen Covid-19-underveisrapport med det formål å videreformidle erfaringer og innspill fra våre medlemmer som har stått i førstelinjen i pandemien.<sup>2</sup>

Kommisjonen intervjuet i november 2021 Legeforeningens president, Anne Karin Rime som del av granskningen av myndighetenes håndtering av pandemien.

Mange av Legeforeningens innspill gjenfinnes i rapporten, både som hovedfunn, læringspunkter og anbefalinger. Disse og flere andre sentrale tema vil i liten grad bli kommentert i høringsuttalelsen. Det gjelder f.eks at myndighetene var for dårlig forberedt på en varslet katastrofe. Mangel på smittevernutstyr og de konsekvenser det fikk for både aktivitet og trygghet i helsetjenesten er godt beskrevet. Det samme gjelder manglende kommunikasjonskanaler og kommunikasjonsstrategier ut til kommunene og andre tjenesteytere. Det var vanskelig for kommunene og fastlegene at nye smittevernråd ble formidlet på pressekonferanser, at informasjon gikk til befolkning og tjenesteytere samtidig. Legeforeningen er glade for kommisjonens anbefaling om at eksponert helsepersonell må ha førsteprioritet til vaksiner i en pandemisituasjon.

På noen områder mener Legeforeningen anbefalingene er for svake og upresise. Det gjelder særlig anbefalingene knyttet til intensivberedskapen. Intensivkapasiteten var en sentral del av

---

<sup>1</sup>[Høringsuttalelse \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no)

<sup>2</sup><https://www.legeforeningen.no/nyheter/2021/legeforeningens-underveisrapport-om-covid-19/>

kommisjonens mandat, og det er viktig at konklusjonene bygger på et solid og etterprøvbart kunnskapsgrunnlag som tjenesten kan kjenne seg igjen i.

Sentrale funksjoner i helsetjenesten under en pandemi er enten helt eller delvis utelatt i rapporten. Det gjelder særlig allmennlegetjenesten og laboratorieberedskapen. Vi vil begrunne hvorfor vi mener de bør med, selv om de ikke var særskilt fremhevet i mandatet.

Enkelte anbefalinger handler om at det trengs forskningsbasert kunnskap om konsekvensene av tiltak. Det gjelder effekten på smittespredning, og det gjelder andre mer uønskede effekter av inngripende tiltak. Legeforeningen mener det må planlegges for følgeforskning i beredskapssituasjoner, både for å justere kursen underveis og for å kunne vurdere forholdsmessigheten av tiltak.

I høringsuttalelsen kommenteres rapporten kapittel for kapittel.

### **Del 1:**

Mandatet presenteres med de avgrensninger og presiseringer kommisjonen selv har lagt til grunn. Et punkt i mandatet var å se på den kommunale helsetjenesten. Mandatet og rapporten begrenser seg til å vurdere kommunelegers og kommunale smittevernoverlegers situasjon. Mandatet omfatter også sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene.

Strategien for håndtering av koronautbruddet hadde omfattende PCR-testing for SARS-CoV-2 som viktig premiss.

- Legeforeningen mener kommisjonen skulle viet primærhelsetjenesten, inkludert fastlegetjenesten mer oppmerksomhet.
- Legeforeningen mener laboratorienes rolle i den nasjonale beredskapen må omtales.

### **Del 2: Overordnet om krisehåndteringen**

Kommisjonen mener at organisering, arbeids- og beslutningsprosesser i den overordnede krisehåndteringen medførte en fare for at beslutningene ikke hadde god nok kvalitet. Det handlet om tidspress som var til hinder for tilstrekkelig utredning og kvalitetssikring av beslutningene, og at for mange små saker ble løftet til regjeringens bord.

Grunnloven og menneskerettighetene setter grenser for det politiske handlingsrommet, også i en krise. Det er avgjørende for tiltakenes legitimitet at det ikke hersker tvil om at beslutningstakerne beveger seg innenfor dette handlingsrommet. For tjenesteyterne, bl.a legeforeningens medlemmer vil lojalitet til oppdraget henge tett sammen med tiltakets legitimitet.

