

Justis- og beredskapsdepartementet

Vår saksbehandler: Trude Hagen
Vår ref.: 1204416

Vår dato: 11.06.2021
Deres ref.: 21/2652

Høringsvar – NOU 2021:6 – Myndighetenes håndtering av koronapandemien

Norsk Sykepleierforbund viser til høringsbrev av 03.05.21 om NOU 2021:6 – Myndighetenes håndtering av koronapandemien.

Våre viktigste innspill:

- Helsesektoren må rustes opp til å kunne møte nye kriser og katastrofer, gjennom langsiktige investeringer i bygg, teknologi og kompetanse. Norge må bli selvforsynt med helsepersonell bl.a. gjennom økt andel heltid.
- Flere sektorer enn helse må involveres når det planlegges tiltak som har store samfunnsmessige konsekvenser. Krisehåndtering og kommunikasjon må ivareta alle deler av befolkningen.
- Myndighetene må ha oversikt over kommunenes beredskapsevne, og kommunene må sikres en sentral plass i det nasjonale beredskapsarbeidet.
- Kommunenes behov må ivaretas i forbindelse med kriser. Spesialisthelsetjenesten må aktivt understøtte krisehåndteringen i kommunene. Nasjonale prioriteringsråd ved kriser og katastrofer må ha et helhetlig og tverrprofesjonelt perspektiv.
- Det bør etableres statlige beredskapslager for smittevernutstyr, legemidler og medisinskteknisk utstyr, som også ivaretar kommunenes og sykepleietjenestenes behov.
- Det kommunale smittevernarbeidet må styrkes. Det bør etableres kommunale smittevernteam hvor kommunelege og sykepleiere med smittevernfaglig kompetanse og ansvar inngår, herunder helsesykepleier.
- Intensivkapasiteten må økes for å ivareta befolkningenes behov og nødvendig beredskap. Det må utdannes flere intensivsykepleiere og utvikles en nasjonal faglig retningslinje for intensivvirksomhet.
- Det må utarbeides bedre og mer detaljerte planer for omdisponering av personell under kriser. Sykepleiere som arbeider med sårbare grupper, bør skjermes så langt som mulig.
- Forhandlingene mellom arbeidslivets parter våren 2020 bør evalueres, og behovet for nasjonale kriseavtaler vurderes. Medbestemmelse og partssamarbeid er en ressurs som må styrkes, og inngå som en naturlig del av beredskapsarbeid og krisehåndtering.
- Langtidsvirkningene for personer som har gjennomgått covid-19 må følges nøye opp for å forebygge livsvarige skader og uførhet. De helsemessige konsekvensene for ansatte i utsatte yrker må kartlegges og følges opp.
- Det må innhentes kunnskap om de helsemessige konsekvensene av pandemien for ulike deler av befolkningen. Dette må følges opp med kompensierende tiltak.
- Ansvarlige departementer må være tydelige i sine forventninger til egen sektor om å sikre utdanning av helsepersonell også i en krise- og beredskapssituasjon.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22 Telefon: 0 24 09
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Generelle kommentarer

Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener kommisjonens rapport er grundig og god. Den gir en god gjennomgang og analyse av de vurderinger, valg og beslutninger som myndighetene har tatt i løpet av det siste året, og viser manglene i måten beredskapsarbeidet har blitt ivaretatt i årene før pandemien. NSF mener kommisjonen bidrar til å øke vår kunnskap og forståelse av hvor det har sviktet og hvorfor. Rapporten gir et godt grunnlag for læring, og peker ut viktige forbedringspunkter som vil bidra til å utvikle og styrke samfunnets og helsesektorens beredskap.

Rapporten viser tydelig at mye har gått bra mer på tross av enn på grunn av. Vi stod overfor en kjent og lenge varslet trussel – likevel var vi ikke forberedt. Tilfeldigheter har gjort at mangelen på smittevernustyr og kapasitet i helsesektoren ikke har fått enda større konsekvenser. At det kunne gått verre, betyr ikke at alt har gått bra. Helsesektoren manglet både smittevernustyr, legemidler og kapasitet i første fase. Sårbare eldre har dødd fordi vi ikke evnet å beskytte dem. Barn og unge har båret en stor byrde under pandemien, og konsekvensene kan vise seg å vare utover i livsløpet til dem som er unge i dag, slik kommisjonen beskriver. Pandemien har rammet skjevt, både sosialt og geografisk. De langsiktige virkningene av dette er vanskelig å overskue.

Hvorfor var ikke Norge bedre rustet til å møte en slik krise? 10 år etter svineinfluensaen og i møte med en varslet krise var vi ikke forberedt. I en rapport fra WHO¹ pekes psykologi på som en viktig årsak: Når vi står overfor en reell trussel mobiliserer vi alt vi har for å håndtere det. Når faren er over, slapper vi av og glemmer det hele. NSF er opptatt av at vi må ta lærdom av koronakrisen, og sørge for å ha den nødvendige beredskapen for å håndtere både akutte, kortvarige og langvarige kriser. Det vil kreve langsiktige politiske prioriteringer. God beredskap koster, men alternativet er dyrere.

På samme måte som beredskapsplaner og smittevernplaner ikke var oppdatert og tilpasset den pandemien som kom, var heller ikke helse- og omsorgstjenestene rustet og tilpasset. Kommisjonen har hatt i oppdrag å kartlegge og vurdere myndighetenes håndtering av pandemien og har i liten grad gått inn på kapasitets- og kompetansesituasjonen i forkant av pandemien. NSF mener dette er en svakhet ved rapporten som innebærer at alvoret og den mulige risikoen i driftssituasjonen i sykehus og kommuner, ikke kommer godt nok frem. NSF mener det er behov for å gå videre og dypere inn i disse spørsmålene, som er av avgjørende betydning for vår evne til å håndtere både denne og neste krise. Vi viser i den forbindelse til den svenske Koronakommisjonens arbeid som også har sett på strukturelle forhold i eldreomsorgen i sin første delrapport.²

Allerede før koronakrisen var et faktum var det knapphet på kapasitet og kompetanse i helsesektoren. Sykepleiermangelen har økt år for år og er i dag på 7000 sykepleiere og spesialsykepleiere.³ Utbredt bruk av deltid og ufaglærte kjennetegnet de kommunale helse- og omsorgstjenestene før 2020. Mangel på spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten, herunder intensivsykepleiere, har vært godt kjent av myndighetene gjennom mange år, men ikke blitt møtt med nødvendige tiltak. En ny rapport fra Menon Economics⁴ viser at selv om bevilgningene har økt, har veksten i stor grad blitt «spist opp» av demografiske endringer,

¹ «For too long we have allowed a cycle of panic and neglect when it comes to pandemics: we ramp up efforts when there is a serious threat, then quickly forget about them when the threat subsides. It is well pasty time to act». WHO (2018) - «A world at risk». Annual report on global preparedness for health emergencies. Global Preparedness Board.

² https://coronakommisjonen.com/wp-content/uploads/2020/12/sou_2020_80_aldreomsorgen-under-pandemin_webb.pdf

³ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nyheter/navs-bedriftsundersokelse-2021-fortsatt-hoy-mangel-pa-arbeidskraft>

⁴ Skogli, E. m.fl.: *Forberedt på neste krise?* Menon-publikasjon 142/2020.



lønns- og prisvekst og tilførsel av nye oppgaver. Investeringsstakten i både kommuner og spesialisthelsetjeneste har gått ned. Samlet sett betyr dette at helsesektoren var dårligere rustet enn nødvendig for å håndtere en så stor og langvarig krise som denne pandemien.

Tillit mellom mennesker, og mellom innbyggere og myndigheter, er avgjørende for krisehåndteringen. Her står Norge og de nordiske landene i en særstilling. NSF mener det er viktig at kommisjonen så tydelig fremhever dette som en viktig faktor, og løfter betydningen av den norske modellen for krisehåndteringen:

- Full lønn under sykdom har gjort at arbeidstakere i stor grad har kunnet holde seg hjemme ved sykdom og mens de var i karantene. Det er liten tvil om at etterlevelsen av råd og pålegg ville vært lavere dersom man tapte penger på å følge dem.
- At fellesskapet har båret deler av inntektstapet for de bedriftene og arbeidsplassene som ble rammet hardt økonomisk, har også bidratt til høy oppslutning om myndighetenes håndtering.
- Trepartssamarbeidet har vært en styrke og har gitt legitimitet og oppslutning.
- Et tilgjengelig, kompetent og velutviklet helsesystem, ikke minst i kommunene, har vært avgjørende for å bekjempe smitte og behandle sykdom.

