



DEN NORSKE  
LEGEFORENING



# **Covid-19**

## **Underveisrapport**

## Presidentens forord

Legeforeningens underveisrapport om covid-19 er beretningen om en varslet katastrofe. For 12 år siden avdekket utbruddet av svineinfluensaen store mangler i norsk helseberedskap. Lite er gjort for å følge opp de alvorlige manglene som ble avdekket den gangen, til tross for en rekke evalueringer og utredninger.

Formålet med Legeforeningens underveisrapport er å sikre at vi ikke på ny står uforberedt i møte med neste helsekrise. Rapporten underbygger klart Legeforeningens budskap om at god beredskap koster, men dårlig beredskap koster mer.

For å sikre at samfunnet er bedre forberedt til neste pandemi, haster det å få etablert nasjonale lagre med smittevernstyr. Intensivkapasiteten i sykehussektoren må økes, og sykehusene må rustes til å takle kriser. At samfunnet måtte stenge ned fordi sykehusene var i ferd med å knele av 119 intensivpasienter, sier alt om hvor dårlig forberedt Norge var på denne varslede krisen.

En av hovedårsakene til at man har lyktes med håndteringen av pandemiens første og andre bølge i Norge, er en sterk og velfungerende primærhelsetjeneste som har avlastet en presset spesialisthelsetjeneste. Men pandemien har også avdekket at det er behov for å styrke primærhelsetjenesten. Fastlegeordningen har lenge vært i en krise, med stor arbeidsbelastning og sviktende rekruttering. Kommuneoverlegene har på sin side hatt en enorm belastning knyttet til smittesporing og ivaretagelse av lokalt smittevernberedskap. Et stort flertall av kommuneoverlegene har jobbet dag og natt. Å styrke en hardt presset fastlegeordning og kommuneoverlegens kapasitet i møte med fremtidige beredskapshendelser, er helt nødvendige tiltak det haster med å iverksette.

Samtidig som denne underveisrapporten slutføres i mars 2021, står samfunnet igjen i en ny alvorlig smittebølge. De muterte virusvariantene har medført rekordhøye smittetall, og setter kapasiteten i helsetjenestene under alvorlig press. Derfor er det viktig at helsepersonell prioriteres for vaksine.

Legeforeningens underveisrapport er skrevet av leger som har jobbet utrettelig i møte med den største helsekrisen som har rammet Norge i moderne tid. Som president er jeg stolt over innsatsen som har blitt nedlagt av hver enkelt. Nå skylder vi å lytte til innspillene fra de som til tross for manglende forutsetninger, har levert gode helsetjenester.

God lesning,

Marit Hermansen

President, Den norske legeforening

Oslo, april 2021

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>Rapportens formål</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Beredskap</b> .....	<b>9</b>
Mangelfulle planer og oppfølging fra tidligere kriser.....	9
Primærhelsetjenesten har stått i front .....	10
Legeforeningen mener: .....	12
Spesialisthelsetjenesten må styrkes for å være rustet til kriser .....	12
Legeforeningen mener: .....	15
Beredskapslagre med smittevernutstyr må etableres og testkapasiteten økes.....	15
Legeforeningen mener: .....	17
Forskning og fagutvikling.....	17
Tidsskriftets rolle som kunnskapsleverandør.....	17
Legeforeningen mener: .....	18
<b>2. Prioritering, behandling og rehabilitering</b> .....	<b>18</b>
Legeforeningens prioriteringsveileder .....	18
Erfaringer og utfordringer i spesialisthelsetjenesten.....	20
Erfaringer og utfordringer i primærhelsetjenesten .....	21
Konsekvenser av nedstengning av samfunnet for utsatte grupper .....	23
Legeforeningen mener: .....	24
<b>3. Digitalisering</b> .....	<b>24</b>
Digitale verktøy i smitteoppsporing og behandling .....	25
SYSVAK.....	26
Legeforeningen mener: .....	27
<b>4. Informasjon og samhandling</b> .....	<b>27</b>
Behov for sentrale samarbeidsarenaer.....	28
Behov for felles informasjonssystem i tjenesten .....	28
Etablering av møter og samhandlingsarenaer .....	30
Legeforeningen mener: .....	30
<b>5. Utfordringer for legegruppen i pandemien</b> .....	<b>31</b>
Arbeidsvilkår.....	31
Utfordringer med gjennomføring av spesialistutdanning.....	35
Utfordringer med finansieringsordninger for næringsdrivende leger .....	36
Legeforeningen mener: .....	39
<b>6. Vaksiner</b> .....	<b>39</b>
Prioritering av vaksiner til befolkning og helsepersonell .....	39
Uttrekk av risikopasienter for SARS-coV-2 vaksinerings.....	40
Legeforeningen mener: .....	41

<b>7. Legeforeningens arbeid med covid-19 .....</b>	<b>41</b>
Intern oppfølging.....	42
Kommunikasjon.....	43
Myndighetskontakt .....	43
Juridisk bistand og regelverksarbeid .....	44
Legeforeningens prioriteringsveileder .....	44
Legeforeningens medisinsk-faglige rådgivende gruppe for covid-19 .....	44
Legeforeningen mener: .....	46

## Sammendrag

Denne rapporten sammenfatter Legeforeningens foreløpige erfaringer med covid-19, og foreslår tiltak for å sikre at samfunnet og helsetjenesten er forberedt på fremtidige helsekriser. Rapporten bygger på beskrivelser og innspill fra Legeforeningens medlemmer og tillitsvalgte som har stått i førstelinjen under pandemien. Rapporten dekker ikke alle aspekter av pandemien, men gir et viktig bilde av hvilke utfordringer og dilemmaer helsevesenet stod i, og fortsatt står i, ett år inn i pandemien.

### *Beredskap*

En av hovedårsakene til at man har lyktes med håndteringen av første og andre bølge av pandemien i Norge, er en sterk og velfungerende primærhelsetjeneste med en godt utbygd allmennlegetjeneste. De aller fleste smittede og syke behandles og følges opp i primærhelsetjenesten, og det er også her det meste av testingen og smittesporingen foregår. Samtidig har fastlegeordningen lenge vært under press, med stor arbeidsbelastning og sviktende rekruttering. Videre har pandemien nok en gang avdekket mangler ved den samfunnsmedisinske beredskapen. Kommuneoverlegene har hatt og tatt et stort ansvar for håndteringen ute i kommunene, dette til tross for alt for knappe ressurser og varierende grad av tilrettelegging fra kommunene.

Legeforeningen mener:

- Fastlegeordningen må styrkes for å kunne håndtere fremtidige kriser og beredskapshendelser. Ordningen er i dag underfinansiert og underbemannet.
- Et informasjonssystem som sikrer primærhelsetjenesten tilgang på relevant informasjon så tidlig som overhodet mulig ved nasjonale kriser og pandemier må etableres.
- Det må etableres rutiner for å sikre fastlegene lik tilgang på smittevernutstyr ved fremtidige pandemier.
- Den samfunnsmedisinske beredskapen og kommuneoverlegens kapasitet må styrkes i møte med fremtidige beredskapshendelser.

Da pandemien rammet Norge i slutten av februar 2020, var ingen sykehus godt nok forberedt. Norsk spesialisthelsetjeneste klarte likevel i større grad enn i mange andre land å håndtere de smittede og syke gjennom den første bølgen våren 2020. Dette skyldes hovedsakelig at sykdomsutbredelsen ble vesentlig lavere enn i andre land som følge av regjeringens nedstenging 12. mars, og at annen virksomhet ble redusert. Erfaringene fra den første fasen av pandemien har vist at norsk spesialisthelsetjeneste stadig er dårlig rustet til å håndtere en omfattende pandemisituasjon. Våren 2021 står vi igjen i en krevende situasjon, med muterte virusvarianter, økende smitte og flere alvorlige syke som har behov for innleggelse. Kapasiteten i helsetjenestene settes nå under alvorlig press.

Legeforeningen mener:

- Sykehusenes beredskapsplaner og kapasitet må kunne håndtere en beredskapssituasjon med belastning over tid.
- Beredskapsplanlegging må bli en integrert del av spesialisthelsetjenestens operative funksjon.
- Intensivkapasiteten i sykehussektoren må økes.
- Spesialisthelsetjenesten må sees i sammenheng – avtalespesialister må benyttes når kapasiteten i sykehusene er overbelastet.
- Sykehusene må dimensjoneres for å kunne håndtere kriser og pandemier – vi må slutte å bygge for små sykehus og beredskapskompetanse må inn i planleggingen av nye sykehus.
- Støttepersonell til sykehuslegene må økes – og være tilgjengelig og fleksibel under en nasjonal beredskapshendelse.

Det er i dag tydelig for alle at Norges mangel på lager av smittevernutstyr førte til sterke begrensninger, med derav følgende fare for at helsepersonell kunne bli smittet i sitt arbeid.

Legeforeningen mener:

- Beredskapslagre og leverandørkjeder for medisinsk utstyr må gjennomgås på overordnet nivå.
- Det må bygges opp nasjonale lagre med smittevernutstyr.
- Det må foretas en risikoanalyse av størrelsen av nasjonale lagre og avhengigheten av utenlandske produsenter/leverandører.

På de fleste sykehus ble all forskning stoppet i mars. I en så langvarig krise som pandemien har vist seg å bli, er det viktig med kontinuerlig fokus på, og tilrettelegging for forskning både relatert til den aktuelle krisen og annen forskning.

Legeforeningen mener:

- Forskning og fagutvikling må inkluderes i forberedelse av fremtidige helsekriser.

#### *Prioritering, behandling og rehabilitering*

Pandemien har medført behandlings- og prioriteringsutfordringer knyttet til medisinsk undersøkelse, behandling og oppfølging av pasienter med covid-19 og andre tilstander, både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen er bekymret for pasienter som har fått utsatt behandling og oppfølging, og for pasienter som unngår å søke helsehjelp av frykt for å belaste en allerede presset helsetjeneste, eller av frykt for å bli smittet.

Legeforeningen mener:

- Beredskapsplanene bør inneholde tiltak og retningslinjer som sikrer en minimal reduksjon av elektiv virksomhet.
- Profesjonsforeningen er sentrale faglige bidragsytere som er viktige partnere for myndighetene.

#### *Digitalisering*

Digitalisering av tjenestetilbudet til befolkningen har tatt raske skritt fremover under pandemien. Likevel preger dårlige IT-systemer og tungvinte, manuelle rutiner overvåkingen av pandemien i for stor grad.

Legeforeningen mener:

- Klinikknær utvikling av etterspurt funksjonalitet og et levende og variert leverandørmarked har vært suksessfaktorer i den raske digitaliseringen av tjenestetilbudet til befolkningen vi har sett under pandemien.
- De største utfordringene har vært i kommunene og forvaltningen, pga. registre basert på gammel teknologi, og manglende digitalisering av det kommunale smittevern/TISK-arbeidet. Manglende digitalisering i etterkant av svineinfluensaepidemien i 2009 har derved skapt utfordringer i hele helsetjenesten.
- Myndighetenes satsing på mangeårige utredninger av altomfattende e-helseløsninger istedenfor en smidig, iterativ og behovsstyrt IKT-utvikling er en feilslått strategi, som basert på pandemierfaringene må endres radikalt.

#### *Informasjon og samhandling*

Kunnskapsbaserte beslutninger er noe som bør tilstrebes under enhver situasjon, men er særlig viktig ved håndtering av kriser. Beslutningstakere sitter som regel langt fra tjenesten, og velfungerende

samarbeidsarenaer og informasjonskanaler der kunnskap og informasjon flyter til og fra helsetjenesten er avgjørende for hvordan man lykkes i håndteringen av helsekriser. Noe av dette foregår i "linjen", men denne pandemien har avdekket at dette ikke alltid gir beslutningstaker riktig bilde av situasjonen ute i tjenesten.

Legeforeningens mener:

- Det må etableres et felles nasjonalt system for informasjonsdeling til bruk under alvorlige beredskapshendelser i helsetjenesten som for eksempel pandemier.
- Gode informasjonskanaler må være en del av kriseberedskapen, og etter denne pandemien må det etableres strukturer som utløses ved neste krise.
- Kriseledelse må først og fremst håndteres av de ordinære ledernivåene og tjenestestrukturene. Pandemien har vist at medisinsk kompetanse må være en permanent del av kommunenes toppledelse, for både drifts-, beredskaps- og krisehåndtering.

#### *Utfordringer for legegruppen i pandemien*

Spesielt skapte mangelen på smittevernutstyr og planverk usikkerhet i arbeidssituasjonen innledningsvis, både når det gjaldt oppgaver og opplevelsen av å ha et forsvarlig arbeidsmiljø. Videre har pandemien fått konsekvenser for gjennomføring av spesialistutdanning, og fått økonomiske konsekvenser for de næringsdrivende legene.

Legeforeningen mener:

- Helsetjenesten vil i etterkant av pandemien måtte planlegge for å ta igjen et betydelig etterslep i spesialistutdanning og etterutdanning.
- Utdanningskapasitet av intensivpersonell må økes.
- Gode beredskapsplaner også for opplæring og omdisponering av personell må etableres.
- Finansieringssystemet for næringsdrivende leger er ikke innrettet for ekstraordinære forhold som denne pandemien. Selv om finansieringen er der, er det ikke system for å utløse den ved endringer i type aktivitet.
- Det bør utarbeides rutiner som trer i kraft når det er behov for raske endringer i finansieringsordningen utløst av kriser og pandemier. Basert på erfaring fra svineinfluensaen og covid-19 pandemien, kan det lages "takst-pakker" som tilpasses den aktuelle situasjonen.
- Næringsdrivende leger er en del av den offentlige helsetjenesten, og må hensyntas på samme måte som sykehusene når det gjelder kompensasjon for kostnader.

#### *Vaksiner*

Legeforeningen mener:

- Vaksinerings av utsatt helsepersonell er avgjørende og må prioriteres.
- I vaksinestrategien må det tas hensyn til både beskyttelse og trygghet for helsepersonell som står i frontlinjen, og at tilstrekkelig kapasitet i helsetjenesten er avgjørende for ivaretagelse av alle pasienter under pandemien, både med og uten covid-19.
- Effektiv prioritering av vaksinasjon av personer under 65 år og med særlig risiko for alvorlig forløp av covid-19 er viktig, og fastlegene er avgjørende i dette arbeidet.

#### *Legeforeningens arbeid med covid-19*

Legeforeningens arbeid med pandemien og alle de spørsmål som har oppstått som følge av den, har vært svært omfattende og har preget organisasjonen siden februar 2020. Våre medlemmer er nøkkelpersoner i bekjempelsen av pandemien, og vi så tidlig at det ville bli nødvendig ta stilling til en rekke spørsmål av juridisk, politisk, faglig og økonomisk art.

Legeforeningen mener:

- Det er nødvendig med god involvering og informasjonsflyt mellom profesjonsorganisasjonene og de ansvarlige helsemyndigheter, også i normaltid.
- Det bør etableres faste strukturer for informasjon, involvering og medvirkning som trer i kraft i tilsvarende kriser.
- Profesjonsforeningen er viktige faglige bidragsytere og et viktig tilskudd til fagmyndighetene.

## Rapportens formål

Denne rapporten beskriver Legeforeningens erfaringer med covid-19, og foreslår tiltak for å sikre at samfunnet og helsetjenesten er forberedt til fremtidige helsekriser. Formålet er å videreformidle erfaringer og innspill fra våre medlemmer og tillitsvalgte som har stått i førstelinjen i pandemien. Legeforeningens underveisrapport dekker ikke alle aspekter av pandemien, da denne fortsatt er pågående, men gir et viktig bilde av hvilke utfordringer og dilemmaer helsevesenet stod i, og fortsatt står i, ett år inn i pandemien.

Koronaviruset SARS-Cov-2 ble påvist i Wuhan i Kina i desember 2019. I januar erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) utbruddet som en global folkehelsekrise. I slutten av februar 2020 ble første pasient med covid-19 diagnostisert i Norge. Den 11. mars 2020 ble utbruddet erklært som pandemi av WHO. Dagen etter innførte regjeringen de mest inngripende tiltak Norge har hatt i fredstid. Helsetjenestene kom raskt under press, med mange innleggelser på sykehusene og høyt belegg på intensivplasser. I tillegg var det mangel på smittevernutstyr, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten.

Åttende mars ble Stavanger universitetssykehus som første sykehus satt i beredskap. Foranledningen var utbrudd av covid-19 på fødeavdelingen. Tiende mars fulgte en rekke andre sykehus etter. To uker senere var spesialisthelsetjenesten i Norge sterkt påvirket av pandemien. I slutten av mars var alle tilgjengelige intensivplasser ved Akershus universitetssykehus – landets mest belastede foretak – fullt utnyttet. Sykehusets vanlige intensivkapasitet var tredoblet – fra ti til 30 plasser, hvorav 23 var belagt med covid-19 pasienter. Elektiv drift i de aller fleste norske sykehus var kraftig redusert. Årsaken var dels at sykehusene forberedte seg på et betydelig belegg av covid-19 pasienter, og delvis mangel på forbruksmateriell i sykehusene. Mot slutten av mars var de nasjonale lagrene av smittevernartikler i Norge på sitt laveste, og fortsatt forsyning gjennom en helg var avhengig av en ventet enkeltleveranse.