- Legeforeningen mener at Regjeringens raske iverksettelse og justering av tiltak bidro til å redusere smitteutbredelse. Slik unngikk vi en situasjon med uhåndterbar overbelastning av helsetjenesten.



- Legeforeningen støtter kommisjonens vurderinger om at det i noen tilfeller skulle vært gjort et grundigere forarbeid, selv om det innebar en risiko for forsinkelse i smittevernarbeidet.

### **Del 3: I førstelinjen**

#### **Kommunelegers og kommunale smittevernlegers situasjon under pandemien**

Legeforeningen støtter alle anbefalingene kommisjonen gir for å styrke og stabilisere kommuneoverlegefunksjonen. Vi ser at Helsedirektoratet på oppdrag fra HOD skal gjøre et arbeid for å se på om lovverket sikrer kommunelegefunksjonen så den er rustet for pandemier/epidemier av en viss varighet. Legeforeningen bidrar gjerne i dette arbeidet.

Det samfunnsmedisinske fagmiljøet foreslår at det bør vurderes å innføre krav om spesialisering i samfunnsmedisinske stillinger. De foreslår også å styrke den samfunnsmedisinske kompetansen i statlige etater (statsforvaltere, helsedirektorat og FHI).

Befolkningens helsetilbud må sikres i en beredskapssituasjon. Ansvar for innbyggernes legetjeneste ligger i kommunen, og ivaretas i hovedsak av fastlegene. Forholdet mellom kommuneleger og fastleger omtales i rapporten. Selv om kommunelegen har en rolle i organisering av fastlegetjenesten er vedkommende ikke deres leder eller faglig overordnede. Fastlegene er lite integrert i kommunens administrasjon, og kommuneledelsen kan mangle kunnskap om driften av et fastlegekontor.<sup>3</sup>

I pandemiens første fase var det kritisk mangel på smittevernutstyr på fastlegekontorene. Ingen myndighetsorgan tok ansvar for denne situasjonen. Dette var på et tidspunkt da allmennlegekolleger i andre land døde etter å ha blitt smittet av sine pasienter.

Fastlegene har en nøkkelrolle i kommunenes helseberedskap. Fastlegenes førstelinjefunksjon er avgjørende for å redusere belastningen i spesialisthelsetjenesten. En ustabil primærhelsetjeneste vil gå ut over sykehuskapasiteten.

- Legeforeningen støtter alle anbefalingene kommisjonen gir for å styrke og stabilisere kommuneoverlegefunksjonen.
- Legeforeningen mener at fastlegenes grunnleggende behov under kriser og pandemier må inn i kommunenes beredskapsplaner.
- Legeforeningen mener at betydningen av fastlegenes rolle og innsats, både under pandemien og i beredskapssituasjoner generelt skulle vært viet mer oppmerksomhet og drøfting i Koronakommisjonens rapport. Helsetjenestene må ses i sammenheng.

Private tjenesteytere gjorde en stor innsats under pandemien, både hva gjaldt testing, smittesporingsarbeid og pasientbehandling. Enkelte steder kunne kommunens eget personell bidratt mer dersom de hadde blitt spurt. Andre etablerte tjenester som f.eks bedriftshelsetjenester har blitt

---

<sup>3</sup> [Fastlegers møte med covid-19-pandemien – en fokusgruppestudie | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://tidsskriftet.no/2020/11/fastlegers-moete-med-covid-19-pandemien-en-fokusgruppestudie)

benyttet i varierende grad. Bedriftshelsetjenestene ønsker å være en aktiv bidragsyter i beredskapssituasjoner. De kunne bidratt mer, med både kompetanse og arbeidskraft.

Avtalespesialistene, som er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten har også etterlyst mer involvering og flere oppgaver i en beredskapssituasjon.