NSF er glad for at kommisjonen så tydelig løfter kommunenes viktige rolle i pandemihåndteringen, og synliggjør hvordan myndighetenes prioritering og oppfølging av kommunene har sviktet. Det er vanskelig å forstå at det forvaltningsnivået som har en så stor og avgjørende rolle i krisehåndteringen, ikke var representert i beredskapsarbeidet på nasjonalt nivå helt fra starten. Verken departement eller direktorat har evnet å ivareta kommunenes behov godt nok mht ressurser, fordeling av smittevernutstyr mv. Dette må være ett av de viktigste læringspunktene og følges opp med konkrete tiltak.

Pandemien har vist betydningen av kompetent ledelse. Det er identifisert mangelfull eller sviktende ledelse på ulike nivå i virksomheter som har opplevd store smitteutbrudd.⁵ Kommisjonens rapport sier lite om betydningen av god ledelse for håndteringen av pandemien. Det pekes imidlertid på mangelfull koordinering og læring på tvers av institusjoner i kommunene og at personell ble stående for lenge i beredskap. Dette omfatter mange sykepleiere.

Mer enn 6000 sykepleiere er ledere på ulike nivå i helse- og omsorgstjenestene. De har lagt ned en stor og avgjørende innsats for å forebygge smitte blant pasienter og ansatte, rigge om drift og etablere nye tilbud, ivareta ansatte og sikre kompetent behandling. Arbeidsbelastningen har vært stor og mange opplever ikke å ha fått nødvendig støtte fra overordnede ledere i dette arbeidet.⁶ NSF vil peke på at manglende koordinering og styring av sykepleietjenestene er et generelt problem. Det gjør også tjenestene dårligere rustet til å håndtere en krise på en effektiv og samlet måte. NSF mener sykepleietjenestene i sykehus og kommuner må sikres lederstrukturer og representasjon på strategisk nivå.

På samme måte som kommunene har manglet representasjon på nasjonalt nivå, har også myndighetenes oppmerksomhet om sykepleie og på sykepleietjenestens rolle og behov, vært for svakt. NSF har deltatt i dialogmøtet med organisasjonene i regi av Helsedirektoratet, og har bidratt med et sykepleiefaglig fokus her. For fremtiden må det sikres at en så stor og sentral tjeneste både i kommuner og sykehus, er ivaretatt på alle nivå, og at nasjonale råd og anbefalinger ivaretar sykepleie på en god måte. Det tverrfaglige perspektivet er avgjørende for en effektiv og god krisehåndtering.

⁵ <https://www.baerum.kommune.no/aktuelt/fylkesmannens-rapport-om-vallerhjemmet/>

⁶ Melby mfl. (2020) – Sykepleieres erfaring med første fase av koronapandemien.



Del II – Beredskap og forberedthet

Kapittel 6 - Statlig pandemiberedskap

Rapporten påpeker at regjeringen visste at en pandemi var den nasjonale krisen som var mest sannsynlig, og som ville ha de mest negative konsekvensene. De var likevel ikke forberedt da covid-19- pandemien kom. Kommisjonen viser tydelig hvordan og hvorfor for dette har skjedd:

- Den nasjonale beredskapsplanen for pandemisk influensa var ikke oppdatert, og den var i stor grad basert på erfaringene fra svineinfluensaen i 2009. Scenarioene som har vært utforsket har også basert seg på dette, og ikke tatt innover seg at mer alvorlige virus kunne oppstå, og som det ville kunne ta lang tid å utvikle en vaksine mot.
- Regjeringen har ikke hatt planer som bygger på scenarioer for bruk av inngripende kontaktreducerende smitteverntiltak, eller hvor pandemien drar ut i tid. Smittevernloven gir regjeringen og Helsedirektoratet myndighet til å sette inn inngripende tiltak, men det var ingen planer for å bruke disse virkemidlene. Ingen sektorer har dermed kunnet forberede seg på en slik situasjon.
- Alle sektorer har hver for seg planlagt for en situasjon med opp mot 30-40 prosent sykefravær. Det er ikke gjennomført en helhetlig vurdering av konsekvensene for samfunnet og befolkningen av et så høyt fravær, og av hvordan fravær i en sektor ville slå inn i en annen sektors mulighet til å løse sine oppgaver.
- Det har vært øvd på pandemi, men ikke med utgangspunkt i et scenario hvor man vedtar omfattende stengning av virksomheter med hjemmel i smittevernloven. Det har ikke vært gjennomført nasjonale sivile øvelser eller helseøvelser med pandemi som tema.

NSF vurderer den svikten som avdekkes som alvorlig. Kommisjonens anbefalinger og læringspunkter vurderes som gode, og NSF støtter disse. Det må sikres at det nasjonale planverket legger de nødvendige rammene for beredskapsarbeidet på alle nivå, og at dette følges opp i kommuner, RHF, HF og andre samfunnssektorer. Behovet for å samordne planverk og vurdere konsekvenser på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer må ivaretas, og det må settes av ressurser til å øve på ulike scenarier.

Planer er viktige forutsetninger for en god beredskap, men ikke tilstrekkelig. Uten nok tilgang til personell, lokaler og utstyr vil de svikte i møtet med virkeligheten. Helsesektoren har over tid blitt systematisk underfinansiert, jf. ovenfor. Det har gjort sektoren mindre rustet til å møte en krise som denne pandemien. Muligheten for å bygge opp og opprettholde beredskapslagre av legemidler, medisinsk utstyr og smittevernutstyr har dermed vært begrenset. NSF mener de trange økonomiske rammene som sektoren har vært underlagt, truer vår beredskapsevne. Helsesektoren må rustes opp til å kunne møte nye kriser og katastrofer, gjennom langsiktige investeringer i bygg, teknologi og kompetanse.

Kapittel 7- Beredskap for smittevern i kommunene

Det påhviler kommunene en rekke lovkrav knyttet til beredskap, herunder krav om at planen skal øves annethvert år. Det er ikke nedfelt krav om pandemiplan for kommunene, og kommisjonens rapport viser at det varierer i hvilken grad pandemi har vært tema for lokale beredskapsøvelser. Det er krav om smittevernplaner, jf. smittevernloven § 7-1. En femtedel av kommunene manglet imidlertid en oppdatert eller fungerende smittevernplan i forkant av pandemien. Kvaliteten på eksisterende planer er ikke kjent, og kommisjonen finner ikke tydelig svar på hvorvidt kommunenes helse-, smittevern- og pandemiberedskap har vært gjenstand for tilsyn.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22 Telefon: 0 24 09
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Både beredskapsarbeid og smittevern er et kontinuerlig arbeid som krever tilgang til nødvendig kompetanse, jevnlig oppdatering av planer, rutiner og prosedyrer, trening og opplæring/informasjon til ansatte. Godt smittevern er avgjørende for et trygt arbeidsmiljø og for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. En undersøkelse av sykepleiernes erfaringer under pandemien⁷ viser at smittevernkompetanse og rutiner ikke var på plass alle steder ved starten av pandemien. Det avdekkes også betydelige utfordringer når det gjelder tilgang til arealer som gjør det mulig å holde anbefalt avstand, og å kunne skille rene og urene soner. Mangelfullt renhold er også en risikofaktor. Ledere og ansatte har lagt ned en betydelig innsats for å gi opplæring i smittevern og riktig bruk av smittevernutstyr, men det etterlyses bedre veiledning fra smittevernfaglig personell.

NSF er enig med kommisjonen i at det er svært kritikkverdig at lokale og sentrale myndigheter ikke har rettet større oppmerksomhet mot kommunenes planverk, og grad av forberedthet for en pandemi. Sentrale myndigheter har ikke hatt nødvendig oversikt over kommunenes evne til å håndtere en pandemi. Dette burde vært tema både for øvelser og tilsyn. NSF støtter kommisjonen i at en pandemiplan bør inngå som en del av det kommunale planverket. I tillegg til planer er det viktig at kommunene, som en del av sitt beredskapsarbeid, går gjennom og vurderer egen risiko- og sårbarhet knyttet til blant annet organisering, kompetanse, bygg og teknologi. Dette er sentrale forutsetninger for å kunne håndtere en pandemi eller andre smittsomme sykdommer. Her mener NSF kommisjonens rapport burde vært tydeligere.

