

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200274

Dato: 21-10-2022

Høring: Melding til Stortinget om helseberedskap

Legeforeningen takker for invitasjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet om å gi innspill til Stortingsmelding om helseberedskap. Vi har nylig gitt innspill til Direktoratet for e-helse på temaet digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren¹. Det er også nylig avgitt hørings svar til Justis- og beredskapsdepartementets totalberedskapskommisjon² og NOU 2022: Myndighetens håndtering av koronapandemien del 2. Vårt innspill til Stortingsmelding om helseberedskap må sees i sammenheng med disse nylig avgitte hørings svarene.

Helseberedskapens formål er, som det står i nasjonal helseberedskapsplan fra 2018, å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer i fredstid og krig. Det handler om å være forberedt på uventede kritiske situasjoner som involverer helsetjenesten. Historien har vist at myndighetene ikke har prioritert helseberedskap i tilstrekkelig grad. Til tross for utredninger og anbefalinger etter utbruddet av svineinfluensaen i 2009, Gjørsv-kommisjonens funn og gjentatte advarsler om at pandemi er den mest sannsynlige beredskapshendelsen, har lite vært gjort for å styrke samfunnets og helsetjenestenes evne til krisehåndtering. Koronakommisjonen peker både i første og andre rapport på at myndighetene var dårlig forberedt til tross for at de var godt opplyst om mangler i den nasjonale beredskapen, inkludert helseberedskapen.

Legeforeningen er positiv til at regjeringen nå igangsetter arbeidet med en stortingsmelding om helseberedskap som skal angi retning for hvordan Norge skal være forberedt på å håndtere kriser som involverer helsetjenesten. Det er i denne sammenheng viktig å ta lærdom av tidligere kriser og sørge for at den offentlige helsetjenesten er godt rustet for fremtidige beredskapshendelser. En viktig erfaring fra koronapandemien er at slik beredskap koster, men dårlig beredskap koster mer. Vi håper derfor at myndighetene er villige til å prioritere helseberedskap i fremtidige statsbudsjetter.

Helsetjenesten er en beredskapsorganisasjon

Legeforeningen mener:

- Kunnskapen og strukturene i den daglige tjenesten er helt avgjørende som grunnlag for god håndtering av kriser og katastrofer.
- Samhandlingen innad i kommunen, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, må styrkes for at helsetjenesten skal bli bedre rustet ved fremtidige beredskapshendelser.

Helsetjenesten sørger for akuttberedskap i hele landet, hele døgnet, hele året. Medisinsk nødmeldetjeneste, legevaktjeneste, ambulansetjeneste og sykehus håndterer daglig utallige

¹ [avgitt-hringssvar.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

² [innspill-til-totalberedskapskommisjonen-sporreskjema.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

henvendelser og hendelser. Kunnskapen, erfaringen, rutine og strukturene som finnes i helsetjenesten for håndtering av sykdom, ulykker og kriser i en normalsituasjon er helt avgjørende for god håndtering av kriser og katastrofer ved økt beredskap.

Ved langvarige helsekriser som pandemier/epidemier er en sterk og velfungerende primærhelsetjeneste helt sentralt. En av hovedårsakene til at vi lyktes med håndteringen av pandemien i Norge var nettopp primærhelsetjenesten, som avlastet en presset spesialisthelsetjeneste. Pandemien avdekket også et behov for å styrke primærhelsetjenesten. Styrking og stabilisering av kommunelegefunksjonen og fastlegeordningen, bedring av samhandlingen innad i kommunen og mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er tiltak som haster for å være enda bedre rustet ved fremtidige beredskapshendelser.

Spesialisthelsetjenestens kapasitet til å stå i en beredskapssituasjon over tid ble utfordret under koronapandemien. Dette må adresseres i en ny nasjonal helseberedskapsplan.

Helsetjenestene må ses i sammenheng, også i en ekstraordinær beredskapssituasjon.

Legeforeningen mener:

- Kommunelegerollen må styrkes og stabiliseres.
- Befolkningen må sikres stabil tilgang til legetjenester. En robust fastlegeordning ivaretar dette, også ved forhøyet beredskap.
- En godt fungerende helsetjeneste i kommunene bidrar til å redusere presset på sykehusene.
- Sykehusene må utformes, driftes og bemannes slik at helseberedskapen blir godt ivaretatt ved normal beredskap. Sykehusene må ha den fleksibilitet og det planverk som kreves for korte eller lengre perioder med ekstraordinær beredskap.
- Intensivenhetene må dimensjoneres og bemannes tilpasset den befolkning de skal betjene, de tjenester de skal yte, og tåle beredskapshendelser som varer over tid.
- Medisinske laboratorier må involveres ved beredskapshendelser.
- Private tjenesteytere og avtalespesialister, der de finnes, må inngå i helsetjenestens beredskapsplaner.