Samtidig som denne underveisrapporten slutføres i mars 2021, står samfunnet igjen i en ny alvorlig smittebølge. De muterte virusvariantene har medført rekordhøye smittetall, og setter kapasiteten i helsetjenestene under alvorlig press.



# God beredskap koster, dårlig beredskap koster enda mer



## 1. Beredskap

### Mangelfulle planer og oppfølging fra tidligere kriser

For 12 år siden avdekket svineinfluensaen store mangler i norsk helseberedskap. Lite er blitt gjort for å følge opp de alvorlige manglene som ble avdekket den gangen, til tross for en rekke evalueringer og utredninger. Influensaepidemier av varierende styrke har vært gjentatte påminnelser om hvor store konsekvenser en pandemi vil kunne få for samfunn og helsetjeneste også i utviklede land, som ved Asiasyken i 1957-1958 og Hong Kong-syken i 1968-1970. Også de siste ti-årene har en rekke utbrudd gitt oss forvarslar; fugleinfluensa i Hong Kong i 1997, SARS-utbruddet i 2002-2003, utbruddet av svineinfluensa i 2009, samt utbruddet av MERS i 2012.

---

***"Utbruddet av svineinfluensa i 2009 avdekket at helsetjenesten ikke var godt nok rustet til å håndtere oppgavene ved en mer omfattende pandemi"***

Overlegeforeningen

---

Det er dessverre en erfaring at nødvendigheten av god beredskap fort blir glemt når en hendelse er over.

God beredskap koster, men dårlig beredskap koster mer. Da som nå mangler vi:

- Intensivplasser
- Beredskapslagre med smittevernutstyr
- Medisinteknisk utstyr
- Beredskapsregister over kritisk utstyr
- Planer for hvordan total kapasitet raskt kan økes
- Et felles nasjonalt system for smittesporing

- Planer for drift av teststasjoner og smitteoppsporing
- Planer og verktøy for identifikasjon og vaksinasjon av sårbare grupper

Det vil komme nye pandemier. Hvis vi skal være forberedt neste gang, må vi styrke beredskapen nå.

---

***"Pandemien har med all tydelighet avdekket behovet for at samfunnet i større grad har en beredskap for å håndtere store hendelser"***

Norsk samfunnsmedisinsk forening

---

### Primærhelsetjenesten har stått i front

En av hovedårsakene til at man har lyktes med håndteringen av pandemiens første og andre bølge i Norge, er en sterk og velfungerende primærhelsetjeneste som har tatt sitt ansvar. En av de viktigste forskjellene på Norge og de fleste andre land i Europa, er det samfunnsmedisinske TISK-arbeidet i kommunene. Dette har klart dempet presset på innleggelse i sykehus. En godt utbygd allmenhelsetjeneste med allmennleger og samfunnsmedisinere er en forutsetning for å håndtere denne pandemien, og fremtidige pandemier, på en god måte.

Erfaringene fra pandemien har hittil vist at de aller fleste smittede og syke behandles og følges opp i primærhelsetjenesten. Erkjennelsen av hvor tiltak må settes inn først og hvem som trenger mest ressurser, har ikke fulgt behovene og logikken i tiltaksrekkefølgen. Ved fremtidige lignende hendelser må primærhelsetjenestens behov identifiseres og styrkes først.

Fastlegene har etterlyst en myndighet som tar overordnet ansvar for allmennlegetjenesten og jobber mer proaktivt. Det har vært et godt samarbeid og det har kommet mye god veiledning fra FHI, ulike avdelinger i Helsedirektoratet, E-helsedirektoratet, NAV og andre etater. Men alle har kun ansvar for små fragmenter av det som er en helhetlig tjeneste. Det medfører at det tar lang tid med avklaringer, ingen tar det overordnede ansvaret for å finne raske, best mulig løsninger, og det er ingen som ivaretar primærhelsetjenestens interesser for eksempel ved fordeling av smittevernutstyr.

Ved krisehåndtering må det foreligge en kommunikasjonsplan. Informasjonsbehovet er stort, og informasjonen må være tilpasset brukeren. Det kan ikke etableres systemer som krever at den som har behov for informasjonen selv aktivt oppsøker nettsider eller lignende. Informasjonen må gå direkte til den som har behov for den, skriftlig og muntlig.

Muligheten for statlige organer til å kommunisere direkte ut til fastlegene var ikke noe bedre enn den var under svineinfluensapandemien i 2009. Allmennlegeforeningene (Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmenntmedisin) tok derfor tidlig opp behovet for en rask kommunikasjonskanal ut til alle landets fastleger. Fastlegene opplevde at ordningen hvor informasjon først sendes til statsforvalteren (tidligere fylkesmannen), som videresender til kommunene, som via kommuneoverlegen så sender til fastlegene, gikk for langsomt. I enkelte tilfeller stopper informasjonen før den når fastlegene. Det er behov for et statlig organ som kunne koordinert informasjonen fra HOD, Hdir, FHI, Helfo, NAV, SLV, mm. ut til fastlegene.

# Fastlegeordningen må styrkes



Det ble innledningsvis lagt til grunn at sykehusene skulle få 80% av tilgjengelig smittevernutstyr, mens kun 20% skulle gå til kommunene. De aller fleste av covid-19 pasientene ble tatt hånd om av primærhelsetjenesten og kun 5% har havnet på sykehus. Behovet for smittevernutstyr er ikke noe mindre i kommunene enn på sykehus. I starten av pandemien var det kritisk mangel på smittevernutstyr i primærhelsetjenesten. Myndighetene burde forutsett at der hvor man skal behandle flest pasienter, er behovet størst.

Fastlegene opplevde ulik behandling i kommunene. Noen kommuner sørget for at også fastlegene fikk dekket og levert smittevernutstyr, mens andre kommuner overlot fastlegene helt til seg selv. Mens andre næringsdrivende som tannlege og frisør kan øke prisene eller legge på et koronatillegg for å dekke økte kostnader, har fastlegene og avtalespesialistene ikke denne muligheten. De har en helt bundet økonomi hvor deres priser er definert av normaltariffen.

Fastlegene manglet faglige anbefalinger og råd for håndtering av smittede pasienter i starten av pandemien. Dette var arbeid som burde vært igangsatt umiddelbart med høy prioritet fra myndighetene. Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) laget raskt et elektronisk beslutningsstøtteverktøy som har vært til god støtte for riktig pasienthåndtering.

Mange av de faglige råd og anbefalinger som har blitt utarbeidet under denne pandemien må kunne gjenbrukes som maler ved fremtidige lignende hendelser. Det må være noen som har ansvar for at dette arbeidet igangsettes raskt også for primærhelsetjenesten. Det manglet konkrete råd om smitteverntiltak på fastlegekontor i FHI sine veiledere, og det tok lang tid før fastlegene fikk gehør for innspill om behovet for egne råd til fastlegekontor. Dette var viktig for å sikre kapasitet og for å på en smittevernforvarlig måte kunne ivareta andre pasienter. Et internasjonalt system for bedre kunnskapsoverføring bør etableres.

---

***"Pandemien viser at smittevern faglig og samfunnsmedisinsk kompetanse og innsats er en viktig forutsetning for god beredskap og krisehåndtering"***

Norsk samfunnsmedisinsk forening

---

Under en pandemi er det viktig at beredskapen i kommunehelsetjenesten holdes intakt. Det må skapes trygghet for at fastlegene kan bli i praksisene sine og bevare beredskap, yte akutthjelp og fortsatt gi helsehjelp til alle som behøver helsehjelp innenfor forsvarlige rammer. Ett virkemiddel er å informere befolkningen mer nyansert om det å oppsøke helsetjenester når man har behov for det samtidig som legene ivaretar behovet for smittevern. Legeforeningen ser imidlertid at dette ikke var tilstrekkelig da nedgangen i aktivitet og ikke minst endringen i hvordan man arbeider (omfattende bruk av e-konsultasjon) innebærer en alvorlig nedgang i økonomien for de privatpraktiserende legene. Selv med en økt tilstrømming av pasienter vil det på grunn av smittevernhensyn ikke kunne bli som normalt. Det er derfor også nødvendig med økonomiske virkemidler innenfor det gjeldende finansieringssystemet.

Pandemien har vist at smittevernfaglig og samfunnsmedisinsk kompetanse og innsats er en viktig forutsetning for god beredskap og krisehåndtering. Kommuneoverlegene har tatt et stort ansvar for håndteringen ute i kommunene, og har hatt en enorm belastning knyttet til smittesporing og ivaretagelse av lokalt smittevernberedskap. Dette til tross for knappe ressurser og varierende grad av tilrettelegging fra kommunene. Å styrke kommuneoverlegens kapasitet i møte med fremtidige beredskapshendelser, er et helt nødvendig tiltak det haster med å iverksette.

### Legeforeningen mener:

- **Fastlegeordningen må styrkes for å kunne håndtere fremtidige kriser og beredskapshendelser. Ordningen er i dag underfinansiert og underbemannet.**
- **Et informasjonssystem som sikrer primærhelsetjenesten tilgang på relevant informasjon så tidlig som overhodet mulig ved nasjonale kriser og pandemier må etableres.**
- **Det må etableres rutiner for å sikre fastlegene lik tilgang på smittevernutstyr ved fremtidige pandemier.**
- **Den samfunnsmedisinske beredskapen og kommuneoverlegens kapasitet må styrkes i møte med fremtidige beredskapshendelser.**

### Spesialisthelsetjenesten må styrkes for å være rustet til kriser

Da pandemien rammet Norge i slutten av februar 2020, var ingen sykehus godt nok forberedt. Erfaringene fra den første fasen av pandemien har vist at norsk spesialisthelsetjeneste stadig er dårlig rustet til å håndtere en omfattende pandemisituasjon. Sykehusene er i hovedsak ikke bedre stilt enn de var ved inngangen til svineinfluensautbruddet i 2009. Til tross for konkrete erfaringer fra denne pandemien, en rekke risikovurderinger hvor trusselbildet er detaljert og mange års arbeid med planverk på ulike nivå, er det stadig betydelige mangler i sykehusenes konkrete pandemi-kapasitet og beredskapsplaner.

Antallet sengeplasser og intensivplasser er redusert de siste tiårene, beredskapslagrene som ble bygget opp etter utbruddet i 2009 er avviklet, og verken de regionale helseforetakene eller foretakene har etablert beredskapslagre for materiell som det vil være økt behov for, og det erfaringsmessig vil være vanskelig å fremskaffe i opptakten til en pandemi.

I perioden etter årtusenskiftet har pandemiberedskapen blitt gjennomgått blant annet i forbindelse med revisjon av beredskapsplaner, etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til beredskap, av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og av Riksrevisjonen (2013). Det har gjennomgående vært avdekket mangel på konkrete planer, på ressurser (blant annet respiratorer), øvelser i sykehusene, forsyningssikkerhet og annet utstyr.

---

***"Kapasiteten i norske sykehus er presset allerede i normalsituasjonen. Det er ofte overbelegg, og det er reservekapasitet kun i bunnene av tilfeldige svingninger"***

Norsk cardiologisk selskap

---

De regionale helseforetakene etablerte ikke beredskapslagre for utstyr, men har gitt denne oppgaven videre til de enkelte virksomhetene.

Norsk spesialisthelsetjeneste klarte likevel i større grad enn i mange andre land å håndtere de smittede og syke gjennom den første bølgen våren 2020. Den viktigste forklaringen er at sykdomsutbredelsen ble vesentlig lavere enn i andre land. Sykehusenes kapasitet ble ikke overskredet, sykehusene gikk ikke tom for smittevernutstyr, og testkapasiteten ble mindre belastet enn i andre land. Den viktigste bakenforliggende årsaken er at sykdomsutbruddet ble sterkt begrenset av regjeringens nedstenging 12. mars.

Hadde regjeringens tiltak vært mindre inngripende – eller blitt iverksatt senere – ville også norsk spesialisthelsetjeneste møtt utfordringer som ville være vanskelig eller umulig å håndtere uten betydelige negative konsekvenser. Sykehusene hadde verken kapasitet eller nødvendig utstyr til å håndtere «brems» scenariene FHI skisserte 24. mars.<sup>1</sup> Lagrene av smittevernutstyr ville tømmes, intensivkapasiteten ville ikke være tilstrekkelig, sykdom og dødelighet blant smittede ville økt, flere ansatte ville bli smittet, testkapasiteten ville ikke vært tilstrekkelig og øvrig aktivitet i sykehusene ville blitt hardere rammet og i en lengre periode.

---

***"Norge måtte stenge ned fordi norske sykehus var i ferd med å knele av 119 intensivpasienter"***

Norsk cardiologisk selskap

---

Samfunnet måtte stenge ned fordi norske sykehus var i ferd med å knele av 119 intensivpasienter. Dette er ikke spesielt høye tall for et land med 5 millioner innbyggere under en pandemi, men allerede før man nådde denne grensen ble man i norske sykehus nødt til å stenge ned elektiv virksomhet for å ivareta pasientene med covid-19.

Mange sykehus hadde ikke konkrete planer for oppskalering av sengeplasser, organisering av kohorter og mobilisering og omdisponering av personell. Planer og forhåndslagring av utstyr og medikamenter som kunne hindre mangelsituasjoner som følge av økt etterspørsel og redusert

---

<sup>1</sup> [https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/presentasjon-covid-19-vedlegg-til-notat-24.-mars-2020\\_oppdateret.pdf](https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/presentasjon-covid-19-vedlegg-til-notat-24.-mars-2020_oppdateret.pdf)

leveranser var heller ikke på plass. Sykehusene manglet også gode elektroniske verktøy for smitteoppsporing.

Pandemien avdekket med tydelighet hvor marginal intensivdekningen var, at det ikke var noen reservekapasitet, og at beredskap var basert på å prioritere strengere enn ellers- inklusive å begrense annen livreddende virksomhet. Det lå i planene at transplantasjonsvirksomhet og annen større, livreddende, kirurgi ikke ville bli tilbudt. Det var ventelister allerede før pandemien inntraff for praktisk talt all virksomhet som ble stengt ned, og dette har generert et etterslep som sykehusene p.t. ikke har klart å ta inn.

Kapasiteten i norske sykehus er presset allerede i normalsituasjonen. Det er ofte overbelegg, og det er reservekapasitet kun i bunnene av tilfeldige svingninger. All beredskap er basert på omprioritering. Det fungerer ved kortvarige, mindre kriser. Ved større og langvarige kriser blir konsekvensene store for pasientbehandling og personell. Intensivavdelingene i landet har lent seg på innleie av vikarer fra andre nordiske land for å løse bemanningsutfordringer- spesielt intensivsykepleiere. I tillegg bidrar mangelen på støttepersonell til å forsterke presset på sykehuslegene. Tilgangen på støttepersonell er avgjørende for å kunne holde behandlingsskapasiteten oppe i en presset situasjon.

Avtalespesialister er en del av det offentlige helsevesenet og er en integrert, men desentralisert del av spesialisthelsetjenesten. Omlag 25 prosent av alle polikliniske konsultasjoner foregår i avtalepraksis. Da sykehusene ble satt i beredskap, ble også drift i avtalepraksis endret. De regionale helseforetakene formidlet at det kunne bli nødvendig med tjeneste på sykehusavdelingene, men dette ble ikke aktuelt. Avtalespesialistene måtte være i beredskap, men ble i liten grad forespurt om å overta pasienter fra helseforetakene. Dette til tross for at avtalespesialistene er organisert i små enheter der det er lett å gjennomføre smitteverntiltak og omorganisere praksis.



FHI anbefaler at pasienter med covid-19 plasseres på isolatrom. Våren 2020 oversteg antall covid-19 pasienter antallet isolatrom på flere av sykehusene. Som alternativ benyttet man enerom eller større kohortarealer. Dette øker risikoen for smitte i sykehuset, fordi slike arealer ikke er spesielt innredet for å ivareta smittevern, og ikke har forgang/sluse. Da blir det vanskeligere å iføre og avkle seg personlig beskyttelsesutstyr på en trygg måte. Særlig ved behov for gjenbruk av personlig beskyttelsesutstyr er dette et problem.

Risikoen for spredning av SARS-CoV-2 er økt i trange rom med dårlig luftsirkulasjon, der mange mennesker oppholder seg i lange perioder. Eksempler på slike lokaliteter er lett å finne innen sykehusene: akuttmottakenes og poliklinikkens venterom, dialyseenhetene, ansattes pauserom/møterom/spiserom, kontorer og arealer til bildediagnostikk med videre. Her sitter gjerne de ansatte skulder ved skulder i timevis. Det viser seg at på tross av krav og anbefaling om å holde avstand til kolleger, er dette umulig i dagens areal.

### Legeforeningen mener:

- Sykehusenes beredskapsplaner og kapasitet må kunne håndtere en beredskapssituasjon med belastning over tid.
- Beredskapsplanlegging må bli en integrert del av spesialisthelsetjenestens operative funksjon.
- Intensivkapasiteten i sykehussektoren må økes.
- Spesialisthelsetjenesten må sees i sammenheng – avtalespesialister må benyttes når kapasiteten i sykehusene er overbelastet.
- Sykehusene må dimensjoneres for å kunne håndtere kriser og pandemier – vi må slutte å bygge for små sykehus og beredskapskompetanse må inn i planleggingen av nye sykehus.
- Støttepersonell til sykehuslegene må økes – og være tilgjengelig og fleksibel under en nasjonal beredskapshendelse.