Kommunen er den mest sentrale aktøren både i forebygging, smittesporing og håndtering av smittsomme sykdommer - både i en pandemi som denne, og mer generelt. Erfaringene er at de kommunene som hadde gode planer og godt fungerende kommunale vaksinasjonskontor, var raskest oppe og gikk i arbeidet med TISK. Smittevernkompetanse er en viktig del av helsesykepleiers kompetanseområde, og helsesykepleiere er sentrale i samarbeidet med kommuneoverlegen. jfr. kommentarer til kap. 18 og 19.

NSF mener det kommunale smittevernarbeidet må styrkes og sikres nødvendig systematikk og kontinuitet. Det gjelder også i institusjoner og hjemmesykepleie hvor ansatte opplever store utfordringer mht. bekledning og smitteføring, og hvor mange risikopasienter mottar behandling og oppfølging over tid. En rapport⁸ fra en arbeidsgruppe ledet av Folkehelseinstituttet viser at det var betydelige mangler i smittevernarbeidet i Norge før pandemien. Regjeringen lanserte i 2019 (oktober) en nasjonal handlingsplan for bedre smittevern (2019-2023). Denne følger opp flere av forbedringspunktene i ovennevnte rapport, men viktige områder er ikke adressert.

NSF mener:

- Det kommunale smittevernarbeidet må styrkes og sikres nødvendig systematikk og kontinuitet. Det må sikres at alle kommuner har oppdaterte og kvalitetssikrede smittevernplaner og infeksjonskontrollprogram som er tydelig forankret i kommunens styringssystem, i tråd med lov og forskrift. Ansatte må gis jevnlig opplæring og trening i smittevern.⁹
- Det må fremskaffes en nasjonal oversikt over smittevernressursene i kommuner og helseforetak. Det må utdannes tilstrekkelig med helsesykepleiere og smittevernsykepleiere for å ivareta et godt smittevern.

⁷ Melby mfl. – Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien. Sintef 2020.

⁸ Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge, Folkehelseinstituttet august 2018.

⁹ Det er laget god dokumentasjon fra FHI om smittevern som bør formidles på en enkel måte via et nettkurs med både korte forelesninger, små selvtester og demo-videoer. Dette må formidles til alle landets kommuner, og det bør sikres at alt relevant personell gjennomgår kurset.



- De funksjonene og ansvarsområdene som i dag ligger til kommunelegen, bør styrkes gjennom etablering av et kommunalt smittevernteam hvor bl.a. helsesykepleier inngår, jf. omtale under kapittel 19. Smittevern faglig veiledning fra spesialisthelsetjenestens smittevern faglige veiledning må styrkes og finansieres særskilt, slik at det blir gratis for kommunene.
- Det må legges bygningsmessig til rette for godt smittevern i kommunale institusjoner.

Kapittel 8 - Systemer for overvåkning og kunnskapsproduksjon

Kommisjonen mener helseberedskapen bør styrkes med en bedre infrastruktur og kapasitet for overvåkning og kunnskapsproduksjon. Anbefalingene støttes. Det blir viktig å ta lærdom av utviklede system og videreutvikle/forbedre disse til bruk i kommende epidemier/pandemier eller større utbrudd.

Kapittel 9- Mobilisering og omdisponering av personell

Uklarheter og mangler i lov- og regelverk

NSF har i sitt innspill til spørsmål om lov- og regelverk rundt mobilisering og omdisponering, som utredet av Anne Kjersti Befring for Koronakommisjonen, pekt på utfordringer rundt uklarheter og mangler knyttet til regulering av helsepersonell i beredskap, og for helsepersonell ansatt i virksomheter som yter helse- og sosialtjenester. Koronakommisjonen har også pekt på dette i sine funn, og viser med dette tydelig at det er en jobb å gjøre på dette området for å sikre et bedre grunnlag for mobilisering og omdisponeringer gjennom et forutsigbart og klart regelverk. Et eventuelt behov for mobilisering av personell som ikke er i aktiv tjeneste, bør ikke overlates til forskriftsregulering. NSF opplevde stor usikkerhet fra personell i denne kategorien da pandemien skjøt fart, og dette viste med all tydelighet at behovet for større forutsigbarhet i et slikt tilfelle er nødvendig. Dette bør derfor reguleres direkte i loven.

Det også noe helt annet å mobilisere personell når behovet vil vare over tid, enn å håndtere mer kortvarige kriser. Regelverket må tilpasses dette på en hensiktsmessig måte, samtidig som større utvidelser av arbeidstid m.m. må overlates til partene gjennom avtaler. Dette omtales under.

Register over personell i beredskap

Kommisjonen påpeker at alt helsepersonell ikke er beordringspliktig etter helseberedskapsloven. Pensjonister og helsepersonell som jobber i andre sektorer, omfattes for eksempel som utgangspunkt ikke. Det finnes ingen løpende oversikt over slikt personell som kan tilkalles ved kriser. Det gjelder også annet personell uten helse- eller sosialfaglig kompetanse som det vil kunne være behov for under en krise. I forbindelse med pandemien opprettet Helsedirektoratet et register for reservepersonell. Dette har i liten grad blitt tatt i bruk av tjenestene.

Ved større og langvarige kriser vil det være behov for å mobilisere ekstra personell til å ivareta ulike oppgaver. NSF støtter derfor behovet for å opprette et mer permanent register slik kommisjonen foreslår. Registeret må være basert på frivillighet. Selve utformingen av registeret må utredes nærmere. Det må settes av nødvendige ressurser til drift og vedlikehold. For at det skal fungere etter hensikten må registeret gi nødvendig oversikt over den enkeltes kompetanseområder og erfaring. Det må være tydelig hva det innebærer av plikter og rettigheter å være en del av et slikt register. Inntektssikring for dem som blir beordret ut av andre jobber der kompensasjonen er høyere enn det de tilkommer i beordret stilling, må også ivaretas.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22 Telefon: 0 24 09
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Kriseavtaler

NSF inngikk i mars avtaler med arbeidsgiverorganisasjonene som ga arbeidsgiverne vide fullmakter til å planlegge arbeidstiden. Mange arbeidsgivere tok i bruk de utvidede fullmaktene, og da særlig utvidede overtidsgrenser og endret varslingsfrist¹⁰ for turnusplan, som ble avtalt helt ned til 3 dager. Vanlig praksis er minimum 4 uker og lovens hovedregel 14 dager. I mange tilfeller ble turnusplan også iverksatt med kortere frist enn 3 dager¹¹. Omfattende bruk av avtalene, også på steder med lavere aktivitet og færre oppgaver enn vanlig (f.eks. i sommerferien), er en sterk indikasjon på alvorlige svakheter i ressurser, bemanning og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Erfaringene med hvordan avtalene ble brukt gjorde at NSF ikke ønsket å fornye avtalene når avtaletiden utløp i september.

Kommisjonen påpeker at gjeldende lover og forskrifter ikke gir gode nok rammer for å mobilisere og omdisponere personell under langvarige kriser. På bakgrunn av erfaringene med ovennevnte avtaler anbefaler kommisjonen at det bør gjennomføres en evaluering av forhandlingene og vurdere om det bør inngås nasjonale kriseavtaler. NSF støtter behovet for en slik evaluering som da må kartlegge hvordan avtalene faktisk ble brukt. Nasjonale kriseavtaler med fremforhandlede tiltak og særskilt kompensasjon kan være en løsning fremover. Denne løsningen eksisterer allerede i Sverige der avtaler er inngått med økt kompensasjon i krisesituasjoner for særskilte grupper. NSF mener i likhet med kommisjonen at slike avtaler må bygge på partssamarbeid, dialog og frivillighet. Terskelen for at arbeidsgivere og staten kan beordre personell må være høy.

Fastleger og avtalespesialister

NSF støtter kommisjonens anbefalinger om å utrede hvordan fastleger og avtalespesialister kan benyttes best mulig i forbindelse med kriser. Sykepleietjenestene og sykepleierne i kommunene har blitt tillagt et stort ansvar for pasienter med Covid-19, og de har følt seg svært alene om et stort og krevende ansvar og det har medført unødvendig lidelse for pasienter. Tilgang til og støtte fra legetjenesten er avgjørende for å sikre rask tilgang til medisiner og palliativ behandling. Mangelen på sykepleierkompetanse og en stabil legetjeneste i kommunale institusjoner har ikke vært tilstrekkelig erkjent av helsemyndighetene. Beredskapen svekkes når tjenestene må hvile seg på ad hoc løsninger for å gi pasientene forsvarlig helse- og omsorgshjelp. Vi viser til nærmere omtale under kap. 30.

