

Justis- og beredskapsdepartementet
Postboks 8005 Dep.
0030 Oslo

Deres ref.: 21/2652

Vår ref: HSAK202100153

Dato: 31-05-2021

Høringsuttalelse fra Legeforeningen – NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien

Det vises til brev fra Justis- og beredskapsdepartementet av 3. mai 2021 med vedlagt høring NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien.

Innledningsvis vil Legeforeningen takke for muligheten til å svare på denne viktige høringen, og for god dialog med koronakommisjonen underveis - gjennom høringsmøte, kommisjonens deltagelse på vår erfaringskonferanse om covid-19 og gjennom vårt skriftlige innspill til kommisjonen i oktober 2020.

Koronakommisjonen har levert en omfattende og detaljert rapport, som i hovedsak evaluerer beredskapen i forkant, og håndteringen av den første delen av pandemien. Etter Legeforeningens syn samsvarer hovedfunnene i kommisjonens rapport i stor grad med beskrivelsene i vår egen underveisrapport om covid-19. Legeforeningen støtter hovedlinjene i rapporten, og slutter seg til kommisjonens sentrale budskap om at pandemien har vist en alvorlig svikt i den overordnede beredskapen.

Legeforeningen bemerker at kommisjonens funn knyttet til beredskap, viser - med all tydelighet - den manglende evnen til å lære av fortiden. Flere av de sentrale læringspunkter som kommisjonen trekker frem, samsvarer med Gjørsv-kommisjonens funn i 2012. Beredskapen- og krisehåndteringen lider under manglende samordning, koordinering og overordnet ledelse. Legeforeningen er enig i at det mangler en overordnet beredskapsmyndighet som sørger for en god og helhetlig beredskap, på tvers av sektorer.

Etter Legeforeningens syn er pandemien en varslet krise. Beredskap handler om å forberede seg på uventede kritiske situasjoner, men gang på gang viser myndighetene at de ikke klarer det i tilstrekkelig grad. Systemet er ikke godt nok rigget, eller robust nok, til å takle kriser, og kulturen for beredskapstenkning er ikke god nok. Til tross for en rekke evalueringer og utredninger etter utbruddet av svineinfluensa i 2011, beredskapskritikken fra Gjørsvkommisjonen i 2012, og gjentatte advarsler om at pandemi er den mest sannsynlige krise, er lite gjort for å styrke samfunnets evne til krisehåndtering. Koronakommisjonens rapport må føre til en kraftig erkjennelse hos de ansvarlige og følges opp med handling. Denne helsekrisen har tydelig vist at god beredskap koster, men at dårlig beredskap koster enda mer.

Kommisjonen peker på at den norske modellen, med en helsetjeneste som er tilgjengelig for alle, har bidratt til at vi så langt har klart oss godt gjennom krisen. Legeforeningen mener at en god og trygg offentlig helsetjeneste er en viktig kvalitet, som vi må jobbe for å bevare. I revidert nasjonalbudsjett

foreslår regjeringen å bevilge nærmere 600 millioner til helseforetakene som skal brukes til kjøp av tjenester hos private helseleverandører for å ta igjen etterslepet. Etter Legeforeningens syn er dette midler som burde blitt brukt til å styrke den offentlige helsetjenesten, heller enn å bevilge ekstra til det private.

Selv om Legeforeningen støtter hovedfunnene i kommisjonens rapport må det likevel påpekes at det er flere temaer som burde vært nærmere belyst, og som kommisjonen må følge opp i sitt videre arbeid:

Manglende kapasitet i helsetjenesten

For Legeforeningen er det spesielt viktig å påpeke at helsetjenestens manglende kapasitet ikke omtales i tilstrekkelig grad i kommisjonens rapport. Kapasiteten i helsetjenesten er svært presset selv i en normalsituasjon. Det er ofte overbelegg og ventelister, og all beredskap er basert på omprioritering. Pandemien har satt dette på spissen. Samtidig har fastlegeordningen lenge vært under press, med stor arbeidsbelastning og sviktende rekruttering.