### Beredskapslagre med smittevernutstyr må etableres og testkapasiteten økes

Det er i dag tydelig for alle at Norges mangel på lager av smittevernutstyr førte til sterke begrensninger, med derav følgende fare for at helsepersonell kunne bli smittet i sitt arbeid. Dette førte til nærmest panikkartede nasjonale, regionale og lokale innkjøp, og resultatet ble en rekke leveranser av smittevernutstyr med utilstrekkelig standard, inkludert svindel. Alt dette førte til at man så uheldige tendenser til hamstring også i sykehus. For å forhindre at vi havner i en slik situasjon i fremtiden, må det etableres et forhåndslager av smittevernutstyr i Norge. Dette ansvaret kan ikke overlates til det enkelte helseforetak.

---

Norsk forening for infeksjonsmedisin om mangel på smittevernutstyr:  
***"Dette førte til nærmest panikkartede nasjonale, regionale og lokale innkjøp, og resultatet ble en rekke leveranser av smittevernutstyr med utilstrekkelig standard, inkludert svindel"***

---

Pandemien har vist hvor sårbart det er å være avhengig av import av legemidler, vaksiner og medisinsk utstyr. Allerede før epidemien spredde seg til Norge ble det klart at vi ikke ville få tak i nødvendig smittevernutstyr via innkjøpskanaler som var etablert. Selv om noen av sykehusene hadde lokale beredskapslagre med blant annet åndedrettsvern, var disse lagrene grovt underdimensjonert i forhold til behovet ved en pandemi av denne størrelsen.

Legeforeningen opplever at det fremdeles er svært begrensede, og etter vårt syn utilstrekkelige, beredskapslagre for smittevernutstyr ved flere helseforetak. Ved flere helseforetak deles erfaringen at kvaliteten på smittevernutstyret ble redusert i den første fasen av pandemien og til dels fortsatt er redusert. Det var ikke tilstrekkelig kompetanse eller ressurser på hvert enkelt sykehus til å kunne vurdere kvalitet på donasjoner eller lokale innkjøp som ble gjort.

Avtalespesialistene fikk redusert tilgang til smittevernutstyr gjennom sine leverandører. Dette bidro til at aktiviteten i avtalepraksis ble redusert. De regionale helseforetakene har et «sørge for-ansvar» som inkluderer avtalespesialistenes aktivitet, og smittevernutstyr skulle fordeles til avtalespesialistene via de lokale helseforetakene, men dette fungerte ikke for alle. Flere avtalespesialister fikk ikke tilgang til smittevernutstyr da de kontaktet det lokale helseforetaket.



Norske laboratorier for medisinsk mikrobiologi hadde ikke tilstrekkelig testkapasitet da pandemien rammet, og dette førte til at man de første månedene måtte prioritere meget strengt blant dem som kunne være smittet. Selv om laboratoriene viste en imponerende evne til å oppskalere analysekapasiteten, er dette ikke en situasjon man ønsker i fremtiden. Legeforeningen vil derfor understreke viktigheten av at norske laboratorier for medisinsk mikrobiologi styrkes med utstyr og personell også etter at denne pandemien er over.

Den mikrobiologiske diagnostikken av SARS-CoV-2 har under hele pandemien vært truet av mangel på reagenser og forbruksmateriell. Det har variert hva som har vært begrensende faktor. Til å begynne med var det spesielt reagenser til nukleinsyreekstraksjon, samt prøvetakningsspinner og transportmedier. Dette gjorde at testkriteriene måtte holdes strengere enn ønskelig i første fase av første smittebølge som følge av begrenset testkapasitet. Det var ikke etablert planer for den storskala laboratorietesting som det raskt ble behov for. Dette medførte at laboratoriene raskt måtte få i gang et slikt tilbud med eksisterende utstyr og personell. Det var ingen klare planer for hvem som skulle ta prøver og hvordan den praktiske logistikken skulle foregå.

Det må sikres framover at innkjøpt utstyr som sluttbruker oppdager at er dårligere enn ønsket standard, ikke distribueres ut på nytt til andre aktører.



## Legeforeningen mener:

- **Beredskapslagre og leverandørkjeder for medisinsk utstyr må gjennomgås på overordnet nivå.**
- **Det må bygges opp nasjonale lagre med smittevernutstyr.**
- **Det må foretas en risikoanalyse av størrelsen av nasjonale lagre og avhengigheten av utenlandske produsenter/leverandører.**

### Forskning og fagutvikling

På de fleste sykehus ble all forskning stoppet i mars. Både bruk av laboratoriene og inklusjon av pasienter til kliniske studier stoppet før sommeren. Noen kliniske studier er ennå ikke startet opp, trolig på grunn av redsel for smitte. Internasjonal utveksling og interaksjon har vært vesentlig begrenset siden mars 2020. Selv i en pågående pandemi er det viktig med kontinuerlig fokus på, og tilrettelegging for, forskning både relatert til den aktuelle krisen og til pågående forskning som ikke er relatert til krisen. Forskning har vært en avgjørende faktor i håndteringen av pandemien, og Legeforeningen har gjennom Tidsskriftet bidratt til å formidle viktig forskning.

### Tidsskriftets rolle som kunnskapsleverandør

I løpet av 2020 publiserte Tidsskrift for Den norske legeforening til sammen over 150 artikler om covid-19. Flere enn 30 av disse er fagfellevurderte vitenskapelige artikler. Blant dem er en av de første kasuistikkene i verden om en pasient med tap av smaks- og luktesans som eneste symptom på covid-19. Blant de første av sitt slag i verden var også en kasuistikk om en pasient med akutte magesmerter som debutsymptom på covid-19. Denne artikkelen har blitt svært mye lest og sitert også internasjonalt. Andre mye siterte artikler var den første norske pasientserien med covid-19, samt den første norske beskrivelsen av covid-19 hos barn og ungdom. I tillegg publiserte Tidsskriftet i 2020 23 lederartikler fra redaksjonen og fra sentrale norske fagmiljøer om covid-19, nyheter fra den internasjonale forskningsfronten, og råd til leger om alt fra håndtering av ramadan under pandemien og organisering av legekontor og fødeklinikker, til etiske overveielser ved respiratorbehandling ved covid-19.

Redaksjonen definerte tidlig sin oppgave som å kvalitetssikre og løpende bringe kliniske erfaringer, original forskning og kvalitetssikret kunnskap om epidemien til norske leger og annet helsepersonell, med den generelle allmennhet som sekundærmålgrupper. En vitenskapelig redaksjon arbeider imidlertid etter omfattende kvalitetskriterier, der det kan ta flere måneder fra innsending av et manuskript til publisering. Denne situasjonen krevde et annet tempo. Redaksjonen bygget derfor i februar 2020 om sin arbeidsform, kontaktet sentrale fagmiljøer og opplyste om at de ønsket artikler om covid-19 pasienter, og at Tidsskriftet tilbød gratis engelsk oversettelse.

Tidsskriftets koronasatsning har også gitt andre målbare resultater: Tidsskriftet ble ifølge Retriever sitert hele 1129 ganger i norsk presse i 2020. Samtidig produserte redaksjonen 24 episoder av sin nystartede podkast i løpet av året. De fleste vitenskapelige artikler, og enkelte andre artikler, som lederartikler, blir oversatt til engelsk. Alle artikler blir indeksert i den internasjonale biomedisinske søkedatabasen PubMed. I 2020 ble det registrert omlag 60 000 treff fra PubMed på artikler i Tidsskriftet.

## Legeforeningen mener:

- **Forskning og fagutvikling må inkluderes i forberedelse av fremtidige helsekriser.**

## 2. Prioritering, behandling og rehabilitering

Pandemien har medført behandlings- og prioriteringsutfordringer knyttet til medisinsk undersøkelse, behandling og oppfølging av pasienter med covid-19 og andre tilstander, både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen er bekymret for pasienter som har fått utsatt behandling og oppfølging, og for pasienter som unngår å søke helsehjelp av frykt for å belaste en allerede presset helsetjeneste, eller av frykt for å bli smittet. Barn og unge og pasienter med psykisk helse- og rusutfordringer er særskilt sårbare grupper.

Også rehabiliteringstilbudet har vært betydelig redusert som følge av pandemien. Dette har ikke bare gått utover covid-19 pasienter, men også andre diagnosegrupper med behov for oppfølging for å bedre og opprettholde funksjon.

### Legeforeningens prioriteringsveileder -publisert av Helsedirektoratet

Legeforeningen innså tidlig, i kontakt med kolleger internasjonalt, at Norge måtte forberede seg på tøffe prioriteringer om pandemien skulle ramme oss like hardt som for eksempel i Italia, Spania eller Kina. Legeforeningen har en bred organisasjon med mange foreningsledd, herunder en fagmedisinsk forening for hver av de 46 spesialitetene. Vi har derfor en unik tilgang til kompetanse på hele bredden av medisin.

---

***"Denne pandemien har tydelig vist betydningen av de faglige nettverk som legeforeningens fagmedisinske foreninger representerer"***

Norsk barnelegeforening

---

Da Norge stengte ned 12. mars 2020 besluttet Legeforeningen umiddelbart å iverksette ulike tiltak, herunder:

1. å produsere prioriteringsveiledere for alle relevante medisinske fagområder med formål å tilby alle aktører i helsetjenesten de beste råd om hvorledes pasienter med andre tilstander enn covid-19 burde prioriteres i en situasjon med pandemi stadium 3-4 hvor helsetjenestens samlede kapasitet ville overstiges.
2. å etablere en rådgivende ekspertgruppe sammensatt av våre fremste eksperter innenfor relevante fagområder.

Situasjonen i mars 2020 var uavklart, og det hersket stor usikkerhet om hvorledes pandemien ville treffe Norge. Vi visste at epidemien hadde overstrukket kapasiteten i helsetjenesten i land som fikk tidlige utbrudd, særlig Wuhan-regionen i Kina og deler av nord-Italia. Vi anså derfor at vi måtte forberede oss på krevende prioriteringer i helse -og omsorgstjenestene i tiden fremover, også i Norge.

Dette prioriteringsarbeidet ville først og fremst måtte gjøres av våre medlemmer, enten i lederroller i helsetjenesten eller som klinikere i møtet med den enkelte pasient. Målet var å kunne gi god helsehjelp til de som utviklet alvorlige forløp av covid-19, samtidig som pasienter med annen, livstruende sykdom fortsatt også skulle ha god helsehjelp.

Det ble en ekstra spisset situasjon da Helsedirektoratet i et tidlig utkast til prioriteringsråd beskrev en mulig anbefaling om at personer over 60 år med covid-19 ikke skulle ha tilgang til respiratorbehandling. Utkastet ble synlig for media og skapte betydelig oppsikt.

Dette gav en ekstra impuls til å fremskaffe klinikknære operasjonaliserbare prioriteringsråd som skulle bidra til at covid-19 pasienter kunne behandles optimalt uten rene alderskriterier for sortering. Dette måtte skje samtidig som personer med annen sykdom skulle få nødvendig hjelp, og ikke minst, at tilstander og prosedyrer som trygt kunne vente skulle vente.

Legeforeningen forventet at elektiv virksomhet i en tid fremover måtte tas ned både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette ville ikke bare omfatte pasienter som venter på inngrep som krever respiratorstøtte, men også annen elektiv virksomhet. Vi forventet også at helsetjenesten av smittevern hensyn ville overføre en del poliklinisk aktivitet til video- eller telefonkonsultasjoner.

Det var åpenbart at det kunne bli behov for langt strengere prioriteringer enn vi som nasjon og helsetjeneste er vant til, og som ville utfordre etablerte pasientrettigheter. Pasientrettighetsregelverket er som kjent basert på en rekke rettslige standarder som er dynamiske, og som må tolkes ut fra den aktuelle situasjonen.

Våre fagmedisinske foreninger utarbeidet prioriteringsråd for totalt 34 spesialitetsområder. Legeforeningen bidro parallelt i arbeidet med Helsedirektoratets overordnede prioriteringsdokument og vurderte at våre fagspesifikke råd ville være et utfyllende og nødvendig tillegg til dette. Legeforeningen tilbød derfor Helsedirektoratet å kunne bruke våre faglige prioriteringsråd.

Legeforeningen oversendte sine prioriteringsråd til Helsedirektoratet 1.4.20, som så 7.4. sendte det på høring til fylkesmennene og de regionale helseforetakene. Rådene ble publisert av Helsedirektoratet 16.4.20:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kapasitet-i-helsetjenesten/prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien/prioritering-hvis-covid-19-pandemien-innebaerer-store-smittevern-eller-prioriteringsutfordringer-prioriteringsnotat-25.mars-2020>

## Prioritering, behandling og rehabilitering



### Erfaringer og utfordringer i spesialisthelsetjenesten

For å sikre behandlingsskapitet for pandemipasienter har omdisponering av senger og personell fått konsekvenser for den elektive virksomheten i spesialisthelsetjenesten, spesielt i den innledende fasen av pandemien<sup>2</sup>. I en langvarig pandemi er det fare for at andre alvorlige diagnoser som krever rask behandling, kan bli forsinket og behandling nedprioritert i en slik grad at det blir til fare for liv og helse.

---

***"Balansen mellom hensyn til ordinær, nødvendig drift og forebyggende og terapeutisk behandling av covid-19 har vært og er svært utfordrende"***

Norsk forening for infeksjonsmedisin

---

Det har vært nødvendig med en rekke forskjellige prioriteringer gjennom pandemien, for eksempel hvem skal tilbys sykehusbehandling og eventuell intensivbehandling. Dette er prioritering sykehusene står i også til vanlig, men pandemien har gjort det nødvendig å innskjerpe prioriteringen ytterligere. Det er sannsynlig at sykehjemspasienter som vanligvis ville ha fått tilbud om innleggelse for influensa med komplikasjoner, ikke har fått dette tilbudet for covid-19<sup>3</sup>. Dette har sannsynligvis bidratt til å redusere presset på sykehusene, men en grundig debatt om dette er ikke gjennomført. Terskelen for innleggelse med covid-19 på intensivavdeling kan også ha blitt hevet i forhold til det som har vært vanlig ellers. Det er ønskelig å særskilt evaluere prosessen rundt kriterier for innleggelse både på sykehus, særlig fra sykehjem, og på intensivavdeling i etterkant av pandemien, gitt den lave intensivkapasitet Norge hadde da pandemien traff.

De regionale helseforetakene formidlet retningslinjer om prioritering av pasienter i avtalepraksis. Det var bare de pasientene som det var strengt nødvendig at skulle få behandling, som skulle få tilbud

---

<sup>2</sup> COVID-19-EPIDEMIEN : Kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 14  
Folkehelseinstituttet, 05.04.2020- side 38.

<sup>3</sup> Kristoffersen A: Flere sykehjemspasienter med covid-19 bør behandles på sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2020 doi: 10.4045/tidsskr.20.0769

om time. Mange pasienter avbestilte også timer selv. Dette førte til redusert aktivitet i avtalepraksis.

Når det gjelder behandling av covid-19 pasienter i sykehus, så er hovedinntrykket at den har holdt god, faglig standard, med kontinuerlig tilpasning til ervervet kunnskap etter hvert som dette ble tilgjengelig. Flere har tatt initiativ til, og deltatt i prospektive, systematiske studier for å avklare nytten av ulike behandlingsformer.

Det oppsto en situasjon med uønsket variasjon i rehabiliteringstilbudet da pandemien inntraff i mars 2020, nasjonalt, men også innad i regionale helseforetak. Enkelte rehabiliteringsavdelinger ble nedstengt fullstendig i mars og april og personalet ble omplassert til andre avdelinger. Andre rehabiliteringssengeposter gikk med redusert drift, mens noen ble driftet som normalt. Den polikliniske aktiviteten ble betydelig redusert. Noen steder stoppet den helt opp, og resterende aktivitet ble gjennomført via telefon- og videokonsultasjoner frem mot sommeren 2020. En del av rehabiliteringsaktiviteten ble gjenopptatt nærmere sommeren 2020, men det har vært stor variasjon nasjonalt med tanke på når og i hvilken grad tilbudet har blitt gjenopptatt. Per desember 2020 er man fortsatt ikke tilbake til «normal» drift ved alle avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering. Gruppetilbud er redusert, poliklinisk aktivitet skjer ved en kombinasjon av videokonsultasjoner, telefonkonsultasjoner og fysiske konsultasjoner.

De private rehabiliteringsinstitusjonene nasjonalt utgjør en stor andel av rehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten, i tillegg til at de er læringsarenaer for leger i spesialisering innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Disse var stengt i over lengre tid som følge av pandemien, med store konsekvenser for pasienter og ansatte, samt betydelige økonomiske tap. Også ved disse arenaer er tilbudet per desember 2020 fortsatt redusert.