Tydeligere krav til beredskapsplanlegging

Pandemien har medført omfattende omdisponeringer av personale. En nasjonal kartlegging av sykepleiernes erfaringer¹² viser at 25 prosent opplevde at enheten de arbeidet ved fikk tilført mer personell i forbindelse med koronasituasjonen. Videre oppga 40 prosent at de hadde opplevd at personell ble flyttet fra enheten de arbeidet ved. Det ble særlig flyttet ressurser fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fra anesthesi- og operasjonsavdelinger og fra somatiske sengeposter og poliklinikker, mens legevakt, intensivavdelinger og akuttmottak er de som i størst grad har fått tilført ressurser. Halvparten av sykepleierne i enheter som fikk tilført ressurser svarer at tilført personell fikk tilstrekkelig opplæring.

Kommuner og regionale helseforetak skal ha oversikt over personell som kan beordres, jf. helseberedskapsloven § 2-2. Som kommisjonen påpeker er det i dag ikke krav om at virksomhetene skal ha konkrete planer for hvordan de skal skalere opp under en krise og hvordan omdisponering og prioritering skal skje. Det ble svært tydelig når pandemien kom: det manglet klare planer og prosedyrer for mobilisering av personell, ressursdisponering og omlegging av

¹⁰ 81 % av de tillitsvalgte svarte dette i Sintef-undersøkelsen

¹¹ 32 % av respondentene

¹² Sintef 2020 – Sykepleiernes erfaring med første fase av koronapandemien



drift. Dette kan ha medført at for mye personell har blitt flyttet på, i for lang tid. Konsekvensen for sårbare pasientgrupper både i kommuner og spesialisthelsetjeneste, er potensielt store. Når det flyttes ressurser fra tjenester og enheter, er det risiko for at belastningen på gjenværende ansatte øker. Når enheter mottar personell som ikke har fått nødvendig opplæring for å gå inn i nye roller og funksjoner, øker det også belastningen for mottakende enhet og pasientsikkerheten utfordres.

NSF støtter kommisjonens anbefalinger om å innføre tydeligere krav til planer for oppskalering, omdisponering og nedskalering av personellressurser. Hensynet til sårbare pasientgrupper må ivaretas. Dette må følges opp med dokumenterte opplæringsplaner for å sikre at personell som flyttes er godt forberedt og raskt kan gå inn i nye roller og funksjoner. For å ivareta pasientsikkerheten må det sikres tilgang til nødvendig spesialkompetanse i viktige posisjoner. Vi viser til kapittel 29 for nærmere omtale av mangelen på intensivsykepleiere og erfaringer med det nasjonale opplæringsprogrammet for sykepleiere i behandling av pasienter i covid-19.

Disponering av personell uten helsefaglig kompetanse

Koronakommisjonen har i sine anbefalinger vist til adgangen i helsepersonelloven til å overlate bestemte oppgaver til andre enn helsepersonell, og foreslått at det åpnes for at det i noe større grad kan tillates å bruke medhjelpere under en krise. NSF er tvilende til et slikt forslag vil fungere i praksis. Ulike kriser fordrer ulik kompetanse og bistand. Å planlegge og trene andre enn helsepersonell til å ivareta helsepersonelloppgaver vil da i begrenset grad være hensiktsmessig. Kravet til forsvarlighet i helselovgivningen vil uansett være styrende for om dette lar seg gjøre.

Utvidet mulighet til å gi lisens

Kommisjonen foreslår å gi hjemmel i helseberedskapsloven for at kravene til lisens kan fravikes. Som en del av pandemihåndteringen ble det gjennom midlertidige forskrifter våren 2020, gitt lisens til 3-års sykepleiestudenter. Lisensene skulle være midlertidige og løse akutte bemanningsproblemer. Erfaringene fra dette har vært blandet. Det har hersket stor usikkerhet rundt hvorvidt disse studentene har fått nødvendig kompetanse og oppfølging under den avsluttende delen av studiet. Dette har vært var opp til den enkelte utdanningsinstitusjon NSF erkjenner at studentlisens kan være en god læringsmulighet og erfaring i å arbeide som sykepleier, og i tillegg en erfaring som arbeidsgivere kan vektlegge ved videre ansettelser. Helsefagstudentene utgjør en betydelig ressurs, som helseforetakene og kommunene trenger for å opprettholde kritiske funksjoner under koronapandemien. Samtidig er NSF opptatt av å sikre kvalitet i tjenestene og pasientsikkerhet, utdanningenes kvalitet og studentenes rettigheter.

NSF mener det er behov for følgende presiseringer av betingelser og avgrensninger:

- Studentenes ansvar i henhold til helsepersonelloven ved for eksempel avvik eller feil
- Studentenes rettigheter til å fullføre tilrettelagt utdanningsløp (for praksisstudier og eksamener)
- Hvorvidt lisensen skal være knyttet til et bestemt arbeidssted eller gjelde overalt i helsetjenesten
- Om studenten har krav på faglig veiledning og tilsyn av en overordnet sykepleier (jf. lisens for medisinerstudenter)
- Om studentene kan pålegges sykepleieroppgaver av selvstendig karakter som for eksempel ansvarsvakter og/eller bakvakter, og administrering av intravenøse medikamenter
- Er det forhandlet frem lønnsavtaler/tarifflønn som autorisert sykepleier med arbeidsgiverorganisasjonene og UNIO/Sykepleierforbundet



Andre sentrale forhold som ikke er omtalt i kommisjonens rapport

I en krise vil det være behov for å mobilisere ekstra personellressurser, både gjennom endringer i arbeidstid og arbeidssted for egne ansatte, og ved å mobilisere ekstra ressurser. Flere særtrekk ved helse- og omsorgstjenestene i Norge gjør dette vanskelig. NSF savner en tydeligere omtale og problematisering av disse forholdene i kommisjonens rapport.

Deltid øker faren for kryssmitte og vanskeliggjør mobilisering av personell

NSF har over svært lang tid vist til utfordringer ved utstrakt bruk av deltid i mange virksomheter. En ny negativ effekt av dette viste seg under pandemien. Helsepersonell i deltidsstillinger jobbet også andre steder for å få en lønn å leve av, og tok dermed med seg smitte mellom institusjoner. Da denne problematikken oppsto, opplevde mange at de fikk arbeidsforbud ved sin andre arbeidsplass(er) uten at dette ble kompensert.

En annen side ved omfanget av deltid er dette personellets plass i en beredskapsplan. Dette vil også være usikkert når det er flere arbeidsgivere. Deres arbeidstid kan heller ikke uten videre utvides da de også er forpliktet til å arbeide andre steder. Samlet sett bør erfaringene med effekten av deltid benyttes til å intensivere arbeidet med å skape en heltidskultur med faste og hele stillinger, som kan bidra til mer forutsigbar tilgang på personellressurser.

Bruk av utenlandsk innleid arbeidskraft gir økt sårbarhet

Norge har over år gjort seg avhengig av å leie inn spesialsykepleiere og sykepleiere fra andre land gjennom vikarbyråer, for å drifte både sykehusavdelinger og kommunale tjenester. Denne politikken har økt sårbarheten i helsesektoren ytterligere under pandemien, både som følge av faren for importsmitte og på grunn av usikker/redusert tilgang til slike vikarer. Etter hvert har tilgangen til vikarer fra utlandet blitt kraftig redusert, blant annet som følge av innreiseregler i Norge og andre land. Det har økt belastningen på eget personell. Dette er ikke berørt i Koronakommisjonens rapport. NSF mener dagens praksis med omfattende innleie ikke er bærekraftig. Det reduserer vår beredskapsvevne og gjør oss mer sårbare i en krisesituasjon. Det er også etisk betenkelig å belage seg på helsepersonell fra andre land. Sykepleiermangelen er global, og det er derfor viktig at alle land sørger for å utdanne eget helsepersonell slik WHO også oppfordrer til.