Kommunal beredskap

Koronakommisjonen anbefaler at krav og forventninger til kommunene på smittevern- og pandemiområdet bør konkretiseres. Pandemien har avdekket omfattende mangler i kommunene. Vi vil særlig peke på at kommunene i liten grad har sørget for døgnkontinuerlige beredskapsordninger for å håndtere lokale eller nasjonale utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. Det er dessuten avdekket at kommunikasjonslinjene mellom sentrale aktører som FHI, statsforvalterne og kommunene ikke er tilrettelagt for effektiv digital kommunikasjon. Det er Legeforeningens vurdering at kommunenes sørge-for ansvar for smittevernberedskap bør gjøres til gjenstand for en særskilt utredning. Det må kartlegges hva de kommunale utfordringene har gått ut på, og utredes hva som kan gjøres for å sikre at kommunene står bedre rustet til neste krise.

Håndtering av kriser over tid krever et minimum av kapasitet i kritiske funksjoner.

Kommuneoverlegestillingene i Norge er ofte små, og det er få personer å dele både oppgaver og beredskap på. Den begrensede personellressursen har vist å gi store utfordringer for håndtering av kriser som varer over tid. Kommunene må redusere risiko og sårbarhet generelt ved god samfunnsplanlegging hvor bl.a. helsehensyn ivaretas godt. Ved å styrke det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene vil dette forebyggende arbeidet og håndtering av kriser kunne ivaretas på en tryggere måte.

Videre er det avdekket at kommunene ikke har sørget for sikker kommunikasjon av sensitiv pasientinformasjon over helsenettet innad i og mellom kommuner for gjennomføring av TISK/smitteoppsporingsarbeid. Smittevernansvarlige leger i kommunene har heller ikke tilgang til behandlingsrettede elektroniske journalsystemer som ivaretar lov- og forskriftskrav for oppbevaring av helsedata om enkeltpersoner. Aktører som har behov for eller plikt til å varsle kommune om utbrudd av smittsom sykdom, f.eks. knyttet til sykehus, mattilsyn eller skipsfart, har heller ikke hatt tilgang til kontaktinformasjon til kommunal smittevernmyndighet.

Erfaringene fra pandemien har hittil vist at de aller fleste smittede og syke behandles og følges opp i primærhelsetjenesten. Fastlegene har i pandemien opplevd ulik grad av involvering og støtte fra kommunene. Særlig utfordrende har det vært i kommuner som primært har sett på fastlegen som leverandør av helsetjenester, og ikke som en integrert og viktig del av den offentlige helsetjenesten.

Det har tatt lang tid med avklaringer, ofte har ingen tatt det overordnede ansvaret for å finne raske, best mulige løsninger, og det har vært mangelfull ivaretagelse av fastlegenes behov for eksempel ved fordeling av smittevernutstyr. Noen kommuner sørget for at fastlegene fikk dekket og levert smittevernutstyr, mens andre kommuner overlot fastlegene til seg selv.

Legeforeningen er fornøyd med at kommisjonen har hatt et særskilt fokus på informasjonsutveksling mellom regjeringen og sentrale myndigheter på den ene side, og kommuner og lokale samarbeidsaktører på den annen side. Det er imidlertid viktig å jobbe videre med dette, for å sikre at kommuneoverlegene og fastlegene får tilgang på relevant informasjon så tidlig som mulig.

RHF-ene og helseforetakenes beredskapsansvar

Koronakommisjonen kritiserer sentrale myndigheter for mangelfull oppfølging av beredskap og planverk. Legeforeningen stiller seg bak kritikken, men mener at kommisjonen i større grad burde ha løftet frem RHF-ene og helseforetakenes beredskapsansvar. Kommisjonen har ikke beskrevet beredskapen i sykehusene ved inngangen til pandemien. Det gjelder alle kapasiteter som er nødvendige ved behov for økt innsats fra spesialisthelsetjenesten. Vi savner en vurdering av beredskapen i sykehus - sykehuskapasiteten generelt og intensivkapasitet spesielt.

Kommisjonen gjør i liten grad vurderinger av om sykehusene har ivare tatt ansvaret for beredskap som følger av beredskapslovgivningen og oppdragene som er gitt foretakene i oppdragsdokument og i foretaksmøter. Også ansvarsforholdene rundt det praktiske beredskapsarbeidet (beredskapslagre, fysiske kapasiteter, og kompetanseutvikling) må kartlegges. Hvem hadde ansvar for beredskap, herunder både planverk, personell og lagre, og hva må gjøres for å sikre at sykehusene er forberedt til neste krise?