### Erfaringer og utfordringer i primærhelsetjenesten

Erfaringene fra pandemien har hittil vist at de aller fleste smittede og syke behandles og følges opp i primærhelsetjenesten. Det er her det meste av testingen og smittesporingen har foregått. TISK-strategien krever en betydelig innsats fra primærhelsetjenesten, og enhver endring i smittesituasjonen vil først medføre økt belastning i primærhelsetjenesten. Manglende merkantil støtte og stabsfunksjoner for kommuneoverlegene har medført at disse også i pandemien har blitt sittende med rutineoppgaver innen personal og økonomi som andre gjør bedre og raskere. Mange kommuner har ikke klart å prioritere en begrenset samfunnsmedisinsk kapasitet selv i en krise.

#### *Situasjonen i fastlegekontorene*

Fra dag én var det nødvendig å unngå å få pasienter med smitte inn på fastlegekontorene. Alle pasienter måtte derfor avklares på forhånd. Pasienter med mulig smitte måtte sendes til egne leger som hadde fullt smittevernustyr og kunne håndtere mulig smitte. Det var innledningsvis mangel på nasjonale faglige anbefalinger og råd for håndtering av smittede pasienter. Dette var arbeid som burde vært igangsatt umiddelbart og med høy prioritet fra myndighetene. Inntrykket var at primærhelsetjenesten ikke fikk tilstrekkelig fokus innledningsvis, hvor risiko for at sykehusene skulle bli overbelastet var hovedbekymringen. Legeforeningens Senter for kvalitet i legekontor, SKIL, laget raskt et elektronisk beslutningsstøtteverktøy som har vært til god støtte for riktig pasienthåndtering.

Etter nedstengningen 12. mars tok det få dager før de fleste fastleger hadde etablert e-konsultasjonsløsninger og videokonsultasjoner. En del pasienter hadde utfordringer med e-konsultasjonsløsningene, derfor ble telefonkonsultasjoner snarlig sidestilt for å sikre at alle hadde mulighet til å gjennomføre konsultasjoner.

### *Organisering av luftveis-/smitteklivikker*

Allmennlegeföreningene utarbeidet en veileder for organisering av legekantorene for å redusere smittefare og opprettholde mest mulig normal drift.

Det ble tidlig klart for allmennlegeföreningene at pandemien og smitterisikoen gjorde det nødvendig med en annen organisering av pasientflyten. Fastlegekantorene måtte kunne opprettholde sitt ordinære tilbud med diagnostikk, behandling og oppfølging samtidig som en måtte unngå smitte og sikre at pasienter med mulig smitte fikk god behandling i trygge omgivelser. Det ble derfor informert gjennom nyhetsbrev om at det burde opprettes luftveisklinikker slik at alle pasienter med symptomer eller andre forhold som ga mistanke om smitte ikke ble undersøkt på fastlegekantoret, men i egnede lokaler som var tilpasset og hadde forsterkede smitteverntiltak.

Dette burde ha kommet som en straksanbefaling fra myndighetene. Det illustrerer at primærhelsetjenesten og fastlegene ikke fikk samme grad av oppmerksomhet som sykehusene, hvor det tidlig ble igangsatt tiltak og hvor sykehusene ble bedt om å ta ned på aktiviteten for å være rustet til å ta imot covid-19 pasienter. Takket være gode tiltak, først iverksatt av primærlegene selv, unngikk vi sannsynligvis det store trykket på sykehusene. Det er derfor behov for at man ved fremtidige hendelser raskt identifiserer utfordringene i primærhelsetjenesten og først prioriterer tiltak for å sikre smittevern og ivaretagelse av pasientene der.

Det ble i mange kommuner etablert koronaklinikker (smitteklivikker/feberklivikker) hvor pasienter med mistanke om smitte ble vurdert og behandlet. Dette ble et nytt ledd i primærhelsetjenesten og det var uklart hvem som hadde ansvaret for behandlingen – fastlege eller kommunen. Det ble derfor av Allmennlegenes innsatsgruppe covid-19 (se kap 4 Informasjon og samhandling) utarbeidet en veileder for opprettelse av slike klivikker og forslag til avtaler om honorering for arbeidet. Oslo kommune og KS anbefalte etter noen runder slike avtaler, men den enkelte kommune stod fritt til å adoptere dem.

### *Prioritering*

Det ble etter nedstengningen viktig å hindre at pasienter med medisinske behov ikke uteble fra konsultasjoner og avtalte kontroller. Det ble nedsatt en egen prioriteringsgruppe som arbeidet sammen med myndighetene for å lage anbefalinger. I tillegg laget også allmennlegeföreningene egne anbefalinger. Det er viktig at en i en krisesituasjon ikke «glemmer» den ordinære driften og alle pasientene som har behov for tilgjengelige tjenester. Her må myndigheten i fremtidige liknende situasjoner være raskt ute med tydelig informasjon til pasientgruppene om hvordan de skal forholde seg. Nedstengningen og frykten for smitte gjorde at mange pasienter utsatte viktige kontroller og hevet terskelen for å kontakte lege. Antall pasientkontakter hos fastlegene falt kraftig de første ukene etter nedstengningen i mars 2020. Det ble gjennom samarbeid med Helsedirektoratet gitt informasjon nasjonalt om at pasientene fortsatt måtte ta kontakt med fastlege og at fastlegekantorene var organisert slik at det var lite risiko for smitte.

### *Behandling*

De fleste pasientene med covid-19 har mild til moderat sykdom og trenger ikke innleggelse i sykehus. Primærhelsetjenesten har tatt ansvar for oppfølging og behandling av det store flertallet av covid-19-pasienter. Når det gjelder oppfølging av pasienter i hjemmekarantene og isolasjon har det vært variasjon mellom de ulike kommunene. Noen kommuner har hatt tett daglig telefonisk oppfølging fra helsepersonell. De fleste av covid-19 pasientene har imidlertid hatt mild sykdom og med lite behov for oppfølging fra fastlege utover sykemelding. Noen kommuner har ønsket oversikt over hvor mange som er i karantene og hvor mange som friskmeldes, andre ikke. Det er laget en rekke lokale kriterier for når det er hensiktsmessig med legetilsyn av denne pasientgruppen. Her hadde det vært nyttig med faglig koordinerte råd fra FHI, herunder anbefaling om teknologi for monitorering, som pulsoksymetere.

### Rehabilitering

De aller fleste covid-19 pasienter kommer gjennom forløpet uten behov for rehabilitering. En andel vil ha behov for noe rehabilitering i kommunen, som oppfølging av fysioterapeut og ergoterapeut. Et mindre antall pasienter som har hatt komplisert intensivbehandling, vil ha behov for langvarig rehabilitering, delvis under innleggelse. I løpet av pandemien har pasienter blitt utskrevet fra sykehus uten å være kartlagt med tanke på videre rehabiliteringsbehov. Kommunalt har rehabiliteringstilbudet vært betydelig redusert som følge av restriksjoner.

### Konsekvenser av nedstengning av samfunnet for utsatte grupper

Barn og unge har så langt under pandemien hatt mindre sykdomsbyrde enn den voksne og eldre befolkningen. Snarere er de hardere rammet av tiltakene enn av sykdommen i seg selv. Barn og unge som allerede lever i marginale omsorgssituasjoner eller er vanskeligstilt på annen måte, rammes særlig hardt av tiltak knyttet til pandemien.

Mange personer med alvorlige psykiske lidelser sliter med sosial isolasjon og flere lever alene. For mange av disse vil opphold i daginstitusjoner, i vernet arbeid eller deltagelse i andre arrangerte sosiale arenaer være den viktigste kilde til kontakt med andre. Når disse ikke lenger har tilgang på slike tilbud pga. covid-19 restriksjoner, samt mindre behandlingskontakter, øket risikoen for økte symptomer på depresjon, angst og psykose og nye sykdomsepisoder. Det er en økt risiko for redusert fysisk aktivitet, dårlig kosthold, mer bruk av stimulantia og rusmidler, som igjen bidrar til økt sykdomsrisiko. Det er også en rekke undersøkelser som har vist at karantene generelt øker risikoen for usikkerhet, mestringstap og flere stress-symptomer, inklusive PTSD hvilket vil forverre den underliggende kroniske psykiske lidelsen<sup>4</sup>.

Flere enheter innen psykisk helsevern har opplevd en markant økning i henvendelser i etterkant av første smittebølge våren 2020. Det er et bestemt inntrykk at arbeidsbelastningen for legene og annet behandlingspersonell har vært stor høsten 2020, med mange svært psykisk syke pasienter. Det er enkeltrapper om hvordan videokonsultasjoner ikke har gitt tilfredsstillende emosjonell kontakt mellom pasient og helsepersonell.

Pårørende opplevde mer ansvar som belastende under krisen. Ansatte var engstelige for å bringe smitte inn på avdelingen og var redde for at noen i familien skulle bli syke. Mange ansatte ble påvirket psykisk (dårlig søvn, angst, nedsatt konsentrasjon).

Sårbare personer og grupper har også vært hardest rammet av bredt virkende restriksjoner og tiltak, ved at de hadde de mest usikre arbeidsplassene, de svakeste nettverkene og minst mulighet for å opprettholde gode og helsefremmende livsvilkår. Det kollektive "stresset" som pandemien og samfunnets tiltaksbyrde har utløst, har derfor rammet sosialt skjevt. Det er grunn til å anta at helseforskjeller grunnet sosiale ulikheter har økt under covid-19 pandemien. Pandemien rammer også ulikt i form av smitteutbredelse og risiko for alvorlig forløp<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Brooks mfl: The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet, 2020. DOI: 10.1016/ S0140-6736(20)30460-8

<sup>5</sup> Folkehelseinstituttet notat Sosialt og økonomisk sårbare eller utsatte grupper under covid-19 pandemien. Publisert 17.06.2020

## Legeforeningen mener:

- Beredskapsplanene bør også inneholde tiltak og retningslinjer som sikrer en minimal reduksjon av elektiv virksomhet.
- Profesjonsforeningen er sentrale faglige bidragsytere som er viktige partnere for myndighetene.

## 3. Digitalisering

E-konsultasjon er et samlebegrep for de digitale konsultasjonsformene tekstkonsultasjon og videokonsultasjon der begge former er journalverdige og inneholder en medisinsk vurdering. Med tekstkonsultasjon menes skriftlig, asynkron konsultasjon mellom lege og pasient. Videokonsultasjoner er synkrone konsultasjoner som foregår via videotelefoni.

### *Er e-konsultasjoner trygge og effektive?*

Generelt kan man si at pasienter og leger er fornøyde med å kunne tilpasse enkelte problemstillinger og oppfølginger med digitale konsultasjoner. Erfaringer tyder på at mellom 15-30% av alle konsultasjoner kan gjennomføres digitalt. Det er imidlertid manglende kunnskap om effekter på pasientutkomme, og dette gjør at legen alltid må gjøre en vurdering av om e-konsultasjon i det enkelte tilfelle ivaretar både pasientsikkerhet og effektiv drift. En studie publisert i *British Journal of General Practice* i februar 2021 viser at både korte konsultasjoner og telefonkonsultasjoner øker risiko for akutt innleggelse de neste tre døgn for tilstander som blodforgiftning, alvorlig urinveisinfeksjoner og raskt funksjonstap hos kronisk syke<sup>6</sup>. Det er grunn til å anta at lignende forhold gjelder i e-konsultasjoner.

### *Avtalespesialister*

Avtalespesialister har også tatt i bruk e-konsultasjoner. Teknisk sett var det samme løsninger som ble tilbudt avtalespesialistene som fastlegene brukte. Videokonsultasjoner er et nyttig verktøy, men passer naturligvis ikke i alle behandlingssituasjoner, spesielt for de prosedyreorienterte fagene. Spesielt innen psykiatri er ivaretagelsen av pasientens konfidensialitet krevende, da pårørende kan være tett på når pasient og pårørende samtidig er hjemme, slik som har vært vanlig under pandemien.

---

***"Selv om mye positivt har skjedd, preger fremdeles dårlige IT-systemer og tungvinte, manuelle rutiner overvåkingen av pandemien i for stor grad. Det nasjonale meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) har ikke vært prioritert i det nasjonale arbeidet med digitalisering av helsesektoren de siste årene. Det har ført til at nasjonale helsemyndigheter og regjeringen mangler essensielle data når de skal ta viktige beslutninger om tiltak under pandemien"***

Norsk samfunnsmedisinsk forening

---

<sup>6</sup> Cecil et al; Factors associated with potentially missed acute deterioration in primary care. *British Journal of General Practice* 1 February 2021; BJGP.2020.0986. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0986>



### *Spesialisthelsetjenesten*

Som tilpasning til covid-19-situasjonen har man innført telefon- og videokonsultasjoner for å erstatte noen former for poliklinisk virksomhet. Gjennomgang av ventelister for å identifisere pasienter som kan vente, pasienter egnet for e-konsultasjon (ev. for å avklare hastegrad) og pasientgrupper som trenger konsultasjon med fysisk oppmøte har vært gode smitteverntiltak, men også gode eksempler på at digitalisering kan rasjonalisere deler av driften. Enkle kontroller av pasienter som er godt kjent fra tidligere, er velegnet for digital konsultasjon.

Også på barne- og ungdomsavdelinger er det mye bruk av videokonsultasjoner. For mange barn og foreldre har det vært godt mottatt å slippe reiser og venting. Det gir imidlertid åpenbare utfordringer med kommunikasjon. Barnets rolle ved en digital konsultasjon blir ofte mindre deltakende enn ved en fysisk konsultasjon. Ved digitale konsultasjoner er det også vanskeligere å få samtaler med barn/unge uten at foreldrene er til stede.

Avdelinger for fysisk medisin og rehabilitering var tidlig over på digital plattform både for utredning og behandling ved poliklinisk virksomhet. Oppfølging og samhandling med pårørende og primærhelsetjenesten ble i stor grad digitalisert. Enkelte avdelinger opprettet også digitale treningstilbud til pasienter med funksjonstap. Dette kunne til dels gjøre opp for noe av tapet av behandlingstilbud, men var ikke i nærheten av å dekke opp for hele omfanget.

### *Digitale verktøy i smitteoppsporing og behandling*

Mange kommuner har etablert sentre for overvåking av kroniske pasienter hjemme via digitale PEF-målere, SaO<sub>2</sub>-måler, o.l. via nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi. Det er ikke klart hvorvidt dette skalerer for å håndtere en massesmittesituasjon hvor mange covid-19 syke må kunne overvåkes i hjemmet ved hjelp av slik teknologi. Legeforeningen er heller ikke kjent med at det foreligger nasjonale planer for anskaffelse av slik teknologi til bruk i kommunene.

En del fastleger har for beredskapsformål anskaffet SaO<sub>2</sub>-målere for å kunne sende med pasienter hjem, med formål å overvåke en eventuell forverring av tilstand og derved unngå sykehusinnleggelse.

Kjernejournal (KJ) var raskt ute og koblet opp MSIS prøvesvar-databasen i april/mai 2020, slik at covid-19 prøvesvar kunne vises i KJ. Det ble samtidig etablert integrasjon mot helsenorge.no, slik at pasientene kan se prøvesvaret der. I lang tid manglet SMS-varsling til pasient når svaret var klart, men det er nå på plass.

I starten av pandemien manglet digitale smittesporingsverktøy i helsetjenesten. De fleste kommuner begynte med enkle oversikter på excel-ark. Utover våren kom et av de første digitale smittesporingsverktøyene, PasInfo, på plass i Oslo kommune. KS og deres samarbeidsaktører introduserte verktøyet Fiks basert på DHIS2 før sommeren, samtidig som en privat aktør med en kommuneoverlege i spissen (Ingebjørn Bleidvin) lanserte det digitale verktøyet ReMin. Det finnes flere eksempler på verktøy som er kommet til i forløpet av pandemien.

---

***"Pandemien har fremskyndet en tiltrengt digitalisering innen smitteoppsporingsarbeid"***

Norsk samfunnsmedisinsk forening

---

Testing for koronavirusinfeksjon ble de fleste steder sentralisert til kommunale teststasjoner, etter først å ha vært ivaretatt ved blant annet legevaktene. Teststasjoner hadde ikke mulighet for elektronisk rekvirering av prøver, noe som medførte unødvendig ekstrabelastning på personellet.

Hurtigttestene som kom høsten 2020 krever innrapportering av både positive og negative svar til FHI fra klinisk virksomhet. I stedet for å finansiere en løsning basert på eksisterende standarder for elektronisk kommunikasjon utviklet FHI en nettside for registrering. Dette medførte at helsepersonell måtte dobbeltføre i egen elektronisk postjournal (EPJ) i tillegg til ekstra pålogging til MSIS. Legeforeningen har medvirket til at det nå er blitt etablert tekniske løsninger for direkte integrasjon mot EPJ. EPJ-leverandørenes kostnader er ikke finansiert av FHI.

Det var i begynnelsen ikke etablert noe system for hvem som skulle følge opp resultatene av prøvene som ble tatt. Dette ble i stor grad løst da pasientene fikk tilgang til egne prøvesvar på helsenorge.no og helsepersonell fikk tilgang i pasientens kjernejournal. Det har imidlertid manglet et effektivt system for svarformidling til personer som mangler norsk fødselsnummer, f.eks. ankomende utenlandske passasjerer på flyplasser eller fergeterminaler.