Manglende involvering av arbeidslivets parter i omdisponeringsprosesser

Rapporten berører ikke hvordan virksomhetene involverte sine tillitsvalgte i prosessene med mobilisering og omdisponering internt i virksomheten. Involvering av tillitsvalgt under pandemien er imidlertid undersøkt av Fafo¹³ blant Unios medlemsorganisasjoner. Endelig rapport vil lanseres før sommeren. Der fremgår det blant annet spesifikke tall på andel av tillitsvalgte som ble involvert i helse- og omsorgssektoren, i spørsmål bemanning og omorganisering. NSF mener medbestemmelse og partssamarbeid er en ressurs som må styrkes, og inngå som en naturlig del av beredskapsarbeid og krisehåndtering.

Kapittel 10 - Legemiddelberedskap og håndtering

Problemen knyttet til legemiddelberedskap var godt kjent før pandemien kom til Norge. Legemiddelberedskapen ble gjennomgått i 2019 og gjorde at helsemyndighetene raskt kunne iverksette tiltak for å sikre legemiddelforsyningen. NSF støtter kommisjonens anbefalinger om å foreta en avklaring av ansvarsforholdene i legemiddelberedskapen, samt etablere beredskapslagre for legemidler som kan forsyne både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. NSF støtter kommisjonen i at staten bør beslutte størrelsen og innholdet i lageret, og finansiere dette. Den internasjonale legemiddelberedskapen både i Norden og Europa bør styrkes slik som foreslått i rapporten.

¹³ [Arbeidsforhold og tillitsvalgtrollen under covid-19 – styrke i krevende tider | Fafo-notat 2021:10](#)



Kapittel 11 - Beredskap for smittevernutstyr

Kommisjonens rapport viser at myndighetene var klar over at det kunne bli mangel på smittevernutstyr ved en pandemi. Til tross for dette hadde ikke Norge nødvendige beredskapslagre verken nasjonalt, eller i tjenestene ved starten av pandemien.¹⁴¹⁵

Helsedirektoratet har ikke fulgt opp sitt ansvar om å etterse at foretak og kommuner har systemer for beredskapslagre for smittevernutstyr. Det manglet også planer og systemer for å sikre forsyningslinjer og kvalitetskontroll av utstyr. Dette kom først på plass etter at krisen var et faktum og det var svært vanskelig både å få tak i, og transportert nødvendig utstyr til Norge.

Konsekvensene av dette ble fort merkbar for sykepleiere som har opplevd å ha varierende tilgang på smittevernutstyr under pandemien. I starten av pandemien var det stor usikkerhet om man klarte å skaffe nok utstyr. I kommunene rapporterte sykepleiere om mangel på smittevernutstyr og restriksjoner på bruk av utstyr.¹⁶ Slik rasjonering kan ha kommet i konflikt med faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Nesten halvparten av sykepleierne rapporterer at det ble etablert prosedyrer for gjenbruk av smittevernutstyr. Det er en indikasjon på at man har forventet at det skulle oppstå mangel. Når det gjelder faktisk bruk av smitteutstyr rapporterer 64 % av sykepleiere i kommunene at de har benyttet utstyr i kontakt med pasienter med symptomer på Covid-19. Det kan bety at 36 % ikke har benyttet utstyr når de skulle ha gjort det, og dermed vært utsatt for smitte. Tallene varierer mellom ulike tjenester i kommunene, og er noe bedre i sykehjem.¹⁷

Kommisjonen slår fast: «*Det er svært sannsynlig at denne rasjoneringen av utstyr har ført til smitte som kunne vært unngått*». NSF er glad for at kommisjonens funn og vurderinger er svært tydelig på dette punktet. NSF er også fornøyd med at kommisjonen har sett nærmere på den nasjonale innkjøpsordningen for smittevernutstyr, og på fordelingsnøkkelen som kun ga 20 prosent av utstyret som ble fremskaffet gjennom den nasjonale innkjøpsordningen, til kommunene. NSF mener det er svært viktig at kommisjonen så tydelig støtter kritikken fra NSF, KS og Fagforbundet og vårt syn om at kommunenes behov ikke har blitt godt nok ivaretatt.

NSF støtter kommisjonens anbefalinger om å etablere statlige beredskapslagre for smittevernutstyr og medisinskteknisk utstyr som også ivaretar kommunenes behov. Dette må finansieres av staten og rigges på en slik måte at utstyret rulleres og svinn minimeres. Fordeling av smittevernutstyr må være en del av pandemiberedskapen og fordelingen må være dynamisk og gjenspeile faktisk smittesituasjon og behov. Når det gjelder beredskapslagre for medisinskteknisk utstyr mener NSF det kan være en god ide å at helseforetak og kommuner samarbeider om beredskapen innenfor rammen av helsefelleskapene, slik kommisjonen foreslår. Det må sikres at utstyrsbehovet i hjemmesykepleie, sykehjem og annen heldøgns omsorg blir ivaretatt innenfor en slik ordning.

Kapittel 12 – Vaksine

Kommisjonen har ikke evaluert selve vaksinearbeidet, men mener det er viktig at dette gjøres når pandemien er over. Anskaffelsen av vaksiner, den nasjonale vaksinestrategien, befolkningens tillit til vaksine, myndighetenes strategi og hvordan vaksinasjon ble gjennomført, bør være sentrale evalueringspunkter slik kommisjonen foreslår. Helsepsykepleierne har en

¹⁴ <https://www.nrk.no/norge/helsetopper-ble-advart-i-2009-om-utstyrsmangel-ved-en-ny-pandemi-1.14954409>

¹⁵ <https://www.nrk.no/norge/hadde-bare-fire-ukers-beholdning-av-munnbind-1.15009442>

¹⁶ Melby mfl. – Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien. Sintef 2020.

¹⁷ 75 % av sykepleierne i sykehjem har benyttet smittevernutstyr i kontakt med pasienter med symptomer på Covid 19, mens i hjemmetjenesten har 66 % benyttet utstyr. I tjenester innen psykisk helse og rusomsorg derimot, har bare 37 % benyttet smittevernutstyr i kontakt med pasienter med symptomer (Melby m.fl. 2020).



avgjørende rolle i planlegging og gjennomføring av vaksineringsen, og sykepleiere er sentrale i den praktiske gjennomføringen. NSF forventer derfor at helsesykepleiere/sykepleiere med særlig kompetanse og erfaring fra vaksinearbeidet, blir involvert i en slik evaluering.

NSF mener det er kritikkverdig at kommunenivået ikke ble involvert i planleggingen av vaksinestrategien på et langt tidligere stadium – også når det gjelder vurderinger rundt innkjøp av vaksiner, prioritering og fordeling. Det er i kommunene vaksinene i all hovedsak administreres, og det er kommunene som har bredest vaksinekompetanse og – erfaring. Det er derfor naturlig at kommunenivået trekkes aktivt inn i nasjonal planlegging på lik linje med spesialisthelsetjenesten.

Del III – Myndighetenes håndtering av smitte i samfunnet

Kapittel 14 – Forberedelser, nedstengning og strategivalg i første smittebølge

Kommisjonen konkluderer med at det var riktig å sette inn inngripende tiltak 12. mars 2020, men at tiltakene som ble satt inn var dårlig utredet og forberedt. Tidspresset på myndighetene ble større enn nødvendig fordi Helsedirektoratet ventet for lenge med å forberede tiltak. Smitteverntiltakene som Norge og andre vestlige land innførte var svært inngripende og av et helt annet omfang enn både de og WHO tidligere hadde planlagt for. Man hadde ikke lært av erfaringene fra asiatiske land i forbindelse med tidligere helsekriser.

NSF er enig i at det var riktig å sette inn inngripende tiltak for å få kontroll på smitten. Det er imidlertid kritikkverdig at man ikke utredet hvilke konkrete konsekvenser tiltak som stenging av barnehager og skoler, ville få for barn og unge. Stengingen kom i tillegg til omdisponering av helsesykepleiere, slik at skolehelsetjenesten i liten grad ble en tilgjengelig tjeneste for barn og unge. Som det pekes på fra kommisjonen beskriver Norges institusjon for Menneskerettigheter (NIM) at nettopp skolehelsetjenesten er en av tjenestene som gir flest bekymringsmeldinger til barnevernet. Helsesykepleierne var tidlig ute med å peke på konsekvenser de erfarte blant barn og unge. NSF og Landsgruppen av Helsesykepleiere (LaH) fulgte opp dette i gjentatte møter med Hdir, FHI og HOD. Det tok for lang tid før rapportering på barn og unges situasjon regelmessig og systematisk kom på plass.