### **Sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene**

Kommisjonens granskning dreide seg om hva som skal til for å gjøre sykehusene bedre rustet til å møte kommende pandemier og kriser. Pandemien utfordret både sykehusenes intensivkapasitet og sykehusets øvrige drift.

Legeforeningen mener rapporten peker på sentrale forbedringsområder i sine anbefalinger. Noen anbefalinger mener vi er for svake (intensivkapasiteten) eller potensialet er allerede hentet ut i en normalsituasjon, gitt dagens rammer (fleksibilitet).

Helsetjenestene må ses i sammenheng, også ved vurdering av sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene. Redusert kapasitet handlet ikke bare om antall senger og nok kompetent personell på jobb. Det handlet om knapphet på smittevernutstyr og annet forbruksmateriell som gjorde at aktivitet ble utsatt. Det handlet om mangel på bufferareal, trange akuttmottak, og sengerom som ikke hadde kapasitet til mer enn en pasient. Det handlet også om laboratorienes kapasitet, tid fra prøvetaking for korona til prøvesvar forelå.

Rapporten har en tabell som skal vise belegget på intensivavdelingene ved ordinær drift nasjonalt (tabell 6.4). Her angis en beleggprosent på mellom 40 og 44 %. Vi er ikke kjent med hvilke beregninger som ligger bak akkurat disse tallene. Fagmiljøet kjenner seg ikke igjen i det tallmaterialet kommisjonen her har brukt som utgangspunkt for å si noe om fremtidig kapasitet. Følgeteksten til tabellen presiserer riktig nok at beleggprosenten vil bli dobbelt så høy dersom pasientene krever avansert intensivbehandling.

Intensivavdelingene i Norge er ulike. Det er ulike typer pasienter som telles på de ulike intensivavdelingene. Intensivavdelingene i de befolkningstette områdene har i en normalsituasjon fullt belegg og mer enn det. Den foreslåtte styrkingen på 10 – 20% vil for dem verken håndtere de demografiske endringene som flere eldre representerer, eller håndtere en ny langvarig pandemi.

Beredskapen for kortvarige hendelser er fortsatt god.

- Legeforeningen mener kommisjonens anbefaling om at grunnkapasiteten i intensiv- og intermediæravdelinger må økes noe er en alt for svak og upresis anbefaling.
- Legeforeningen mener at den uenighet som forelå mellom ulike miljø hva gjelder definisjoner og organisering av intensivenheter ikke kan brukes som unnskyldning for manglende kapasitetsøkning på feltet.
- Legeforeningen mener de ulike intensivenehetene må få den grunnkapasitet som passer for den befolkningen de skal betjene. Intensivberedskapen må ta høyde for hendelser som f.eks en langvarig pandemi. For mange enheter vil det innebære en betydelig økning i grunnkapasiteten, langt utover 10-20%, som er det som antydes.

Myndighetenes strategi for håndtering av pandemien hadde omfattende testing for SARS-CoV-2 som viktig premiss. Laboratoriens evne til å analysere et stort prøveomfang var helt avgjørende i håndteringen, og de mikrobiologiske laboratoriene var en viktig del av førstelinjen. Laboratoriene har etterlyst en kommunikasjonskanal fra myndighetene hvor de ble kjent med endringer i forventet prøvevolum før endringer ble kunngjort på en pressekonferanse. Fagmiljøet er opptatt av de må bevare muligheten til å utvikle egne tester. Det var viktig under pandemien. EU forordninger vil gjøre dette vanskelig om noen få år. Det er tematikk som må adresseres.

- Legeforeningen mener at laboratoriene i større grad må bli involvert både i beredskapsplanlegging og i fremtidige utbruddssituasjoner.

#### **Del 4: Tiltak for å hindre smitte ved innreise til Norge**

Flere av tiltakene for å begrense smitte fra utlandet representerte en stor arbeidsbelastning for de berørte kommuner, inkludert helse- og omsorgstjenesten. I den grad det er tvil knyttet til hjemmelsgrunnlaget for tiltak utfordrer det tjenesteyternes lojalitet. Legeforeningen støtter kommisjonens anbefalinger slik de beskrives i dette kapittelet.