I en slik pandemi har kommuneoverlegene behov for å få informasjon om prøvesvar. Mange kommuneoverleger har ikke mulighet for å motta elektroniske laboratoriesvar. Helsedirektoratet arbeider nå sammen med involverte parter som KS og Legeforeningen med å utvikle et autorativt kommuneoverlegeregister som også vil gi mulighet for digital kommunikasjon av sensitiv pasientinformasjon over helsenettet. Kommuneoverlegenes arbeid med TISK-oppgaver, med utstrakt individuell smittevernveiledning mm. er å anse som helsehjelp, og utløser derved en lovpålagt plikt<sup>7</sup> for kommunen til å stille til veie et elektronisk journalsystem der sensitiv helseinformasjon kan kommuniseres over Norsk Helsenett på obligatoriske tekniske standarder<sup>8</sup>.

Smitteoppsporingsarbeidet i sykehusene tar mye ressurser, både ved smitte hos ansatte og pasienter. Det vil være en fordel om sykehusene får tilgang til elektroniske smitteoppsporingsverktøy som også brukes i kommunene, som DHIS2 eller ReMin. Dette vil gjøre det mulig å dele smitteoppsporingsdata med kommuner og andre sykehus ved behov. Det kan også komme krav om deling av smitteoppsporingsdata med FHI/Helsedirektoratet, slik at man gjennom aggregerte, anonymiserte data kan forstå smittespredningsmønstre bedre, og utforme mer tilpassede smitteverntiltak.

De kommunale teststasjonene har benyttet ulike EPJ-løsninger. Det er gjort mye utviklingsarbeid lokalt, i samarbeid med leverandører og sykehus. Digital bestilling av test, integrasjon med EPJ med timebok og mulighet for utskrift av etiketter og elektronisk kommunikasjon med laboratorier har for enkeltkommuner i betydelig grad lettet logistikken og gitt bedre pasientsikkerhet. Det har fra nasjonalt nivå vært for lite oppmerksomhet på tidlig utvikling av slike verktøy som letter det praktiske arbeidet.

## SYSVAK

FHIs register over vaksiner, SYSVAK, er gammelt og modent for modernisering. Legeforeningen har via EPJ-løftet og andre kanaler presset på for å få til sanntids oppslag i SYSVAK fra EPJ for å se hvilke vaksiner som er blitt registrert på pasient. Forespørsel om oppslag gir i dag svar fra SYSVAK i løpet av 10-25 minutter. Allerede i 2009 etter svineinfluensaen ble behov for bedre SYSVAK tatt opp. I 2016 satte EPJ-løftet penger av til en mer moderne integrasjon, men prosjektet ble satt på vent da FHI ikke ville prioritere slik utvikling på sin side. Det ble gjort et nytt forsøk i 2018, da også uten resultat. I

---

<sup>7</sup> Lov av 20. juni 2014 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)

<sup>8</sup> Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten

januar 2021, snart et år etter pandemiens start, er SYSVAK blitt gjort tilgjengelig i for oppslag i kjernejournal.

### Legeforeningen mener:

- **Klinikknær utvikling av etterspurt funksjonalitet og et levende og variert leverandørmarked har vært suksessfaktorer i den raske digitaliseringen av tjenestetilbudet til befolkningen vi har sett under pandemien.**
- **De største utfordringene har vært i kommunene og forvaltningen, pga. registre basert på gammel teknologi, og manglende digitalisering av det kommunale smittevern/TISK-arbeidet. Manglende digitalisering i etterkant av svineinfluensaepidemien i 2009 har derved skapt utfordringer i hele helsetjenesten.**
- **Myndighetenes satsing på mangeårige utredninger av altomfattende e-helseløsninger istedenfor en smidig, iterativ og behovsstyrt IKT-utvikling er en feilslått strategi, som basert på pandemierfaringene må endres radikalt.**

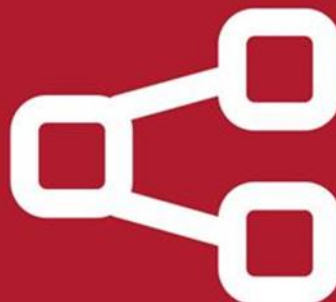
## 4. Informasjon og samhandling

Kunnskapsbaserte beslutninger er noe som bør tilstrebes under enhver situasjon, men er særlig viktig ved håndtering av kriser. Beslutningstakere sitter som regel langt fra tjenesten, og velfungerende samarbeidsarenaer og informasjonskanaler der kunnskap og informasjon flyter til og fra helsetjenesten er avgjørende for hvordan man lykkes i håndteringen av helsekriser. Noe av dette foregår i "linjen", men denne pandemien har avdekket at dette ikke alltid gir beslutningstaker riktig bilde av situasjonen ute i tjenesten.

Dette var også lærdommen etter pandemien i 2009, der man særlig så at det var store mangler ved kommunikasjonen med kommunehelsetjenesten. Allerede før svineinfluensaepidemien i 2009 tok Legeforeningen opp behovet for digitale en-til-mange kommunikasjonslinjer. Dette ble verken da eller i etterkant fulgt opp, og har igjen medført stor frustrasjon og utfordringer i tjenesten.

Gode informasjonskanaler må være en del av kriseberedskapen, og etter denne pandemien må det etableres strukturer som kan hentes frem ved neste krise. Legeforeningen mener det er kritisk at beslutningstakerne får innspill fra de som er nærmest krisen, blant annet de som jobber i de ulike delene av helsetjenesten.

## Informasjon og samhandling



### Behov for sentrale samarbeidsarenaer

I slutten av februar og begynnelsen av mars 2020 utviklet smittesituasjonen i utlandet seg raskt. Flere tillitsvalgte i Legeforeningen var svært bekymret for at dette ville spre seg til Norge, og stilte seg etter hvert undrende til manglende tiltak, informasjon og involvering fra helsemyndighetenes side.

På initiativ fra Legeforeningen ble det den 11. mars avholdt møte med Helsedirektoratet om situasjonen. Det ble da informert om situasjonen, og de strenge tiltakene som ville komme den 12. mars. Legeforeningen ga uttrykk for at de kunne være et effektivt bindeledd mellom myndighetene og de som jobber i tjenesten, og at en aktiv involvering og forankring kan gjøre organisasjonene til medspillere i krisehåndteringen.

Etter en treg start, trolig grunnet mangel på etablerte strukturer for involvering i krisetid, ble det etter hvert etablert flere samarbeids- og informasjonsarenaer. Etter påtrykk fra Legeforeningen ble det først etablert en møteserie med daglige møter mellom Helsedirektoratet og organisasjoner som representerte ulike deler av samfunnet, herunder helsetjenesten. Gjennom denne kanalen ble det også avdekket behov for økt involvering fra profesjonsforeningene knyttet til faglige vurderinger, og det ble opprettet bilaterale kontaktpunkter for slikt samarbeid. Det vises blant annet til involveringen av Legeforeningens fagakse i arbeidet med prioriteringsveiledere.

Selv om det relativt tidlig ble etablert kontakt med Helsedirektoratet, opplevde Legeforeningen at FHI i mindre grad var mottakelig for innspill og samarbeid. Særlig i starten var FHIs råd og veiledning om smittevern preget av at man satt langt fra tjenesten, og det var krevende å få avklaringer på helt konkrete og praktiske problemstillinger som var viktig for arbeidsmiljøet og arbeidssituasjonen for våre medlemmer. Underveis har dette bedret seg, og både formelle og uformelle møteplasser har blitt etablert, også med FHI.

### Behov for felles informasjonssystem i tjenesten

Som ved svineinfluensaepidemien har det også denne gangen vært særlige utfordringer knyttet til informasjon til og fra kommunehelsetjenesten. I sykehus forholder man seg til færre og større enheter med en viss grad av etablerte strukturer for informasjon. Unntaket er involveringen av avtalespesialistene, og en del sykehusleger har nok også etterlyst bedre informasjon om krisehåndtering og beredskap fra ledelsen. I kommunehelsetjenesten er det imidlertid i stor grad

fravær av slike strukturer, både mellom sentrale myndigheter og den lokale helsetjenesten, og til en viss grad også internt i den lokale helsetjenesten.

Både fastleger og avtalespesialister har i pandemien opplevd ulik grad av involvering fra kommunene eller RHF/HF. Særlig ser vi at avtalespesialistordningen kunne vært utnyttet bedre for å holde oppe aktiviteten på områder der sykehusene måtte stenge ned. Fastlegene forteller at de i svært varierende grad har vært involvert og sett på som en ressurs under pandemien. I noen kommuner rapporterer fastlegene at de i hovedsak blir sett på som leverandør av helsetjenester, og ikke som en integrert og viktig del av den offentlige helsetjenesten.

---

***"Flere avtalespesialister tok kontakt med det lokale helseforetaket for å informere om ledig kapasitet og mulighet for samhandling. Mange opplevde imidlertid at tilbudet ble avslått, selv om noen også fikk til et samarbeid"***

Praktiserende spesialisters landsforening

---

Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin så tidlig at informasjonsflyten til fastlegene ikke var god fra myndighetene. Foreningene etablerte raskt "Allmennlegenes innsatsgruppe covid-19" som hadde daglige møter og innhentet erfaringer fra tjenestene, og sørget for informasjon til fastlegene formidlet ut i elektroniske medlemsbrev til samtlige medlemmer av foreningene, samt de som aktivt meldte seg på listen. Dette gjorde at fastlegene fikk løpende og oppdaterte råd om tiltak som var skreddersydd deres behov. "Allmennlegenes innsatsgruppe covid-19" fylte derved et helt nødvendig informasjonsbehov for fastlegeordningen i en situasjon hvor kommunene som sørge- for ansvarlige i all hovedsak ikke tok noen initiativer.

#### *Særlig om kommuneoverlegene*

Kommuneoverlegene har hatt en særlig viktig rolle under pandemihåndteringen, og det er særlig kritisk for denne gruppen at erfaringene fra svineinfluensaepidemien ikke er fulgt opp. For mange kommuneoverleger har det vært utfordrende at de har blitt kjent med nasjonale og lokale beredskapstiltak samtidig som alle andre, og dermed ikke har fått tid til å forberede seg på oppfølgende spørsmål fra kommuneadministrasjonen, presse og befolkning. Kommuneoverlegene uttaler at det har vanskeliggjort smittevernarbeidet at sentrale myndigheter har kommunisert gjennom pressekonferanser.

Pandemien har også avdekket at involvering av, og informasjon til, kommuneoverlegene internt i kommunen har variert i stor grad. Dette skyldes blant annet at organisering av og ressurser til samfunnsmedisin i kommunene varierer, og i mange tilfeller har dette vanskeliggjort de lovpålagte oppgaver kommuneoverlegene skal ivareta.

Legeforeningen tok tidlig opp behovet for digitale en-til-mange kommunikasjonslinjer. Dette ble tatt opp med statlig helseforvaltning allerede før svineinfluensaepidemien i 2009. Digitale en-til-mange kommunikasjonslinjer ville umiddelbart kunne formidle kunnskap til lokal helseledelse og utøvende personell. Dette er ikke blitt fulgt opp fra helsemyndighetenes side, og tross enighet om at dette må på plass, har man ennå ikke ett år ut i pandemien, fått i stand en god løsning. I skrivende stund har planene om et kommunelegeregister blitt stanset av KS, og en løsning virker å være i det blå.

Erfaringene fra koronapandemien har på ny vist at det er utfordrende å håndtere store informasjonsmengder fra ulike nasjonale helsemyndigheter. Det er behov for langvarige kriseplaner i

møtet med en beredskapshendelse som tærer på ressursene i helsetjenestene over lang tid. I tillegg til koronapandemien har det vært utfordrende å drifte og bemanne alle tjenestene som ikke er relatert til pandemien.

### Etablering av møte og samhandlingsarenaer

I alle regioner er det nå etablert møte- og samhandlingsarenaer for aktuelle fagpersoner i sykehus og i kommunene. Disse arenaene har ulike betegnelser fra region til region, som “pandemiråd” eller “beredskapsråd”. Men felles for dem alle er at de har revitalisert og styrket samhandlingen og informasjonsutvekslingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom regelmessige digitale møter og webinarer.

Flere avtalespesialister tok kontakt med det lokale helseforetaket for å informere om ledig kapasitet og mulighet for samhandling. Mange opplevde imidlertid at tilbudet ble avslått, selv om noen også fikk til et samarbeid.

For å tilfredsstille legenes informasjonsbehov, ble det inngått et samarbeid mellom Legeforeningen, Senter for Kvalitet i Legekantor (SKIL) og Trinnvis rundt faglige informasjonssider om covid-19. SKIL etablerte siden Covidinfo.no til dette formål. Legeforeningen formidlet informasjon som fagforening, Trinnvis om praksisdrift under covid-19 pandemien og SKIL om hyppigst stilte medisinsk-faglige spørsmål.

Kilden til data var nyhetsbrev fra innsatsgruppen Covid-19 (allmennlegeforeningene), retningslinjer fra Helsedirektoratet og informasjon fra FHI. I starten var oppdateringshyppigheten flere ganger daglig, før frekvensen avtok. Siden har vært hyppig besøkt og etter hvert også blitt utstyrt med en søkefunksjon som gjør det enklere å finne akkurat den informasjonen man er på jakt etter.

### Legeforeningen mener:

- **Det må etableres et felles nasjonalt system for informasjonsdeling til bruk under alvorlige beredskapshendelser i helsetjenesten som for eksempel pandemier.**
- **Gode informasjonskanaler må være en del av kriseberedskapen, og etter denne pandemien må det etableres strukturer som utløses ved neste krise.**
- **Kriseledelse må først og fremst håndteres av de ordinære ledernivåene og tjenestestrukturene. Pandemien har vist at medisinsk kompetanse må være en permanent del av kommunenes topledelse, for både drifts-, beredskaps- og krisehåndtering.**

## 5. utfordringer for legegruppen i pandemien

### Arbeidsvilkår

Legeforeningen erfarer at mangelen på smittevernutstyr og planverk gjorde at de første ukene av pandemien var preget av usikkerhet i arbeidssituasjonen for leger; både når det gjaldt oppgaver og opplevelsen av å ha et forsvarlig arbeidsmiljø.

På sykehusene opplevde mange leger usikkerhet om de ville bli satt til å utføre andre oppgaver enn normalt, og at arbeidsgiver ønsket å endre arbeidstiden deres med kort varsel. De opplevde også stor usikkerhet knyttet til hvor mye smittevernutstyr sykehuset hadde og i hvilken grad de ville måtte møte pasienter uten tilstrekkelig beskyttelse. Det fremsto for mange uklart om rådene for bruk av smittevernutstyr kun var faglig begrunnet eller om de ble påvirket av at man hadde en mangelsituasjon. Dette var særlig problematisk i starten når store organisasjoner som CDC og ECD anbefalte smittevern på luftsmitte/PP3 nivå, mens norske anbefalinger var kontakt/dråpe.

Mange fastleger var tidlig i pandemien bekymret for at smitte skulle spres blant pasienter og ansatte på fastlegekontorene. Rapporter fra blant annet Italia tydet på at svært mange helsearbeidere i primærhelsetjenesten ble smittet. Mangelen på nødvendig smittevernutstyr var flere steder prekær. Det var en reell bekymring for å selv bli smittet og å smitte sine pasienter.

---

***"Pandemien har i stor grad medført stor grad av usikkerhet for alle, også for legene"***

Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering

---

Det er et tankekors at bedriftshelsetjenester ser ut til å ha blitt benyttet mer enn vanlig utenfor helsetjenesten, men at den internt i helsetjenestene nærmest ikke har blitt benyttet for å sikre forsvarlig arbeidsmiljø. Dette til tross for at det både i kommunene og på sykehusene har vært behov for arbeidsmedisinsk kompetanse.

### Fastleger

Det ble tidlig i pandemien stilt spørsmål om hvordan man skulle unngå å få smitte inn på fastlegekontorene. Løsningen ble å opprette egne feberklinikker. På den måten kunne man mer effektivt behandle pasienter med mistanke om covid-19 og redusere forbruket av smittevernutstyr på fastlegekontorene. Det ga likevel en del utfordringer og usikkerhet fordi det ikke var avklart hvem som hadde ansvaret for disse klinikkene, hvem som skulle jobbe der og til hvilke vilkår. Noen kommuner mente fastlegene selv måtte dekke dette arbeidet innenfor normaltariffen og truet med beordring om legene ikke stilte opp. Man fikk etter hvert på plass en avtale i Oslo som ble brukt som mønsteravtaler i andre kommuner og som KS stilte seg bak. Lenge var det også usikkerhet knyttet til oppfølgingen av testsvar og ansvaret for smittesporing.

### Leger i samfunnsmedisinske stillinger

Kommuneoverlegene har hatt en enorm belastning knyttet til smittesporing og ivaretagelse av lokalt smittevernberedskap. Flere kommuneoverleger rapporterer om måneder med én og todelte vakter med stort ansvar:

- For smittesporing
- Sette skoler, barnehager og helseinstitusjoner i karantene

- Utforming av lokale forskrifter
- Et stort press fra både lokale og nasjonale media

Kommuneoverlegene har vært helt avgjørende samfunnskritisk personell. Legeforeningen er bekymret for rekruttering til disse stillingene, og for om mange vil komme til å si opp sine stillinger fordi man over tid har blitt utslitt av arbeidet. Legeforeningen erfarer at en del kommuner ikke har ansatt det tilstrekkelige antallet kommuneoverleger samtidig som et stort antall overtidstimer i løpet av pandemien ikke blir kompensert.