Nedstengningen fikk store konsekvenser for høyere utdanning, herunder sykepleierutdanningene. Dette var ikke godt nok forberedt og mye har blitt overlatt til den enkelte utdanningsinstitusjon. Vi viser til omtale under kapittel 34.

NSF støtter læringspunktene og anbefalingene fra kommisjonen. Flere sektorer enn helse må involveres når det planlegges tiltak som har store samfunnsmessige konsekvenser. Det må sikres et godt planverk med ulike scenarier som det må tas høyde for, slik at det kan settes inn tiltak mer planmessig og på et tidligere tidspunkt. Storskalatesting bør inngå i dette.

Kapittel 15 – Gjenåpning etter første smittebølge

Barn og unge har blitt rammet hardt av smitteverntiltakene i pandemien. Som kommisjonen påpeker, skulle barn og unge prioriteres ved gjenåpning. Det er grunn til å spørre om i hvor stor grad dette ble gjort i praksis – det gikk to måneder fra nedstengningen til barn fra 5.klasse og oppover fikk komme tilbake. Det bør også evalueres om måten kommunene har organisert skoletilbudet på rødt nivå skoleåret 2020/21, har vært i tråd med nasjonale råd og veiledere, eller om barn og unge har blitt påført mer belastninger og tap av opplæring enn nødvendig.

Kommisjonen påpeker at regjeringen ikke hadde en god nok plan for hvordan den skulle håndtere importsmitte utover høsten 2020. Ordningen med testregime som alternativ til innreisekarantene var basert på at arbeidsgivere skulle organisere testingen. Ordningene med



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22 Telefon: 0 24 09
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

karanteunntak var basert på tillit, og at kommunene skulle føre tilsyn. Som kommisjonen påpeker var det urealistisk å tillegge kommunene en slik oppgave, i tillegg til de omfattende oppgavene de allerede hadde i forbindelse med TISK mv. Vi viser ellers til omtale av importsmitte under kapittel 9.

Kapittel 16 - Kommunikasjon

Kommunikasjonen ut mot kommunene var i pandemiens første faser mangelfull og kom for seint, slik kommisjonen påpeker. Kommuner må i større grad forhåndsvarsles om nye nasjonale tiltak. Krisekommunikasjon må inngå som en del av kriseberedskap og – planer, både lokalt og nasjonalt.

Antall smittede av covid-19 er høyere blant personer med annen etnisk bakgrunn¹⁸. Det har også vært en høyere andel innvandrere enn norskfødte som har vært innlagt og fått pustestøtte. Årsakene til dette vet vi enda for lite om. Vi kan si at vi ikke i tilstrekkelig grad har tatt innover oss at vi er et mangfoldig kulturelt og språklig samfunn. Informasjon om smitterisiko og forståelse av pandemiens restriksjoner nådde derfor ikke frem til alle i samme grad. Det ble ikke utarbeidet infomateriell på tilstrekkelig mange nok språk på et tidlig nok stadium, noe vi også erfarte og påpekte under svineinfluensaepidemien. Mangel på kvalifiserte tolker forsterker dette problemet. Krisehåndteringen har heller ikke i tilstrekkelig grad tatt hensyn til ulik kultur for og holdning til myndighetene/tillit.

NSF mener dette er en alvorlig svakhet og et svært viktig læringspunkt. Det må sikres at krisehåndtering og kommunikasjon ivaretar alle deler av befolkningen. Det forutsetter kunnskap om hvilke arenaer folk ferdes på og hvilke digitale plattformer som anvendes (viber, whatsapp o.l.). Andre tiltak vil kunne være å benytte seg av ressurser som aktive kulturagenter, imamene og bruke kultursensitive oversettere av informasjonsmateriale. Det burde tidlig vært utarbeidet tilpasset informasjon både på ulike språk, både i tekst og tale. Kommunikasjon ut mot barn og unge bør også ivaretas særskilt i myndighetenes kommunikasjonsplan. Det burde blitt laget muntlig informasjon tilpasset barn og unge på et tidligere stadium i pandemien.

Helsesykepleierne opplever at det har vært en styrke at FHI har sendt ut *Informasjonsbrev om koronavaksinasjonsprogrammet*. I en jungel av informasjon gjennom media, hvor man ikke kan kvalitetssikre dette til enhver tid, har det vært svært nyttig med riktig informasjon fra FHI.

Kapittel 17 - Testing, isolering, sporing og karantene

Testing, isolering, sporing og karantene er sentrale virkemidler for å håndtere en pandemi. Kommisjonen viser imidlertid at det ikke har vært planer for å bruke disse tiltakene i et slikt omfang, og over så lang tid som under denne pandemien. Planverket legger heller ikke opp til at testkapasiteten skal økes, eller at smittesporing skal skaleres opp ved pandemi. Kommisjonen finner også at myndighetene ikke ga kommunene nok støtte til å gjennomføre TISK-strategien.

NSF mener myndighetene heller ikke på dette området har involvert eller tatt hensyn til kommunenes behov i tilstrekkelig grad. Ett eksempel er vurderingen av testkapasitet – her omhandlet ikke de første rapportene testkapasiteten i kommunene, kun på laboratoriene. Dette er oppsiktsvekkende i lys av den sentrale og avgjørende rollen kommunene har på dette området. NSF er enig med kommisjonen i at beredskapsplanene bør beskrive koordinering og samarbeid mellom kommuner, sykehus, laboratorier og andre som kan ha oppgaver i en TISK-strategi.

¹⁸ <https://forskersonen.no/covid19-innvandring-kronikk/covid-19-og-innvandrere-hva-sier-tallene/1835255>



NSF støtter koronakommisjonen i at staten bør ta større ansvar for å gjøre effektive digitale verktøy tilgjengelige for kommunene under en pandemi, samt behovet for en tydeliggjøring av ansvarsforholdene i smittevernloven når det gjelder bruk av smittesporingsteam. NSF etterlyser tydeligere føringer fra myndighetene både når det gjelder sammensetning og drift av smittesporingsteamene, men også smittevernteam, jfr. våre kommentarer til kap. 19. Det ble gitt beskjed om at helsesykepleiere ikke skulle omdisponeres til TISK-arbeid. Likevel ble dette gjort i lang tid i mange kommuner. Helsedirektoratet og HOD måtte gjentatte ganger bes om å tydeliggjøre dette budskapet ut mot kommunene, for å skjerme helsetilbudet til barn og unge i størst mulig grad.

I kommunal planlegging og det daglige smittevernarbeidet har helsesykepleiere en sentral rolle. I det operative TISK-arbeidet under en pandemi kan andre ressurser brukes. Disse må få opplæring, veiledning og støtte av smittevernfaglig personell, som helsesykepleiere. Under denne pandemien har kommuner eksempelvis gitt fysio- og ergoterapeuter som ikke har kunnet drive pasientbehandling, nødvendig opplæring og benyttet de i TISK-arbeid. Det viktige er at kommunene i «fredstid» har planer, kompetent personell på smittevern og beredskapsavtaler med for eksempel frivillige. Smittevern-nettverk ledet av helsesykepleier, med 1-2 kontaktpersoner på alle kommunale institusjoner som får jevnlig faglig oppdatering på smittevern, er eksempler på hvordan kommuner har løst dette. Når en pandemi eller annen krise inntreffer er man da forberedt og rigget for å håndtere situasjonen best mulig. Å skulle fremskaffe riktig kompetanse og ressurser midt i en krise er krevende, noe denne pandemien tydelig har vist oss.

Del IV – Kriseorganisering og samhandling

Kapittel 19 - Myndighetenes styring og samhandling under koronakrisen

Kommisjonens rapport gir en god gjennomgang av forholdet mellom de sentrale aktørene på myndighetsnivå og avdekker flere forhold som bør følges opp, herunder departementets rolle, innholdet i Helsedirektoratets koordineringsrolle, og ansvarsdelingen og samarbeidet mellom Helsedirektoratet og FHI. NSF støtter en gjennomgang og tydeliggjøring av de ulike aktørenes roller og ansvar. Helsesykepleierne påpeker at det har forvirrende at både Hdir og FHI har gitt nasjonale anbefalinger som angår helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For tjenestenivået er det ikke åpenbart hva som er ansvars- og oppgavefordelingen mellom disse etatene, og hvilken status ulike råd og anbefalinger har. Her bør det ryddes opp og informeres tydelig ut.