- Legeforeningen mener at det for flere av tiltakene burde vært innhentet synspunkter fra berørte aktører og sektorer, inkludert Legeforeningen. Mange av våre medlemmer var med på praktisering og/eller håndheving av aktuelle regelverk.

#### **Del 5: Veien ut av pandemien**

Legeforeningen støtter de anbefalinger kommisjonen foreslår for vaksinerings av befolkningen i en ny pandemisituasjon, inkludert prioritering av helsepersonell. Ved pandemier må helsepersonellressursen utnyttes på best mulig måte. Helsepersonell som har lite pasientnært arbeid til vanlig, men som er en del av beredskapen må kunne prioriteres for vaksinasjon.

Alvorlig psykisk syke er den gruppen, som nest etter immunsupprimerte og de med annen alvorlig underliggende sykdom har høyest dødelighet av Covid 19. Legeforeningen anbefalte tidlig at denne gruppen skulle prioriteres for vaksinasjon, men det skjedde ikke. Denne gruppen ble også hardt rammet av nedstengingen.

Kommisjonens rapport nevner fastlegens rolle i identifisering og prioritering av pasienter til vaksinasjon. Rapporten omtaler begrensninger som lå i de digitale systemene. Sysvak nevnes, men problematiseres ikke. Allmennlegene erfarer at Sysvak ikke er et godt nok verktøy i en pandemi. Både fastleger og legevaktsleger har behov for å se hvilke vaksiner som er satt. Nå finnes kun en løsning med begrenset mulighet for oppslag på enkeltpasienter. Det er også stilt spørsmål ved kapasiteten løsningen har for å takle en stor økning av forespørsler.

- Legeforeningen anbefaler at personer med alvorlig psykisk sykdom prioriteres høyere for vaksinasjon når det er kjent at de har høyere risiko for alvorlig sykdom og død.

- Legeforeningen mener at en grundigere beskrivelse av fastlegenes rolle i vaksinerings mot SARS-CoV-2 ville vært til stor nytte for planlegging av fremtidige behov for massevaksinerings.
- Legeforeningen foreslår å ta inn en anbefaling om at det må sikres robuste og brukervennlige digitale system tilpasset en situasjon med massevaksinerings. Det gjelder også for massetesting, smittesporing og TISK-arbeid.

## **Del 6: Pandemien rammet skjevt**

### **Barn og unge**

Pandemien rammet skjevt også innad i gruppen barn og unge. Kommisjonen gir en grundig fremstilling av konsekvenser av myndighetenes håndtering av pandemien for denne gruppen. Her er det mange læringspunkter og gode anbefalinger.

Det formelle samarbeidet mellom ulike fagetater (Utdanningsdirektoratet, Bufdir og helsemyndighetene) må videreføres for å bidra til at ulike hensyn veies opp mot hverandre, at tiltakene blir forholdsmessige. I rapporten poengteres det at vi enda ikke vet langtidskonsekvensene av de mange tiltak som handlet om barn og unge. Dette er et av de feltene hvor det skulle vært planlagt for følgeforskning. Både hva gjelder smittespredning, og hva gjelder andre effekter av tiltak.

- Legeforeningen mener at fagkompetanse knyttet til barns juridiske rettigheter må inkluderes i et tverretatlig samarbeid.
- Legeforeningen vil særlig støtte opp under anbefalingen om at det trengs forskningsbasert kunnskap om hvordan barn og unge i ulike deler av landet har vært berørt av tiltak, og hvilke konsekvenser tiltakene har hatt, på kort og lang sikt.

### **Studenter**

Universitetene holdt lenge på strenge kontaktreducerende tiltak for både ansatte og studenter.

Studentene har rapportert om dårligere psykisk helse. Den trenden startet før pandemien.

Kommisjonen er i tvil om hvor stor negativ effekt tiltakene som rammet studenter vil ha på lang sikt.