---

***"Kommuneoverlegene har hatt en enorm belastning knyttet til smittesporing og ivaretagelse av lokalt smittevernberedskap"***

Akershus legeforening

---

De stadige endringene i regelverk og tiltak har særlig vært krevende for kommuneoverlegene. Særlig har det vært kritisk at de som er ansvarlige for å iverksette ulike tiltak, har blitt kjent med innholdet i disse samtidig som befolkningen gjennom regjeringens pressekonferanser. En tidligere varsling om endringer ville kunne lettet det etterfølgende arbeidet.

God pandemiberedskap forutsetter samfunnsmedisinsk kompetanse både nasjonalt, regionalt og lokalt. Pandemien viser at smittevern faglig og samfunnsmedisinsk kompetanse og innsats er en viktig forutsetning for god beredskap og krisehåndtering. Denne kapasiteten må styrkes.

Siden 2015 har FHI vært gjennom flere nedbemanningsprosesser, blant annet på grunn av regjeringens kutt i offentlig sektor. Det har vært et ekstremt arbeidspress på mange av smitteverneksperter ved FHI under pandemien. «Land med tilsvarende befolkningstall, som Danmark og Skottland, har betydelig flere årsverk innen smittevern ved sine nasjonale institutter enn det Norge har», står det en situasjonsbeskrivelse av smittevernberedskapen i Norge i 2018. Pandemien har vist hvor nødvendig nasjonal kompetanse på smittevern er, og det er behov for å styrke kapasiteten.

#### *Leger i spesialisthelsetjenesten*

Pandemien har medført stor grad av usikkerhet i arbeidssituasjonen også for legene i spesialisthelsetjenesten. Tidligere formelle og uformelle møteplasser er blitt avlyst, samtidig som behovet for informasjon kanskje aldri har vært større.

I starten av pandemien var legene i spesialisthelsetjenesten særlig preget av usikkerheten rundt smittevernutstyr. På svært mange avdelinger på sykehus vil det ikke være mulig for helsepersonell å holde avstand til verken kolleger eller pasienter. Derfor er nok og riktig smittevernutstyr helt avgjørende. Usikkerheten rundt om det enkelte helsepersonell ville få utstyr for å beskytte seg selv, skapte uro blant legene. Flere erfarte at de ikke fikk benytte smittevernutstyr når de selv mente det var behov for det.

Det ble brukt mye tid i starten av pandemien på å legge beredskapsplaner og organisere driften basert på ulike scenarier for utviklingen i pandemien. Det ble raskt tydelig at intensivkapasiteten ikke var tilstrekkelig ved et større utbrudd, både når det gjaldt utstyr og personell. Det ukjente omfanget av pasienter som ville ha behov for innleggelse på sykehus, gjorde det vanskelig å planlegge driften. Bemanning var selve hovedutfordringen for å kunne levere på bestillingen i pandemiplanene. Mange små sykehus opplevde at det fra nasjonalt hold var forventninger om å kunne stille til rådighet mange

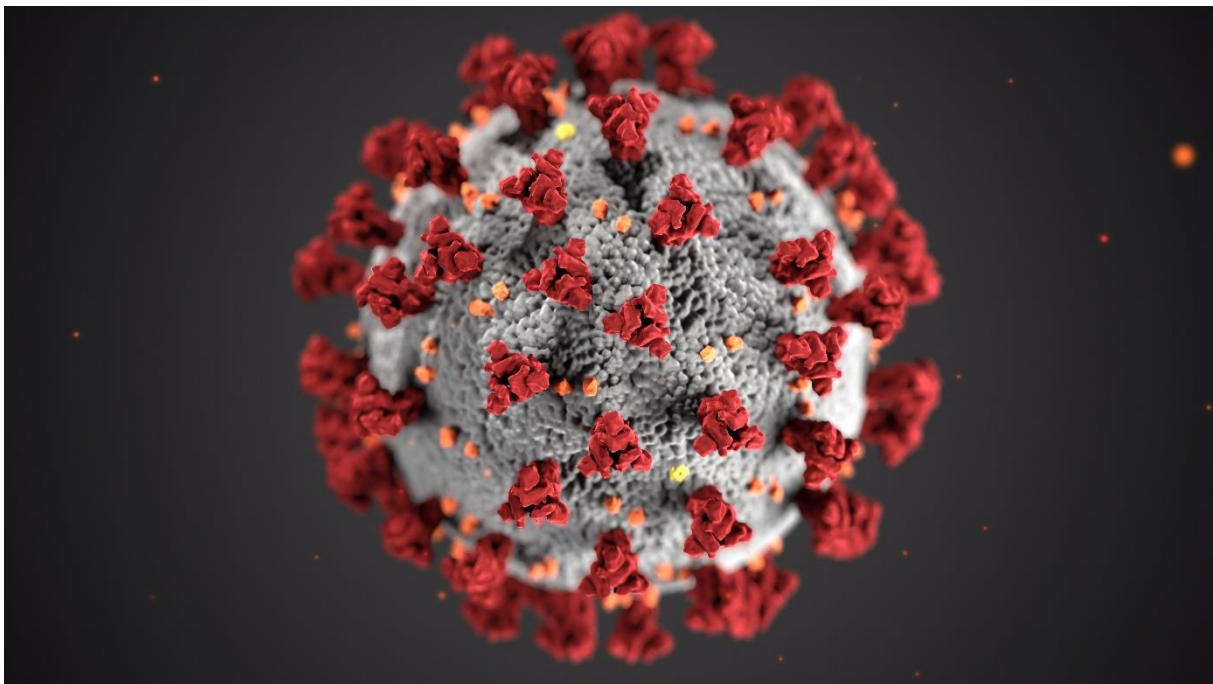


flere intensivplasser enn man har ved ordinær kapasitet. Dette gjorde det svært utfordrende å planlegge bemanning rundt intensivplasser. Det ble lagt omfattende planer for hvordan personell skulle kunne omdisponeres ved behov, men opplæring av ansatte til jobbglidning har vært organisatorisk vanskelig både for å ivareta smittevern og også minimere påvirkning av ordinær drift. Her ble det utarbeidet en rekke lokale e-læringsinitiativ forskjellige steder i landet, men det foreligger stadig ingen nasjonale læringsprogrammer.

Rapporter fra Italienske sykehus i mars 2020 medførte at mange fryktet arbeidsbelastningen ville bli enorm i tiden fremover. Til tross for dette, viste legene svært stor grad av fleksibilitet og vilje til å finne løsninger. Mange leger har blitt omdisponert eller blitt bedt om å være klar for omdisponering til andre avdelinger, med det usikkerhetsmomentet det medfører.

Helseforetakene ønsket å ha stor fleksibilitet til å endre legenes organisering og arbeidstid. Dette medførte at lokale tillitsvalgte ble forespurt å inngå avtaler med kortere varslingsfrist for nye arbeidsplaner, avvik fra tariffavtalens bestemmelser om rullerende arbeidstidsplanlegging og økt innslag av vaktarbeid, uten ekstra kompensasjon for arbeidet.

Flere sykehus omorganiserte driften, blant annet ved å flytte legenes arbeidsted til et annet sykehus, uten drøfting eller dialog med Legeforeningen lokalt i forkant. Dette ble utført ved sykehus i regioner med lavt smittetrykk og uten en eneste innlagt covid-19 pasient.



De tillitsvalgte opplevde i varierende grad reell dialog med arbeidsgiver lokalt om behovet for og rammene rundt omdisponering og organisering av legenes arbeidstid.

Grunnet stor usikkerhet og varierende dialog lokalt valgte Legeforeningen sentralt å inngå forhandlinger med arbeidsgiverforeningen Spekter om en nasjonal, midlertidig tariffavtale om arbeidstidsordninger som skulle ivareta både helseforetakenes behov for fleksibilitet og legenes behov for vern. Da avtalen ble forhandlet var situasjonen i landet svært usikker, og man så for seg at Norge kunne havne i en nærmest ukontrollert smittesituasjon, som i Italia.

Helseforetakene fikk med denne avtalen mulighet til å gjøre raske endringer i legenes arbeidstid, dersom det var begrunnet i koronasituasjonen. Avtalen ga også arbeidsgiver mulighet til å utsette tariffestede rettigheter til spesialistutdanning, som faglig fordypningstid.

Legeforeningen opplevde at avtalen kun i mindre grad ble utnyttet til fordel for annen drift, og de stedene det oppstod uenighet om avtalens bruk ble denne løst når saken ble løftet til sentrale parter.

Gjennom sommeren 2020 ble smittetrykket vesentlig redusert, og Legeforeningen tok flere initiativ ovenfor Spekter til å ramme inn avtalen med tydeligere skranker for bruk, slik at denne kunne fungere som en beredskapsavtale fremover. Blant annet var det ønskelig å utvide varslingsfristen for nye arbeidsplaner og tydeliggjøre når vilkårene i avtalen kunne tre i kraft. Det lyktes ikke partene å bli enige om en innramming, og avtalen løp derfor ut etter avtalt varighet (26 uker).

Fordi den elektive virksomheten ble tatt ned ved flere enheter, oppsto det et etterslep mellom pandemibølgene. Også overfor dette viste legene stor innsats og fleksibilitet for å bidra til det beste for pasientene. Flere utfordringer meldte seg ved gjenopptagelsen av elektiv drift. Blant annet var venterommene for små til å kunne opprettholde anbefalt avstand mellom ventende pasienter. Dette medførte at færre kunne få time samme dag.

Den manglende ekstrapasiteten, særlig i nye sykehusbygg, gjorde det vanskelig å oppskalere poliklinisk virksomhet til ønsket nivå, fordi byggene ikke har lokaler til å gjennomføre ekstra fysiske eller digitale konsultasjoner. Denne problemstillingen er allerede et kjent problem i normaltid, men ble tydeliggjort etter første nedstenging.

I mange foretak var det helt avgjørende for pandemihåndteringen at det raskt ble tilført ekstra ressurser til smittevernehetene, i tillegg til at andre aktører tok en stor del av ekstraoppgavene som oppsto. Det var svært variabelt hvor mye ekstra ressurser smittevernehetene fikk tilført på vårparten, og også hvor mye ressurser som ble opprettholdt eller tilført for å møte vinteren og planlegge vaksinasjonsarbeidet som kom. På den annen side var det også varierende i hvilken grad smittevernpersonell jobbet direkte med smitteoppsporing, testing av ansatte og telefonrådgivning. Det var mange steder uklart i planverket hvordan disse tjenestene skulle organiseres og av hvem.

### *Leger i forskning*

På de fleste sykehus ble all forskning stoppet i mars. Både bruk av laboratoriene og inklusjon av pasienter til kliniske studier stoppet før sommeren. Noen kliniske studier er ennå ikke startet opp. Mange forskerleger mistet derfor tilgang til forskningsarealer både for klinisk datainnsamling i sykehus eller universitetslokaler og for dataanalyse i universitetslaboratorier. Forskingen inkludert datainnsamling ble derfor forsinket i de fleste forskningsprosjekter. Dette har særlig rammet juniorforskere i midlertidige PhD og postdoktorstillinger. Det har vært vanskelig å få til automatisk forlengelse av PhD stipend pga. nedstengning ved mange institusjoner. Internasjonal utveksling og interaksjon har vært vesentlig begrenset siden mars 2020. Begrenset internasjonal utveksling og interaksjon vil kunne påvirke norsk forskning og publikasjonsmeritt i flere år framover.

Ved landets universiteter ble undervisning, eksamen og fagmøter flyttet til digitale plattformer 13.3.20. Alt skulle utføres fra hjemmekontor. Disputaser ble avlyst våren 2020, og flere forskerleger fikk utsatt sin disputas med måneder. Digitale disputaser er nå blitt standard, men mange disputaser er blitt forstyrret av tekniske problemer og manglende IT-support.

## Utfordringer med gjennomføring av spesialistutdanning

Særlig fra den tidlige fase av pandemien beskriver fagmiljøene en situasjon med betydelige utfordringer for gjennomføring og kvalitet i utdanningen. Gjennomføringen av spesialistutdanning ble satt på vent ved flere utdanningsinstitusjoner som følge av nedstenging av avdelinger. Leger i spesialisering har blitt omdisponert til andre avdelinger og fått arbeidsoppgaver utenfor egen spesialisering; med påfølgende tap av tid til å oppfylle læringsmål. Redusert pasienttilgang, økt vaktbelastning og reduksjon i elektiv virksomhet, inkludert prosedyrer, er andre faktorer som har førte til redusert progresjon i spesialiseringen.

Det tok tid å få digital internundervisning på plass. Uttalt bruk av hjemmekontor for Leger i spesialisering (LIS) og færre arenaer for faglige diskusjoner fremmer ikke utdanning. Pandemien har medført færre uformelle møter mellom LIS og spesialister for viktige faglige og etiske refleksjoner.

Kurs har blitt utsatt eller avlyst, digitaliseringen har tatt tid, og kapasiteten har i mange tilfeller ikke vært tilstrekkelig til å dekke behovet. Samtidig har høy arbeidsbelastning, både for kursledere og LIS, gitt utfordringer både for gjennomføring av og deltagelse på kurs og andre utdanningsaktiviteter. Noen kurs lar seg ikke gjennomføre digitalt med tilstrekkelig kvalitet og læringsutbytte. Det arbeides kontinuerlig med å bedre kurssituasjonen, og plattformer med bedret kapasitet er under implementering, men det vil ta tid å hente inn forsinkelsene som har oppstått i 2020.

Forsinkelsen i spesialistutdanningen som følge av covid-19 kan medføre en mangel på spesialister til forventet tidspunkt til ledige stillinger. Dette vil medføre lønnsstap for medlemmene som får senere lønnsutvikling, og det vil gi mangel på personell til ledige stillinger for helseforetakene.

Helsedirektoratet har prioritert behandlingen av søknader om spesialistgodkjenning. Men enkelte fagfelt rapporterer om lavere antall spesialistgodkjenninger i 2020 enn forventet, og uttrykker bekymring for etterveksten dersom vi ser større forsinkelser i utdanningsløpene også i 2021.

Det er også et betydelig etterslep i kompetanseheving av leger. Svært få har kunnet gjennomføre etterutdanning under pandemien. Dette må tas igjen for å sikre at det ikke går utover kvaliteten i helsetjenesten.

For å imøtekomme utfordringene har Helsedirektoratet iverksatt en rekke tiltak, blant annet forlenget etterutdanningsperioden i allmennmedisin, fraværsregler, samt at anbefalte læringsaktiviteter som prosedyrer og kurs kan fravikes og erstattes med andre aktiviteter som kan bidra til oppnåelse av læringsmål. Helsetjenesten vil uansett måtte planlegge for å ta igjen et betydelig etterslep i spesialistutdanning og etterutdanning i etterkant av pandemien.

## Utfordringer for medisinstudenter

Pandemien skapte i startfasen et stort behov for økt bemanning i helsevesenet, særlig på sykehusene. Medisinstudenter ble oppfordret til å melde seg tilgjengelig for å arbeide ekstra ved siden av studiene grunnet det økte trykket på sykehusene. Mange medisinstudenter har tatt ekstravakter på teststasjoner, koronatelefonen, på sykehus og i kommunen, som alle har hatt behov for økt bemanning. Det har da vært viktig å sikre riktig og tilstrekkelig opplæring i smittevernrutiner. I studiet får medisinstudentene lite praktisk opplæring i smittevern og bruk av smittevernutstyr, noe som er avgjørende for å yte god helsehjelp og sikre trygg pasientbehandling. Legeforeningen mener grunnleggende kunnskaper om smittevern må tas inn i grunnutdanningen og mener det er viktig for å skape en helsetjeneste som er enda bedre rustet til å ivareta pasientsikkerheten i fremtidige pandemier.

Den 12. mars 2020 stengte universitetene og all fysisk undervisning opphørte, grunnet smitteverntiltak for å hindre spredning av covid-19. Dette førte til en enorm endring i undervisningsmetodene ved universitetene, som ble tvunget til å digitalisere forelesninger og begrense pasientkontakten til studentene. De fleste fakultetene var raske med å stable et digitalt opplegg på beina, samt å planlegge for en digital hjemmeeksamen.

Overgangen til digital undervisningsform og begrensning av tilgang til universitetscampus, førte for mange til isolasjon på studenthybelen. Som for alle andre, ble også hverdagen for studentene drastisk endret og preget av "hjemmekontor". Sosiale aktiviteter og arrangementer ut over undervisning ble avlyst eller utsatt. Alt dette har ført til at mange studenter i større grad følte seg ensomme og tiltaksløse, i mangel på de daglige møtene med medstudenter i undervisningssammenheng, men også på fritiden.