Ett av de viktigste læringspunktene er involvering og ivaretagelse av kommunene. Det er oppsiktsvekkende at en så sentral aktør, med avgjørende betydning for landets evne til å håndtere en krise, ikke var representert i Helse- og omsorgsdepartementets koordineringsmøter. Som kommisjonen påpeker, kan dette ha svekket myndighetenes evne til å ivareta kommuneperspektivet. Det gikk for eksempel lang tid før Helsedirektoratet etablerte et prosjekt for TISK-arbeidet som så ressursbehovet i kommuner, spesialisthelsetjeneste og laboratoriekapasitet i sammenheng. NSF mener det må sikres at kommunene har en tydelig og sentral plass i beredskapsarbeidet på nasjonalt nivå fremover.

Kommisjonen viser at statsforvalterne har fulgt opp kommunene på ulikt vis, og at de har ulike oppfatninger av hva som ligger i deres samordningsrolle. Noen embeter har derfor inntatt en mer aktiv og proaktiv rolle enn andre. Som kommisjonen påpeker har pandemien vist at det er et stort behov for et statlig organ på fylkesnivå, som kan ta på seg aktive oppgaver i håndteringen. Koordinering og fordeling av smittevernutstyr, koordinering av smitteverntiltak og understøtting av kommunenes arbeid med TISK er eksempler på dette. For at



statsforvalterne skal kunne fungere som et bindeledd mellom stat og kommune, må de ha en omforent forståelse av sin rolle og sine oppgaver i krisesituasjoner. NSF støtter kommisjonens anbefalinger om å tydeliggjøre dette i smittevernloven og gjennom en veileder.

Kommisjonen mener det bør vurderes hvordan kapasitet og kompetanse i kommunelegefunksjonen kan styrkes. NSF er enig i at dette er en krevende rolle slik den er regulert i dag. Vi lever i en tid der komplekse oppgaver løses i team, ikke av enkeltpersoner/funksjoner. NSF mener de funksjonene og ansvarsområdene som i dag ligger til kommunelegen, bør styrkes gjennom etablering av et kommunalt *smittevernteam*. Et slikt team bør ha en helsesykepleier som samarbeider tett med kommunelegen, og i tillegg bør sykepleier fra pleie- og omsorgstjenesten inngå i teamet. Det må sikres tilgang til spesialisert smittevernkompetanse gjennom eget personell, og/eller i nært samarbeid med smittevernavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Vi viser til omtale under kapittel 7.

Del V – rettstat og demokrati

Kapittel 23 – Statlige smitteverntiltak og regelverksutvikling

NSF støtter kommisjonens anbefaling om å lage tydeligere regelverk for hvordan det kan gjennomføres raskere lov- og forskriftsprosesser under en krise, uten at det går på bekostning av grunnleggende demokratiske hensyn og rettsikkerheten. NSF støtter også behovet for å revidere smittevernloven slik kommisjonen skisserer, for å tydeliggjøre regjeringens konstitusjonelle ansvar. Som kommisjonen påpeker er det uvanlig at et fagdirektorat er gitt kompetanse til å fatte vedtak av så prinsipiell og vidtrekkende karakter som nedstengingen 12.mars 2020.

Kapittel 24 - Lokale vedtak etter smittevernloven

Smittevernloven inneholder ikke krav om at kommunelegens hastvedtak må behandles eller godkjennes av et folkevalgt organ i etterkant. Kommisjonen viser hvordan dette medførte at en stor del av de lokale smittevernvedtakene aldri ble gjenstand for demokratisk behandling eller diskusjon.

Kommisjonen viser også til at flere kommuner har strukket hjemmelen i smittevernloven § 4-1 første ledd, når de innførte lokale regler om innreisekarantene og restriksjoner. Kommisjonen etterlyser en klargjøring av grensene for kommunenes vedtak, tidsbegrensning, vurdering av forholdsmessighet ved smitteverntiltak mv.

NSFs har dessverre flere erfaringer med kommuner som ikke bare har strukket lovverket, men reelt sett fattet lovstridige og inngripende vedtak som kun har rettet seg mot helsepersonell – generelt eller ved konkrete virksomheter eller avdelinger. Eksempler på dette er innføring av fritidskarantene eller forbud mot reise over kommunegrensene. Vi ser svært alvorlig på at kommuner har så dårlig forståelse av regelverket at dette har skjedd. I kommisjonens rapport er det vist til flere mangler og utfordringer i kommunes saksbehandling og vedtak etter smittevernloven. Våre erfaringer viser dessverre grelle eksempler på dette, og NSF støtter kommisjonens anbefaling om en revisjon av smittevernloven.

Kapittel 25 - Besøksforbud i omsorgsboliger og bofellesskap

Kommisjonens rapport viser at om lag en tredel av kommunene innførte besøksforbud i omsorgsboliger og bofellesskap. Dette omfattet i underkant av 6000 personer, og rammet både funksjonshemmede og eldre. Mange kommuner oppga retningslinjer fra Helsedirektoratet som grunnlag for beslutningen, og de har i liten grad benyttet juridisk kompetanse i beslutningene.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22 Telefon: 0 24 09
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

NSF støtter kommisjonens kritikk på dette området. Det er svært alvorlig og kritikkverdig at mange kommuner har innført besøksforbud i omsorgsboliger og bofellesskap uten å ha hjemmel for det, og uten å ha foretatt nødvendige etiske og juridiske vurderinger i forkant. Helsedirektoratet, i samarbeid med statsforvalteren, må sørge for at kommunene gis nødvendig veiledning slik at kommunale vedtak ikke bryter Grunnloven og menneskerettslige forpliktelser.

Kapittel 26 – Koronaloven

Regjeringens forslag til koronalov, innebar nærmest uavgrenset fullmakt til regjeringen i seks måneder. Stortingets lovgivende makt ville langt på vei vært suspendert i den aktuelle perioden. Endringene som Stortinget gjorde i loven, viser hvor viktig parlamentarisk behandling av lover er. Demokratisk styring og forankring er avgjørende for å sikre oppslutning og legitimitet i befolkning i en krise. Kommisjonen anbefaler at prinsippene som er nedfelt i koronaloven om forholdet mellom Storting, regjering og domstoler bør legges til grunn ved fremtidige hendelser. NSF støtter dette.

I løpet av pandemien har både NSF og mange andre organisasjoner gitt høringsvar på en rekke midlertidige forskrifter og forskriftsendringer. Det var krevende å fange opp alle, og svare ut innenfor svært korte frister. Vi har forståelse at det var vanskelig å unngå slik situasjonen var, men det gir grunn til å stille spørsmål ved hvor godt funderte beslutningene var. Generelt mener NSF at det er en demokratisk utfordring at så mange viktige og til dels inngripende beslutninger blir fattet uten grundigere prosesser.

Del IV – Håndtering i helse- og omsorgstjenesten

Kapittel 29 - Spesialisthelsetjenesten under pandemien

Kommisjonen vurderer at sykehusene hadde planverk, men at dette ikke var tilpasset covid-19 pandemien. Sintefs undersøkelse av sykepleiernes erfaringer¹⁹ bekrefter dette bildet. Blant annet manglet det detaljerte planer for mobilisering av personell, ressursdisponering og omlegging av drift, jf. omtale under kapittel 9. Den første fasen av pandemien var derfor preget av mye ad-hoc arbeid, og ledere og ansatte har lagt ned en enorm innsats i å rigge om og etablere nye tjenester og systemer for å ta imot pasienter med covid-19. Som kommisjonen påpeker har mangelen på planer og prosedyrer medført at for mye personell har blitt omdisponert enkelte steder, og at personell ble stående for lenge i beredskap før sykehusene gikk tilbake til mer normal drift. Det er gjort store endringer mht til kapasitet og omorganisering i påvente av et antall pasienter som aldri kom.

Redusert aktivitet i spesialisthelsetjenesten og innenfor ulike deler av tilbudet, kan ha medført at pasienter ikke har fått stilt diagnose eller mottatt behandling til riktig. Det gjelder både innenfor somatiske områder og psykisk helsevern og TSB. Samtidig har mange opplevd å få redusert tilbudet i kommunene. Konsekvensene for den enkelte kan potensielt være store. Det bør vurderes om RHFene kan og bør innta en mer aktiv koordinerende rolle i slike situasjoner for å redusere unødvendig nedtrekk i aktiviteten. Spesialisthelsetjenesten må ta hensyn til kapasitet og kompetanse i kommunene før det besluttes endringer i egen aktivitet. Spesialisthelsetjenesten må aktivt bidra til å understøtte krisehåndteringen i kommunene, eksempelvis gjennom å tilføre personell ved behov, jf. omtale under kap.30. Etterslepet i spesialisthelsetjenesten er betydelig og vil kreve mye personell og øvrige ressurser fremover.