Befolkningens helsetilbud må sikres i en beredskapssituasjon. Ansvar for innbyggernes legetjeneste ligger i kommunen og ivaretas i hovedsak av fastlegene. Fastlegene er lite integrert i kommunens administrasjon, og kommuneledelsen kan mangle kunnskap om driften av et fastlegekontor.³ Kommunelegen er medisinsk rådgiver i kommunen og har en rolle i organisering av fastlegetjenesten. Kommunelegen er ikke fastlegenes leder eller faglig overordnet. En lærdom etter koronapandemien er at kommunelegerollen må styrkes og stabiliseres. Samarbeidet mellom kommunene/kommunelegene og fastlegene mener vi må utvikles og i større grad formaliseres. Helsetjenesten ved ekstraordinære hendelser må bygge på de strukturer og samarbeidsavtaler som gjelder ved normal beredskap.

Sykehusenes kapasitet er avhengig av en rekke faktorer; kompetente fagfolk, godt dimensjonerte støttefunksjoner og areal som er hensiktsmessig dimensjonert med nødvendig fleksibilitet for beredskapshendelser. En godt fungerende kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert en stabil fastlegetjeneste, er også vesentlig for å unngå overbelastning av sykehusene. De aller fleste får sin

³[Fastlegers møte med covid-19-pandemien – en fokusgruppestudie | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://tidsskriftet.no/2020/09/fastlegers-moete-med-covid-19-pandemien-en-fokusgruppestudie)

helsetjeneste og sine legetjenester i kommunen. Det er vel kjent at en lege som har kjent pasientene sine over tid legger inn færre enn en som møter sine pasienter for første gang.⁴

Sykehusenes intensivkapasitet ble utfordret under koronapandemien. I arbeidet med ny nasjonal helseberedskapsplan må dimensjonering og bemanning av intensivavdelinger, tilpasset den befolkning de skal betjene få prioritet. Det må tas høyde for hendelser som en langvarig pandemi. For flere avdelinger vil det kreve en betydelig økning av kapasiteten.

De medisinske laboratoriene må i større grad bli involvert både i beredskapsplanlegging og i fremtidige utbruddssituasjoner. En pandemi/epidemi vil ha massetesting av befolkningen som viktig premis. De mikrobiologiske laboratorienes evne til å utvikle egne analyser var avgjørende for deres evne til å håndtere det store testvolumet. Det nye IVD-regulativet som er innført gjennom EU begrenser i stor grad muligheten til å benytte "in house"-analyser. Det forutsettes at ferdige tester skal kjøpes fra kommersielle aktører, såfremt slike tester finnes. Det er stor bekymring for at kompetansen som trengs for å utvikle egne tester forsvinner når regulativet trer i kraft. Under pandemien var de kommersielle testene mangelvare.

Private tjenesteytere, der de finnes er en viktig ressurs, både for normal helseberedskap og ved ekstraordinære hendelser. Det samme gjelder avtalespesialistene, som er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsavtaler må tilpasses så den samlede helseressurs kan disponeres best mulig også ved kriser og katastrofer.

Roller, beredskapsansvar og planverk

Legeforeningen mener:

- En forutsetning for godt beredskapsarbeid er å lære av tidligere erfaringer.
- Fastlegenes grunnleggende behov under helsekriser må inkluderes i kommunenes beredskapsplaner.
- Beredskapsplanlegging må bli en integrert del av spesialisthelsetjenestens operative funksjon.
- Trepartssamarbeidet må ivaretas, også ved beredskapssituasjoner.

Koronakommisjonen kritiserte sentrale myndigheter for mangelfull oppfølging av beredskap og planverk. I Legeforeningens underveissrapport om covid-19 påpekte vi blant annet at mangelen på planverk skapte usikkerhet i arbeidssituasjonen for legene i pandemiens innledende fase, både når det gjaldt oppgaver og opplevelsen av å ha et forsvarlig arbeidsmiljø.

En forutsetning for godt beredskapsarbeid er å lære av tidligere erfaringer. Svineinfluensaen avdekket store mangler i norsk helseberedskap. Lite ble gjort for å følge opp de alvorlige manglene som ble avdekket den gangen, til tross for en rekke evalueringer og utredninger. Koronapandemien har med all tydelighet avdekket behovet for gode beredskapsplaner med tydelig rolle- og ansvarsfordeling. Involvering av tillitsvalgte og verneombud må inngå i beredskapsplanene, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen organiserer 95% av landets leger. Ved beredskapshendelser ønsker de å bidra.

Ingen vet hva som blir den neste store beredskapshendelsen. Godt fungerende helseberedskap i en normalsituasjon må ligge til grunn for beredskapsplaner som kan favne de fleste typer hendelser. Spesifikk faglig kompetanse kan være vesentlig for gode prioriteringer og korrekte råd.

⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34607797/>



Legeforeningens fagmedisinske foreninger er nasjonale fagnettverk og representerer spisskompetansen innen ulike spesialiteter. De vil kunne være en ressurs for myndighetene. Under koronapandemien bidro Legeforeningens fagmedisinske foreninger inn i arbeidet med prioriteringskriterier, i tillegg til å bistå Helsedirektoratet og FHI med faglige smittevernråd. I forbindelse med krigen i Ukraina har faglige råd for bruk av Jodix ved atomuhell blitt oppdatert. Det samme gjelder retningslinje for medisinsk undersøkelse av barn som kommer til Norge som flyktninger.

Stortingsmeldingen om helseberedskap må si noe om fagutvikling og forskning knyttet til beredskapshendelser. Følgforskning vil kunne ha betydning for justering av planverk underveis og for håndtering av fremtidige kriser.

Internasjonalt samarbeid

Legeforeningen mener:

- Norge må knytte seg tettere til helsesamarbeidet i EU.

Pandemien og krigen i Ukraina har aktualisert nordisk og europeisk samarbeid gjennom å sikre forsyningslinjer, samordne reisetiltak og felles sikkerhetspolitisk dialog. Det er viktig å styrke disse relasjonene i en normaltilstand, slik at ressurser kan utnyttes på best mulig måte i en krisesituasjon. I EU arbeides det med en felles europeisk politikk for å håndtere grensekryssende helsetrusler, bygge beredskapslagre og produksjonskapasitet for medikamenter og medisinsk utstyr. Legeforeningen støtter regjeringens ønske om å knytte seg tettere til helsesamarbeidet i EU.

Digital beredskap og sikkerhet

Som nevnt i innledningen har Legeforeningen nylig levert et eget innspill til stortingsmeldingen om helseberedskap der temaet var digital sikkerhet. Vi viser til dette innspillet når det gjelder vårt syn på digital beredskap og sikkerhet.

Helsetjenestens sårbarhet ved beredskapshendelser

Legeforeningen mener:

- Avhengighet av forsyningslinjer utenfor nasjonal kontroll må identifiseres.
- Det må etableres sentrale beredskapslagre med medisiner, smittevernutstyr og annet materiell.
- Beredskapslagre må finnes på alle sykehus/i alle kommuner, til bruk ved akutte beredskapshendelser.
- Kompetanse og kapasitet må basere seg på fast ansatte medarbeidere.
- Medisinske laboratorier må ha mulighet til å utvikle egne tester.
- Hvilke helsetjenester som må gå som normalt, også ved kriser, krig og katastrofer må identifiseres.
- Det må gjøres en grundig vurdering av konsekvenser, på kort og lang sikt, før tjenester for samfunnets mest sårbare grupper reduseres eller stenger ned.

Koronapandemien ble et utstillingsvindu for helsetjenestens avhengighet av ytre faktorer for å opprettholde et tjenestetilbud til pasientene og et trygt arbeidsmiljø for de ansatte. Mangel på smittevernutstyr og forbruksmateriell bidro til at normal drift ble nedprioritert i større grad enn



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

smittesituasjonen skulle tilsi. Det bidro også til utrygghet på arbeidsplassene, da det dels manglet smittevernstyr, dels hersket tvil om det tilgjengelige utstyret gav tilstrekkelig beskyttelse.

Stabilt tilgjengelig helsepersonell og deres kompetanse er tjenestenes viktigste ressurs, ved normal beredskap og når det ekstraordinære skjer. Mange tjenester baserte seg på innleie av leger og sykepleiere fra andre land. Når disse uteble ble daglig drift utfordrende.

Norges vei til anskaffelse av vaksiner er et annet eksempel på Norges avhengighet av andre aktører, i dette tilfellet EU. Det at helsepersonell ikke ble prioritert høyest for vaksine kunne truet tjenesten i de mest smitteutsatte områdene. Mangel på intensivplasser i sykehusene bidro til inngripende smitteverntiltak i samfunnet.

De mikrobiologiske laboratoriene utviklet egne tester når de ikke fikk tak i tester produsert i andre land. Muligheten til å utvikle egne tester må opprettholdes.

Omdisponering av helsepersonell bidro mange steder til at viktig folkehelsearbeid ble satt på vent. I Norge så vi forsinkelser i barnevaksinasjonsprogrammet. I andre land gikk hele årskull glipp av nødvendige vaksiner. Dette førte blant annet til epidemier med meslinger og polio i enkelte land, som tok livet av mange barn under og i kjølvannet av koronapandemien.

Medisinske tjenester må ha en plan for prioritering som kan benyttes til gradvis nedtrapping av regulær virksomhet ved kriser, krig og katastrofer.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
Generalsekretær

Marit Randsborg
Avdelingsdirektør

Gisle Bruknaap
Seniorrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)