Den kliniske undervisningen ble også forsøkt erstattet av digitale løsninger. Norsk medisinstudentforening gikk tidlig ut i fjor vår og sa at medisinstudentene ønsker seg tilbake til den pasientnære undervisningen så raskt som mulig. En del studenter gikk glipp av obligatorisk klinisk undervisning, mens andre fikk et digitalt tilbud. Mange studenter sitter likevel igjen med en følelse av å ha gått glipp av mye viktig og relevant klinisk erfaring, som de ikke vet om de får mulighet til å ta igjen på et senere tidspunkt.

Mange norske medisinstudenter som studerer ved utenlandske universiteter har kjent på frustrasjon rundt lite forutsigbarhet, særlig med tanke på eksamen og tildeling av midlertidig lisens (for 5.-årsstudenter). I mars-april dro majoriteten av utenlandsstudentene tilbake til Norge. Undervisning og eksamen foregikk stort sett digitalt utover våren.

### Utfordringer med finansieringsordninger for næringsdrivende leger

En langvarig pandemi slik som covid-19 endrer helsetjenesten på mange områder, og skaper utfordringer både mht. kapasitet, prioriteringer og også finansiering. Pandemien har medført en del endringer i måten man har arbeidet på i primærhelsetjenesten (fastlegeordningen) og i den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten (avtalespesialistordningen). Dette fikk konsekvenser for økonomien i ordningene.

#### *Om finansieringssystemet for fastleger og avtalespesialister*

Finansieringen av helsetilbudet som fastleger og avtalespesialister gir befolkningen er delt i to – et fast element (per-capita tilskudd/driftstilskudd), og et aktivitetsavhengig element med refusjoner og egenandeler. I en normalsituasjon er det mange gode effekter av en høy andel aktivitetsavhengig finansiering. I denne ekstraordinære situasjonen med sterk reduksjon i antall pasienter og bortfall av prosedyretakster grunnet økt andel e-konsultasjoner, slår dette uheldig ut. Tidsbruk er forskjøvet ut fra helsepolitiske/smittevern faglige hensyn, men uten at det fanges opp av et takstsystem laget for normalsituasjonen. Finansieringen finnes, men systemet for å utløse utbetaling fungerer ikke.

De næringsdrivende legene har individuelle avtaler med kommunen eller RHF i tillegg til det øvrige rammeverket med statsavtalen, rammeavtalen og særavtalen. En refleksjon under arbeidet med korona er at til tross for at ordningene er en del av den offentlige helsetjenesten, har de ikke i tilstrekkelig grad blitt hensyntatt eller sikret på samme måte som f.eks. sykehusene eller øvrig kommunal helsetjeneste. Dette ble spesielt synlig ved garantier om dekning av merkostnader og tilgang på smittevern utstyr. Mens andre aktører fikk lovnader om å få dekket sine merkostnader ble det i starten signalisert at fastlegene og avtalespesialistene måtte dekke kostnadene innenfor eksisterende ramme.

### *Økonomiske konsekvenser for næringsdrivende leger*

I pandemiens første fase opplevde både avtalespesialistene og fastlegene en nedgang i aktivitet. Det er paradoksalt i en helsekrise, men skyldtes i stor grad frykt for smitte og manglende smittevernutstyr. Avtalespesialistene ble også bedt om å nedskalere aktivitet for å bidra i helseforetakenes beredskap. De ble likevel ikke brukt, og en god del avtaltpraksiser opplevde en lang periode med svært lav aktivitet.

Ved nedstengningen 12. mars falt antallet konsultasjoner over natten og for fastlegene ble næringsgrunnlaget redusert med minst 30%. Dette medførte en alvorlig nedgang i økonomien for de privatpraktiserende legene. Næringsdrivende leger har ingen buffer slik som sykehusene, og da det ikke ble gitt noen garanti for honorering under krisen måtte flere ty til permitteringer. Selv med en etter hvert økt tilstrømming av pasienter, ble det på grunn av smittevernhensyn ikke som normalt.

De fleste fastleger og alle avtalespesialister er næringsdrivende, men prisene og takstene er underlagt streng statlig regulering. Det betyr at de ikke har mulighet til å få dekket ekstra utgifter så lenge det ikke dekkes av det ordinære takstsystemet. Pandemien ga nærmest over natten en helt ny situasjon og hvor gjeldende avtaleverk ikke tok høyde for de behov det var for endringer. Dette var kritisk for fastlegeordningen som fra før av er presset uten noen økonomisk buffer, og for avtalespesialistene som hadde ekstraordinær lav aktivitet over lang tid. Næringsdrivende leger er helt avhengige av forutsigbarhet for å sikre driften og raske avklaringer ved behov for endringer. Det ble også svært tydelig hvor sårbar ordningen er om samarbeidet mellom avtalepartene ikke fungerer når de statlige løsningene lot vente på seg.

Finansieringssystemet er lagt opp slik at det ikke skal bygge seg opp likviditet i virksomhetene. Inntekten er forutsigbar, men også begrenset til å dekke kostnader i praksisen samt lønn til legen. Dette følger partene tett gjennom årlige takstbruksundersøkelser og jevnlig inntekts- og kostnadsundersøkelser. Økonomien er sterkt bundet og blir jevnlig monitorert. Dette gjør at likviditeten er dårligere enn i mange andre små virksomheter.

Slik situasjonen ble i mars 2020 var det grunnet fall i inntjening behov for å redusere kostnadene i praksis. Dette omfattet også permittering av hjelpepersonell, og noen vurderte også å delvis permittere seg selv. Som en del av den offentlige helsetjenesten er ikke stengning av fastlegepraksiser eller avtalepraksis et reelt eller godt alternativt.

Legeforeningen, AF og PSL spilte inn forslag om å innføre en takst for beredskap og faglig oppdatering som kunne bidra til å holde legekantorene åpne og sikre beredskapen i kommunehelsetjenesten og hos avtalespesialistene. Legeforeningen fikk ikke gjennomslag for dette forslaget.

### *Takstendringer*

Det ble under svineinfluensaen i 2009 innført midlertidige takster for å utnytte kapasiteten i fastlegetjenesten ved å åpne for takster for kveldsarbeid og at vikarer kunne jobbe samtidig med fastlege. Det ble tidlig meldt inn behov for å reaktivere disse samt se på andre nødvendige endringer for å tilpasse finansieringssystemet til den nye situasjonen.

Etter dialog med Helse- og omsorgsdepartementet fikk en på plass midlertidige takster som bidro til en bedret finansiering av fastlegetjenestene under pandemien. Spesielt takster for e-konsultasjoner for avtalespesialister og en utvidelse av e-konsultasjonstakstene for fastleger var viktig, selv om disse mer er et supplement til fysiske konsultasjoner enn en erstatning for dem.

Mer om de nye takstene finnes her:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/nyheter/endring-i-takstene-fra-8.-april-2020/>

#### *Karantenekompensasjon*

Næringsdrivende fastleger har ikke sykepengerettigheter før etter 16 dager med mindre de har tegnet tilleggforsikring. Denne forsikringen er dyr og gir ikke full dekning. Næringsdrivende leger er lite syke og går på jobb så langt formen tillater det. Et av myndighetens smitteverntiltak er karanteneplikt om en hadde det minste tegn til luftveissymptomer og for noen også grunnet utenlandsreise med tilbakevirkende kraft. Det ga store inntektstap å ikke kunne behandle pasienter disse karantenedagene. Dagsomsetningen er rundt 10.000 i snitt og det blir store tap av å måtte være hjemme i 10 dager som ble pålagt ved nærkontakt med smittede.

Legeforeningen var tidlig i kontakt med KS om kompensasjon for fastlegenes fravær i praksis. Det ble ikke oppnådd en avtale om dette, men KS innførte likevel en slik ordning tidlig i pandemien. Det tok noe tid før kommunene fikk nødvendig garanti for at de ville få utgiftene til ordningen dekket, og det førte til noe ulik praksis rundt omkring i landet. Ordningen ble organisert slik at kommunene kunne søkte Fylkesmannen (nå Statsforvalteren) om dekning av utgiftene. Denne ordningen er også videreført for første halvdel av 2021 (avsatt 80 mill i statsbudsjettet).

Helse- og omsorgsdepartementet besluttet den 31. mars 2020 at avtalespesialister som ikke har forsikring for sykefravær kan få praksiskompensasjon i arbeidsgiverperioden. Det er en forutsetning at legen er blitt smittet av koronavirus under utførelse av legearbeid eller at legen som følge av risiko for å ha fått smitte, må i karantene. Ordningen er ikke formalisert gjennom lov, forskrift eller avtale. Det har vært en del uklarhet knyttet til spørsmål om praksiskompensasjon ved fravær iht. smittevernråd som følge av milde luftveissymptomer, uten at det er konstatert at legen har vært eksponert for korona under legearbeid.

#### *Kostnader til smittevernutstyr*

Med bakgrunn i at det var stor mangel på smittevernutstyr, ble det etablert en nasjonal innkjøps- og distribusjonsordning for smittevernutstyr som Helse Sør-Øst fikk ansvaret for. De regionale helseforetakene har et «sørge for-ansvar» som inkluderer avtalespesialistenes aktivitet, og smittevernutstyr skulle fordeles til avtalespesialistene via de lokale helseforetakene. Helse Sør-Øst var koordinator for denne ordningen, men den fungerte ikke for alle. Flere avtalespesialister fikk ikke tilgang til smittevernutstyr da de kontaktet det lokale helseforetaket, og de ble henvist til å skaffe seg dette i det ordinære markedet. Det var både lite å få tak i og høye priser. Dette er ekstraordinære kostnader som ikke ligger inn i finansieringssystemet, men som likevel ikke er kompensert. I den tidlige fasen av pandemien bidro manglende smittevernutstyr til redusert pasientbehandling.

Kommunene fikk tildelt smittevernutstyr fra den nasjonale ordningen, og Legeforeningen la til grunn at fastlegene skulle forsynes med smittevernutstyr fra disse leveransene. Man opplevde likevel variasjoner i hvordan kommunene praktiserte dette, og det måtte en presisering til fra Helsedirektoratet før enkelte kommuner etterkom dette. En del fastleger har dermed hatt kostnader til slikt utstyr i sin praksis. Dette er kostnader som ikke har blitt kompensert.

## Legeforeningen mener:

- Helsetjenesten vil i etterkant av pandemien måtte planlegge for å ta igjen et betydelig etterslep i spesialistutdanning og etterutdanning.
- Utdanningskapasitet av intensivpersonell må økes.
- Gode beredskapsplaner også for opplæring og omdisponering av personell må etableres.
- Finansieringssystemet for næringsdrivende leger er ikke innrettet for ekstraordinære forhold som denne pandemien. Selv om finansieringen er der, er det ikke system for å utløse den ved endringer i type aktivitet.
- Det bør utarbeides rutiner som trer i kraft når det er behov for raske endringer i finansierungsordningen utløst av kriser og pandemier. Basert på erfaring fra svineinfluensaen og covid-19 pandemien, kan det lages "takstpakker" som tilpasses den aktuelle situasjonen.
- Næringsdrivende leger er en del av den offentlige helsetjenesten, og må hensyntas på samme måte som sykehusene når det gjelder kompensasjon for kostnader.

## 6. Vaksiner

Det ble igangsatt omfattende internasjonale initiativer svært tidlig i pandemien for å få til utvikling av virksomme vaksiner. Både ny (mRNA) og tradisjonell (virus vektor) teknologi har vært anvendt.

### Prioritering av vaksiner til befolkning og helsepersonell

Ansatte i helse- og omsorgstjenesten er avgjørende for ivaretagelse av alle pasienter under pandemien, både med og uten covid-19. Smitte blant helsepersonell kan ha store konsekvenser både for deres egen helse og for ytelsen av nødvendige helsetjenester. Helsepersonell i isolasjon eller karantene kan true kapasiteten i tjenesten og øke arbeidsbelastningen, samtidig som det medfører økt risiko for utbrudd. Smitten kan være relatert til yrkesutøvelsen, men kan også forklares av forhold utenfor arbeidet, som smitte fra nære kontakter i privat sammenheng eller på utenlandsreiser. Sosioøkonomiske faktorer kan også spille inn, slik som redegjort i en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening.<sup>9</sup>

I desember 2020, da det var klart at det gikk raskt mot godkjenning av de første vaksinene mot SARS-CoV-2, anbefalte Legeforeningen at utvalgte helsepersonellgrupper burde få tilbud om vaksine samtidig med sykehjemsbeboere og risikogrupper over 85 år. Begrunnelsen var - og er - at smittesituasjonen er uoversiktlig og kan endre seg raskt. Ved et høyt smittetrykk og stor belastning på helsetjenesten, er det derfor viktig å prioritere helsepersonell som står i frontlinjen i sykehus og primærhelsetjenesten. Dette handler om forsvarlighet, beskyttelse og trygghet for helsepersonell samtidig som det er viktig av kapasitetshensyn. Dette fikk Legeforeningen gjennomslag for i romjulen.

---

<sup>9</sup> Molvik M et al: SARS-CoV-2 blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Publisert: 9. februar 2021  
Tidsskr Nor Legeforen

FHI kjørte først en lukket prosess på vaksinefordeling, basert på en rapport levert av en oppnevnt ekspertgruppe i etikk og prioritering 15. november 2020. Gruppen avleverte sin innstilling 15.11.20<sup>10</sup>. Ekspertgruppen hadde ikke klinisk eller juridisk kompetanse, og avveiningene knyttet til beskyttelse av helsepersonell ble derfor mangelfulle.

Legeforeningen har også pekt på arbeidsgivers plikter etter lov og forskrift. Arbeidsmiljøloven § 4-1 stiller et krav om fullt forsvarlig arbeidsmiljø, denne lovpålagte plikten for arbeidsgiver gjelder også i en pandemisituasjon. Det følger videre av forskrift om utførelse av arbeid § 6-12 at arbeidsgiver har plikt til å sørge for at arbeidstakerne tilbys vaksinasjon.

På bakgrunn av innspill fra både Legeforeningen, Sykepleierforbundet, KS og de regionale helseforetakene om hva slags helsepersonell som bør prioriteres utarbeidet FHI mulige kriterier for å prioritere mellom helsepersonellgrupper i primær- og spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen støttet at kriterier for å vaksinere må være dynamiske i tråd med utviklingen av pandemien.



Legeforeningen har blitt lyttet til i debatten om hvorledes helsepersonell skal prioriteres for vaksine, slik at regjeringen har grepet inn og stilt flere vaksinedoser til rådighet for helsepersonell, i en situasjon hvor en tredje smittebølge dominert av mer smittsom virusvariant har spredt seg. Legeforeningen har hele tiden pekt på at det vil ramme befolkningen hvis et høyt antall helsepersonell blir syke eller må i karantene.

#### [Uttrekk av risikopasienter for SARS-coV-2 vaksiner](#)

Det har lenge vært klart at flaskehalsen for høy vaksinasjonsdekning ville bli tilgang til vaksiner. Det har derfor på Legeforeningens initiativ vært iverksatt et omfattende arbeid for å kunne prioritere effektivt for vaksinasjon av personer med særlig risiko for alvorlig forløp av covid-19. Fordi alle som er 65 år eller eldre uansett har høy risiko har utfordringen vært å identifisere personer i alderen 18-64 år med risiko for alvorlig forløp. Her er fastlegenes elektroniske journaler et helt nødvendig verktøy.

---

<sup>10</sup>FHI: KORONAVAKSINASJONSPROGRAMMET. Råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge Ekspertgruppe i etikk og prioritering 15. november 2020



Uttrekk av risikopasienter med behov for influensa- og pneumokokkvaksine var allerede levert av flere EPJ-leverandører, og det var åpenbart at man kunne gjenbruke konseptet for å identifisere risikopasienter for covid-19. Det er verdt å bemerke at Legeforeningen allerede i juli 2009 ba om at digitale verktøy for uttrekk av pasienter for prioritert svineinfluensavaksine måtte utvikles umiddelbart. Dette har imidlertid ikke blitt fulgt opp før nå.

Vaksineringsverktøy – EPJ-verktøy for risikouttrekk - er nå finansiert av EPJ-løftet, men arbeidet med å lage kravspesifikasjon kom i gang i Direktoratet for e-helse først etter sommeren 2020. De fleste leverandørene leverer dette februar/mars 2021. De faglige kriteriene for å finne risikopasienter leveres av FHI i form av en fritekstbasert veileder, og leger engasjert i EPJ-løftet har identifisert koder får å generere lister over disse pasientene i EPJ.

Det er et ønske fra kommunen å få tilgang til fastlegenes lister over risikopasienter. P.t. finnes ingen egnet teknisk løsning for sikker oversendelse til kommunen fordi kommunene mangler teknisk mulighet for å ta imot en slik melding via helsenett.

Helsenorge.no har manglet mulighet for å booke time til vaksinasjon på legekantoret, da alle timene var knyttet til enkeltleger. Andre pasientportaler som Pasientsky, BesøkLegen og Helseboka støttet dette. For de som bruker helsenorge.no som pasientportal kommer denne funksjonen på plass vinteren 2021. Flere kommuner tok i bruk nye skybaserte EPJ-er for smittesporingsarbeid og vaksinasjon. For disse var det spesielt Helseboka som etablerte mulighet for selvbetjente timebestillingsordninger inkludert triageringssystemer/egenerklæringer.