Legeforeningen er bekymret for at beredskapen i spesialisthelsetjenesten har blitt gradvis redusert de senere årene, og at reservekapasiteten i dag er begrenset. Dette forholdet øker sårbarheten ved ulike type hendelser som medfører økte krav til tjenestene. Manglende etterlevelse av nasjonale bestemmelser, planverk og oppdrag som blir gitt kan gi økt sårbarhet for en rekke andre hendelser enn pandemier. Dette burde vært kartlagt, beskrevet og vurdert i kommisjonens gjennomgang.

Legeforeningen minner om at avtalespesialistene er en integrert, men desentralisert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, som også må hensyntas i det videre arbeidet. Avtalespesialister har i pandemien opplevd ulik grad av involvering fra RHF/HF. Særlig ser vi at avtalespesialistene kunne vært utnyttet bedre for å holde oppe aktiviteten på områder der sykehusene måtte stenge ned.

Vaksine

Koronakommisjonen peker på behovet for å evaluere vaksinearbeidet, herunder vaksinestrategi, anskaffelse, befolkningens tillit til vaksine, samt gjennomføring av vaksinasjon. Legeforeningen støtter at vaksinearbeidet er et tema som må evalueres særskilt. Det er særlig behov for å drøfte prioriteringen av vaksiner til helsepersonell, FHIs vurderinger, som ikke har vært i tråd med råd fra store internasjonale organisasjoner (WHO, CDC etc.), samt den forutgående prosessen.

Kunnskap og forskning

Norske fagmedisinske miljøer har gitt viktige bidrag til kunnskap om covid-19, både med hensyn til ressursbruk, forståelse av sykdomsmekanismer, behandling og komplikasjoner. Dette er også en

viktig side av pandemiberedskap. Legeforeningen etterlyser at koronakommisjonen omtaler behovet for at våre forskningsinstitusjoner er tilstrekkelig beredt til å trå til på kort varsel – helst i samarbeid med andre land – for at vi skal kunne bidra til et robust kunnskapsgrunnlag ved kommende epidemier og katastrofer. Etter Legeforeningens syn er det behov for styrket statlig støtte til pandemiforskning i Norge, f.eks. ved opprettelsen av et nytt nasjonalt pandemi- og epidemisenter tilknyttet et sterkt norsk fagmiljø. Dette vil kunne være et viktig bidrag til styrket pandemiberedskap. Et slikt senter bør ha som formål både å drive relevant klinisk forskning mellom pandemier, men også å bidra til at man raskt kan komme i gang med kvalitetsforskning i samarbeid med forskjellige fagmiljøer i og utenfor Norges grenser når en ny pandemi er på trappene, f.eks. gjennom ferdigstilte forskningsprotokoller. Selv om det har vært utført mye bra forskning under pandemien, har denne til dels kommet i gang for sent og dels vært for fragmentert på forskjellige fagmiljø.

Vi vil her nevne at Tidsskrift for Den norske legeforening har hatt en sentral rolle som kunnskapsleverandør under pandemien. I løpet av 2020 publiserte tidsskriftet til sammen over 150 artikler om covid-19, og tidsskriftet ble ifølge Retriever sitert hele 1129 ganger i norsk presse i 2020. De fleste vitenskapelige artikler, og enkelte andre artikler, som lederartikler, blir oversatt til engelsk.

Manglende klinikerperspektiv

Fra Legeforeningens side er det viktig at Koronakommisjonen i sitt videre arbeid i større grad tar inn klinikerperspektivet. Selv om kommisjonen har vurdert *myndighetenes håndtering*, er det en svakhet i rapporten at man ikke har intervjuet fagfolkene som har stått i front. Viktig kunnskap går tapt når man i liten grad bygger rapporten på vitnesbyrd fra det som skjedde ute i tjenestene.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Jorunn Fryjordet
Avdelingsdirektør

Gjøril Bergva
Seniorrådgiver