- Legeforeningen mener at det også for studentene trengs forskningsbasert kunnskap for å se på varige effekter på psykisk helse.

### **Innvandrere i Norge gjennom pandemien**

- Legeforeningen mener kommisjonens anbefalinger er viktige også i en normalsituasjon.



Legeforeningen merker seg den erfaringen at frykten for stigmatisering av enkeltgrupper kan være til hinder for målrettet innsats.

### **De kommunale tjenestene under pandemien**

- Legeforeningen støtter anbefalingene om å få mer kunnskap om hvordan tjenestene har fungert under pandemien. Tiltak for å hindre unødig lang nedstenging av kommunale tjenester ved en ny pandemi må identifiseres. Langvarig nedstenging rammet sårbare grupper hardt.

### **Sårbare grupper og økt sosial ulikhet**

Legeforeningen merker seg kommisjonens grundige beskrivelse av hvordan pandemien har rammet skjevt. Tiltak mot sosial ulikhet i helse er et satsningsområde for Legeforeningen. Både helsetjenesten og samfunnet for øvrig har et ansvar for å håndtere konsekvensene av økende ulikhet, og gjøre de nødvendige prioriteringer for å løfte utsatte grupper.

- Legeforeningen mener anbefalingene knyttet til sårbare grupper og økt sosial ulikhet må få høy prioritet.

### **Kapittel 7: Avslutning**

#### **Vedr anbefalinger spesielt for en fremtidig pandemi:**

- Legeforeningen mener at fastlegetjenesten må omtales. Den ivaretar kommunenes ansvar for befolkningens legetjenester, i fredstid som i kriser. En ustabil fastlegetjeneste vil kunne ha stor betydning for press på sykehuskapasiteten.
- Legeforeningen mener formuleringen "Grunnkapasiteten i intensiv- og intermediæravdelingene må økes noe" er svak og upresis.
- Legeforeningen mener de medisinske laboratoriene må involveres i beredskapsarbeid. Massetesting vil være en vesentlig premiss, også i en fremtidig pandemi.
- Legeforeningen mener det må planlegges for følgeforskning, både for å se på hvilke tiltak som viser seg effektive i en pandemi, hvilke tiltak som har liten effekt, og hvilke tiltak som viser seg å ikke være forholdsmessige.

Kapasiteten i helsetjenesten er presset, selv i en normalsituasjon. Intensivkapasitet må tilpasses den befolkning intensivavdelingen skal betjene og ta høyde for langvarige kriser som en pandemi representerer. Intensivenhetene i Norge er ulike, og de vil ha behov for ulike tiltak for å inneha god intensivkapasitet. En generell anbefaling om noe økning i grunnkapasiteten, tilsvarende 10 – 20% er for svak og for upresis. Større klinikerinvolvering enn hva som synes å ha vært tilfellet i denne granskningen kunne bidratt til et mer nyansert bilde av hvordan intensivkapasiteten bør dimensjoneres



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

fremover. Det vises her også til rapport om intensivvirksomheten som ble ferdigstilt etter at kommisjonen avsluttet sitt arbeid.<sup>4</sup>

Med hilsen  
Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Jan Emil Kristoffersen

Fagdirektør

Elisabeth Selvaag  
Spesialrådgiver/lege

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

---

<sup>4</sup> [https://helse-sorost.no/Documents/Om%20oss/Hva%20gj%C3%B8r%20vi/Utredning%20av%20fremtidig%20behov%20for%20intensivkapasitet%20i%20spesialisthelsetjenesten/rapport-interregional-arbeidsgruppe-intensivkapasitet\\_endelig\\_06\\_05\\_22.pdf](https://helse-sorost.no/Documents/Om%20oss/Hva%20gj%C3%B8r%20vi/Utredning%20av%20fremtidig%20behov%20for%20intensivkapasitet%20i%20spesialisthelsetjenesten/rapport-interregional-arbeidsgruppe-intensivkapasitet_endelig_06_05_22.pdf)