### Legeforeningen mener:

- **Vaksinering av utsatt helsepersonell er avgjørende og må prioriteres.**
- **I vaksinestrategien må det tas hensyn til både beskyttelse og trygghet for helsepersonell som står i frontlinjen, og at tilstrekkelig kapasitet i helsetjenesten er avgjørende for ivaretagelse av alle pasienter under pandemien, både med og uten covid-19.**
- **Effektiv prioritering av vaksinasjon av personer under 65 år og med særlig risiko for alvorlig forløp av covid-19 er viktig, og fastlegene er avgjørende i dette arbeidet.**

## 7. Legeforeningens arbeid med covid-19

Legeforeningens arbeid med pandemien og alle de spørsmål som har oppstått som følge av den, har vært svært omfattende og har preget organisasjonen siden februar 2020. Alle deler av Legeforeningen, herunder Legeforeningens sekretariat, har vært involvert i ulike deler av arbeidet, eller på annen måte blitt påvirket av pandemien som sådan. I dette avsnittet beskrives det kort hvordan hovedforeningen har organisert arbeidet, og også noe om hvilke type oppgaver og arbeid som har vært sentrale.

Legeforeningen opprettet en Covid-19 gruppe i begynnelsen av mars 2020. Dette er en intern arbeidsgruppe på tvers av avdelingene i sekretariatet og mandatet er å holde seg orientert om situasjonen, gi råd til ledelsen og koordinere aktiviteten i sekretariatet knyttet til covid-19. Våre medlemmer er nøkkelpersoner i bekjempelsen av pandemien, og vi så tidlig at det ville bli nødvendig

å ta stilling til en rekke spørsmål av juridisk, politisk, faglig og økonomisk art. Virusutbruddet og smittefaren har også fått betydning for Legeforeningen og alle foreningsleddenes aktivitet.

Gruppen hadde daglige møter frem til sommeren 2020, og etter det møter jevnlig og etter behov. Arbeidet har blant annet bestått av følgende oppgaver:

- Holde seg oppdatert på situasjonen, herunder myndighetenes anbefalinger og tiltak
- Utrede og rådgi i spørsmål som gjelder rettigheter og plikter for medlemmene
- Råd om nødvendige tiltak i organisasjonen, både hovedorganisasjon og de ulike foreningsledd
- Delta i eller koordinere myndighetskontakt og mediestrategi
- Koordinere faglige råd Legeforeningen gir myndighetene
- Ha tett kontakt med foreningsledd og sentrale tillitsvalgte, blant annet yrkesforeningene og deres ledere
- Gir råd om tiltak for ansatte i sekretariatet
- Tilrettelegge plattformer for samhandling på tvers av organisasjonen



Gruppen hadde daglige møter hele våren 2020. I tillegg til interne forhold for Legeforeningen, ble sentrale og generelle spørsmål som smitteverntiltak og -utstyr, konsekvenser av tiltak og kapasitet i sykehus diskutert og sendt videre til relevante aktører internt og eksternt. Presidenten og sentrale tillitsvalgte er blitt holdt løpende orientert.

Disse oppgavene har underveis funnet sin naturlige plassering i de ulike avdelingene i sekretariatet, men Covid-19 gruppen gir fremdeles råd til organisasjonen, og leder av gruppen har en koordinerende rolle i sekretariatet.

### Intern oppfølging

Nedstengingen i mars fikk store konsekvenser for alle deler av foreningen og for vår aktivitet. Nesten alle foreningsledd hadde årsmøter med tilhørende kurs denne våren. Disse ble i stor grad avlyst, og så langt som mulig erstattet med digitale arrangement.

Dette utløste et stort behov for råd og retningslinjer knyttet til arrangementer, reiser og annen aktivitet internt i Legeforeningen. Myndighetene hadde ikke gitt særlige råd til helsepersonell om deres deltagelse på arrangementer og reiser. Med tanke på at våre medlemmer er sentrale i helsetjenesten og i pandemiberedskapen ga Legeforeningen anbefalinger knyttet til arrangementer og reiser som var strengere enn de som kom fra myndighetene. Dette ble direkte implementert for hovedforeningen, og ble gitt som anbefalinger for alle foreningsledd. Disse rådene viste seg å være i tråd med de strenge reglene som etter hvert kom etter 12. mars.

Legeforeningen opprettet en tjeneste der foreningsleddene kunne ta kontakt for bistand og stille spørsmål vedrørende avlysning av arrangementer. Et særlig spørsmål var økonomien for både deltakere på kurs, og for arrangørene, og det ble klargjort hvilke regler som gjaldt for fondene.

Legeforeningen har i tråd med de stadig endrede smittevernråd knyttet til arrangementer, jevnlig sendt ut eposter med informasjon om de råd og anbefalinger Legeforeningen innretter seg etter.

### Kommunikasjon

En sentral oppgave har vært informasjon og bistand til medlemmer, foreningsledd og tillitsvalgte, og det har blitt sendt ut en rekke medlems- og tillitsvalgsbrev. Særlig i starten av pandemien var ikke informasjon fra myndighetene så lett tilgjengelig, og det var nødvendig med målrettet informasjon til ulike medlemsgrupper.

Legeforeningen mottok allerede i februar 2020 en rekke spørsmål av ulike karakter fra medlemmene, og fra tidlig i mars ble det opprettet en egen landingside på hjemmesidene til Legeforeningen dedikert til covid-19 saker. Det ble lagt ut informasjon om avlysning av arrangementer, en egen "ofte stilte spørsmål" side som stadig blir oppdatert, informasjon om våre faglige innspill og myndighetskontakt samt lenker til relevante eksterne nettsider.

Disse sidene har vært svært godt besøkt under hele perioden. Selve hovedsiden hadde ved årsskiftet 39064 unike sidevisninger siden oppstarten i fjor. Svarene på "ofte stilte spørsmål" har til sammen over 30 000 unike sidevisninger siden pandemiens start (næringsdrivende leger på første plass med 13 509 visninger).

### Myndighetskontakt

Som beskrevet i kapitel 4 etterlyste Legeforeningen tidlig arenaer for informasjon og samarbeid. Etter påtrykk blant annet fra Legeforeningen ble det etablert en fast møtearena mellom ulike organisasjoner og Helsedirektoratet, der også FHI deltar. Denne arenaen er blitt benyttet aktivt for å gi tilbakemeldinger om situasjonen ute i tjenestene og også etterspørre informasjon. I starten av pandemien var det særlige avklaring av smittevernråd og ikke minst informasjon om smittevernutstyr som ble tatt opp. Situasjonen for kommuneoverlegene, manglende involvering av fastlegene i kommunen har også vært tema.

Legeforeningen og covid-19 gruppen har ut over dette også deltatt i og koordinert ulike typer myndighetskontakt. Det har vært møter med Helsedirektoratet KS, HOD, Spekter, RHFene mv om ulike spørsmål som fordeling av smittevernutstyr, praksiskompensasjon ved karantene, forsinkelser i spesialistutdanning, arbeidsmiljø og smittevern i sykehusene, nødvendige endringer i takstene for fastleger osv.

Legeforeningen har siden høsten 2020 vært representert ved fagdirektør inn i styringsgruppen for TISK-arbeidet som Helsedirektoratet har ansvaret for. Her er det blitt gitt løpende innspill til arbeidet forankret i foreningsledd og sentralt.

Legeforeningen mener slike kontaktpunkter må sikres, ikke bare for fremtidige kriser, men også i fredstid, og bør behandles i sentrale beredskapsplaner.

## Juridisk bistand og regelverksarbeid

Legeforeningen mottok allerede i starten av mars 2020 et stort antall henvendelser fra våre medlemmer med spørsmål knyttet til arbeidsvilkår, plikter og rettigheter knyttet til pandemisituasjonen.

For å kunne besvare disse spørsmålene, og ikke minst for å holde seg oppdatert på alle reguleringer fra myndighetene, opprettet sekretariatets Avdeling for jus og arbeidsliv en egen gruppe internt i avdelingen som skulle ha ansvaret for å koordinere arbeidet med covid-19. Gruppen satt til enhver tid med oversikten over hvilke spørsmål man hadde svar på, hva som måtte utredes og hva som måtte tas opp med myndighetene eller andre.

Det ble gjennomført faste kontaktmøter med sentrale tillitsvalgte for å sikre informasjonsflyt. Videre sørget gruppen for at det ble utarbeidet standardsvar på nye spørsmål som dukket opp enten via telefonvakter, eposter eller kontaktmøter med tillitsvalgte. Disse ble lagt ut på nettsidene.

Både for næringsdrivende leger og leger ansatt i sykehus ble det tidlig usikkert hvilken effekt pandemien ville ha for deres arbeidssituasjon. I kommunene var det behov for at legene bidro i arbeidet med testing og oppfølging. På sykehusene var det behov for å rigge seg slik at man ville kunne håndtere en situasjon med svært mange innlagte covid-19 pasienter. I kommunene ble det opprettet feber-poliklinikker og man fikk på plass avtaler i de ulike kommunene for å regulere dette. JA bisto i forhandlinger, og særlig avtalen i Oslo kommune fungerte etter hvert som en slags mal for avtaler andre steder. I sykehusene ble det i mars 2020 inngått egne tidsavgrensede avtaler med Spekter/Virke for at sykehusene skulle kunne planlegge for en annerledes drift under pandemien. Avtalene regulerte blant annet arbeidstid, kompensasjon og varslingsfrist. Det var svært utfordrende å få ordninger og avklaringer for avtalespesialistene. De regionale helseforetakene har i varierende grad involvert og tatt hensyn til denne gruppen under pandemien.

I tillegg til inngåelse av avtaler, ble medlemmenes hverdag også påvirket av en rekke endringer i lov og forskrifter fra ulike myndigheter. Det var regler knyttet til utreiseforbud, karantene, beordring, smittevern, sykepenger osv. Det har vært gjennomført en rekke høringer, til dels med korte frister. Legeforeningen har bidratt med en rekke innspill til myndighetene også i andre prosesser, der det har vært nødvendig og nyttig å få inn stemmene fra tjenesten.

## Legeforeningens prioriteringsveileder

Legeforeningens fagmedisinske foreninger bistod i mars 2020 med nasjonale prioriteringsråd, basert på råd fra våre fagmedisinske foreninger fra 34 spesialitetsområder. Dette arbeidet er nærmere beskrevet i kapittel 2 Prioritering, behandling og rehabilitering.

## Legeforeningens medisinsk-faglige rådgivende gruppe for covid-19

Legeforeningen sendte 14. mars 2020 ut en invitasjon til de fagmedisinske foreningene som en antok ville være mest berørt av pandemien, om å stille relevant ekspertkompetanse til rådighet. Formålet var å kunne gi sentrale helsemyndigheter best mulige råd om håndtering av pandemien fra de mest berørte kliniske fagmiljøene.

Det ble gitt følgende mandat for arbeidet i gruppen: "*Det nedsettes en rådgivende gruppe med representanter fra fagmedisinske foreninger som representerer de mest berørte fagområder under ulike faser i epidemien. Gruppen skal gi råd i fagspørsmål vedrørende covid-19 til Legeforeningen. Gruppens sammensetning kan utvides om nye behov tilsier det.*"

Gruppens samlede spisskompetanse ble viktig for Legeforeningens dialog, særlig med FHI i spørsmål knyttet til rasjonelt og virksomt smittevern i helsetjenesten. Det var bl.a. stor usikkerhet knyttet til riktig bruk av smittevernutstyr fra mars 2020 og frem gjennom vårmånedene, ikke minst sett i lys av mangelsituasjonen på slikt utstyr. Spesielt i spørsmål rundt aerosolgenererende prosedyrer og tiltak rundt helsepersonell med egen risiko for alvorlig forløp av covid-19, ga ekspertgruppen raske og kunnskapsbaserte råd som bidro til en raskere utvikling av gode nasjonale råd på området. Arbeidet ble gjennomført som en dugnad på kvelder, netter og helger, med omfattende, evidensbaserte og balanserte utredninger fra arbeidsgruppens medlemmer.

Gruppen ga råd til Legeforeningen på en rekke sentrale områder hvor det særlig våren 2020 var mange uavklarte spørsmål og hvor vår ekspertgruppe bidro til at Legeforeningen sammen med FHI bistod med raske avklaringer på flere områder.

Eksempler på konkrete utfordringer der ekspertgruppen har gitt råd:

- Hva skal ansees som aerosolgenererende prosedyrer som endoskopi og annen kirurgi med bruk av diatermi og ultralydgeneratorer for vevsdisseksjon, prosedyrer ved intensivenheter, gjennomføring av NIV/CPAP utenfor sykehus, ortopediske inngrep med aerosoldannende verktøy, kraftig hoste hos kjent eller mistenkt smittet covid-19 pasient, nasofarynx-prøvetagning?
- Smittevern for helsepersonell i risikogruppe for alvorlig forløpende covid-19 som ikke kan skjermes for mulig smitteeksponering

Legeforeningen har ønsket å støtte opp under de nasjonale smittevernårådene som publiseres og oppdateres av Folkehelseinstituttet. Det har vært viktig for Legeforeningen at det skilles mellom kunnskapsgrunnlaget for ulike smitteverntiltak på den ene siden og praktisk tilrettelegging av smittevern pga. utstyrsmangel på den andre siden. Der rasjoneringstiltak ble nødvendige uttrykte Legeforeningen at disse måtte være basert på gode risikovurderinger som ble eksplisitt kommunisert til helsetjenesten.

Kunnskapsgrunnlaget om smitterisiko ved håndtering av covid-19 pasienter i ulike arenaer og situasjoner i helsetjenesten har naturlig nok vært i utvikling. Legeforeningen uttrykte tidlig overfor FHI at dette bør tilsi en "føre var" tilnærming der det er mulig. Dette innebærer en hurtig implementering av høyt sikkerhetsnivå, og iterativ reduksjon etter hvert som kunnskap om sikkerhet øker. Det ville være uheldig – og heller ikke i tråd med arbeidsgiveransvaret - hvis det ble skapt et inntrykk av at man ventet på at noe skal bevises å være utrygt før man iverksetter tiltak. Det er Legeforeningens inntrykk at "føre var" prinsippet kunne ha vært enda mer førende i helsemyndighetenes råd om smittevern i helsetjenesten.

Legeforeningens ekspertgruppe har også bidratt med vurderinger av effekter av ulike vaksiner, i forbindelse med den offentlige diskusjon knyttet til bruk av AstraZenecas vaksine til helsepersonell.

#### *Om å verne arbeidstakere i krevende situasjoner*

Det var tett dialog og hyppige møter mellom Legeforeningens fagakse og FHI om smittevernåråd og smittevernutstyr. Mangel på smittevernutstyr er beskrevet ovenfor og var svært kritisk både i primær- og spesialisthelsetjenesten i første fase etter at Norge ble rammet av covid-19. Legeforeningen stilte spørsmål ved om den faktiske tilgangen til smittevernutstyr trumfet best practice med hensyn til bruk av smittevernutstyr, og om rådene ikke tok utgangspunkt i den til enhver tid rådende fagkunnskap. Det var også ulike anbefalinger fra ulike myndighetsorganer. Vi etterlyste åpenhet der rådene måtte tilpasses mangel på smittevernutstyr. Det var også behov for tett dialog

knyttet til smittevernråd som tok utgangspunkt i de faktiske prosedyrer og situasjoner som kan innebær økt smitterisiko i primærhelsetjenesten.

Legeforeningen arrangerte en heldags erfaringskonferanse om covid-19 den 16. oktober 2020. På konferansen presenterte medlemmer og tillitsvalgte ute i tjenesten sine erfaringer knyttet til pandemien. Konferansen var inndelt i tre hoveddeler, der de to første fokuserte på beredskap i sykehusene og kommunene, mens den siste delen omhandlet erfaringer fra pandemien. Gjennom gode og tankevekkende innlegg fra sykehusleger, kommuneoverleger og fastleger fikk vi innblikk i erfaringene fra de som har stått i front i denne helsekrisen. Et hovedbudskap var at pandemien var en varslet katastrofe og at beredskapen må styrkes og vedlikeholdes. Pandemien har vist hvor sårbart det er å være avhengig av import av legemidler, vaksiner og medisinsk utstyr. Sykehusene manglet intensivkapasitet og nødvendig smittevernutstyr, og må styrkes for å være rustet til kriser. Primærhelsetjenesten har stått i front, og har gjennom testing og smittesporing lykket med å dempe smittespredningen, og dermed dempet presset på sykehusene. Viktigheten av at helsetjenesten ses i sammenheng ble belyst. I etterkant av konferansen oversendte Legeforeningen en kortfattet rapport til Koronakommisjonen for å videreformidle noen av de viktigste erfaringene fra våre medlemmer og vårt arbeid med pandemien.

### **Legeforeningen mener:**

- **Det er nødvendig med god involvering og informasjonsflyt mellom profesjonsorganisasjonene og de ansvarlige helsemyndigheter, også i normaltid.**
- **Det bør etableres faste strukturer for informasjon, involvering og medvirkning som trer i kraft i tilsvarende kriser.**
- **Profesjonsforeningen er viktige faglige bidragsytere og et viktig tilskudd til fagmyndighetene.**