¹⁹ Melby mfl. (2020) – Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien.



Manglende intensivkapasitet burde vært løftet tydeligere frem

Intensiv- og respirator kapasiteten er en kritisk faktor i håndteringen av pandemien. Norge var dårlig rustet med et lavere antall intensivsenger per 100 000 innbyggere, enn mange andre land.²⁰ Dette fremkom også i evalueringer etter svineinfluensa-epidemien i 2009.²¹ Her ble det identifisert en rekke svakheter og forbedringspunkter innenfor intensivvirksomheten som ikke er fulgt opp. Rapporter fra RHFene til Helse- og omsorgsdepartementet²² våren 2020 viser at foretakene ville ha problemer med å ruste opp kapasiteten for å møte en pandemitopp, dvs. et behov på opp mot 1200 intensivplasser. En slik oppskalering ville kun være mulig en kort periode, og konsekvensene for andre pasientgrupper, personell og økonomi ville bli store. Tilgangen på personell og kompetanse beskrives som den største begrensende faktoren. Det gjelder ikke minst intensivenehetene ved de minste akuttsykehusene som allerede er marginalt bemannet.

Kommisjonens rapport omtaler noen av problemene rundt manglende intensivkapasitet, men går ikke dypt inn i dette. Knapphet på personell med riktig kompetanse fremheves som den største begrensende faktoren også av kommisjonen. NSF forventer ikke at kommisjonen skal vurdere hvilket nivå intensivkapasiteten bør ligge på, men mener manglene burde vært løftet frem og problematisert i større grad enn det som er gjort. Myndighetene har vært godt kjent med mangelen på intensivsykepleiere gjennom en årrekke, uten å treffe nødvendige tiltak. NSF har varslet om en økende mangel på intensivsykepleiere over lengre tid. Riksrevisjonens rapport om bemanningsutfordringer i helseforetakene²³ viser en betydelig mangel på, og høy alder blant intensivsykepleierne ved mange intensiveneheter. Mange enheter benytter sykepleiere uten spesialisering i stilling for spesialsykepleiere. De regionale helseforetakene har gjennom en årrekke meldt inn behov for økt utdanningskapasitet innenfor særlig anestes-, intensiv- og operasjonssykepleie. Til tross for dette har utdanningstakten vært uendret inntil nylig.

I 2021 har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å opprette 100 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie.²⁴ Per i dag er imidlertid personellsituasjonen mht intensivsykepleiere uendret, og også mer utfordrende enn tidligere. Intensivkapasiteten har i realiteten ikke blitt styrket under pandemien.²⁵ Flere steder er sykehusene avhengig av utenlandske vikarer for å håndtere daglig drift. Under pandemien har denne muligheten blitt kraftig redusert og intensivsykepleierne har derfor måttet være sine egne vikarer. Belastningen på intensivpersonellet er stor flere steder, og er nå på bristepunktet.²⁶ NSF er bekymret for at overbelastning av kritisk viktig personell kan medføre at mange velger å slutte eller blir alvorlig syke. Det vil svekke kapasitet og beredskap ytterligere.

Det er liten tvil om at dagens kapasitet er for liten til å møte behovene i befolkningen fremover. Ulike pasientgrupper vil ha behov for intensivbehandling – premature barn, kritisk skadde, pasienter med hjertestans osv. Den mest begrensende faktoren for økt kapasitet er mangelen på intensivsykepleiere. De regionale helseforetakene har nå fått i oppdrag å gjennomgå det fremtidige behovet for intensivkapasitet og kompetanse, herunder behovet for intensivsykepleiere. Det må sikres nødvendig åpenhet, involvering og legitimitet rundt dette arbeidet. NSF mener det er behov for å etablere krav til bemanning og kompetanse gjennom en nasjonal faglig retningslinje for intensivvirksomhet.

²⁰ Regional intensivutredning fra 2019.

²¹ <https://www.dsb.no/rapporter-og-evalueringer/ny-influensa-a-h1n1-2009---gjennomgang-av-erfaringene-i-norge/>

²² Jf. svar på oppdrag i foretaksmøtet 25.03.20.

²³ Bemanningsutfordringer i helseforetakene, Riksrevisjonen 2019.

²⁴ <https://www.nsf.no/nyheter/vart-politiske-arbeid/100-nye-utdanningsstillinger-i-intensivsykepleie>

²⁵ <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/yRR2Oa/anestesilege-paa-riks hospitalet-kapasiteten-har-ikke-blitt-stoerre>

²⁶ <https://www.dagbladet.no/nyheter/jobber-seg-i-hjel/73123287>



Vi vil aldri kunne ha en intensivkapasitet til vanlig som er stor nok til å håndtere en pandemi. I tillegg til å ta ned elektiv virksomhet vil det derfor være behov for å omdisponere personell for å øke kapasiteten. Under pandemien har helseforetakene omdisponert anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere for å bistå intensivsykepleiere. Anestesisykepleierne NSF melder om at det fortsatt var preg av ad-hoc løsninger på personellsiden under tredje bølge av pandemien. Anestesisykepleiere kan være en reell ressurs for intensivenheter, men har flere steder fått for dårlig tid til opplæring. Mye av dette skyldes press på å få unna operasjonskøer mellom smittebølgene, og at det ikke har blitt satt av tid til opplæring i bruk av utstyr og daglige rutiner. Avlastingen for intensivsykepleierne ble derfor dårligere enn den kunne vært.

Nasjonalt opplæringsprogram i behandling av covid-19 pasienter

I tillegg til interne omdisponeringer tok myndighetene initiativ til å etablere felles rammer for et to-ukers, nasjonalt opplæringsprogram i behandling av covid-19 pasienter for sykepleiere, jf. revidert oppdragsdokument til RHFene 2020. Tilbakemeldinger fra tjenestene tyder på at dette programmet ikke har fungert etter intensjonen. Programmet var for omfattende og har derfor i liten grad blitt brukt. Det ble også sendt ut simuleringsutstyr som ingen hadde tid til å bli opplært i å bruke. NSF mener dette programmet er et kortsiktig tiltak som ikke svarer ut behovet for økt intensivkapasitet fremover, verken for å håndtere normal drift eller nye kriser og katastrofer. Ettersom programmet var en del av myndighetenes håndtering burde kommisjonen ha sett nærmere på dette.

Som omtalt under kapittel 9 er det behov for å utarbeide bedre og mer detaljerte planer for omdisponering av personell. Dette må skje på en planmessig og forberedt måte, slik at personell som omdisponeres har gjennomgått nødvendig opplæring og trening. Ansvar- og oppgavedelingen mellom ulike typer personell i slike situasjoner må tydeliggjøres og avklares, både innenfor intensivvirksomhet og andre funksjoner. Det vil gi viktig forutsigbarhet både for de som skal inn i nye roller og for de som skal ta imot nytt personell, og sikre at pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet ivaretas. Felles nasjonale retningslinjer vil bidra til å sikre enhetlig praksis og bør vurderes.

NSF mener:

- Det må lages en samlet plan for å øke intensivkapasiteten for å sikre fremtidige behov og nødvendig beredskap. Det må utdannes flere intensivsykepleiere for å møte behovet
- Det er behov for å kartlegge bemanningen i intensivene i dag, og etablere krav til bemanning og kompetanse gjennom en nasjonal faglig retningslinje for intensivvirksomhet.
- Det må utarbeides bedre og mer detaljerte planer for omdisponering av personell under kriser, herunder behovet for opplæring og trening for å kunne utføre nye oppgaver. Ansvar- og oppgavedelingen mellom ulike typer personell i slike situasjoner må tydeliggjøres både innenfor intensivvirksomhet og ellers, slik at pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet ivaretas.
- Det bør innhentes kunnskap om konsekvensene av pandemien på kort og lang sikt, for pasienter innen psykisk helse og rus. Dette bør danne grunnlag for en vurdering av hvilke tjenester og personellgrupper som må skjermes i forbindelse med større kriser.

Kapittel 30 - Den kommunale helse- og omsorgstjenesten under pandemien

NSF er glad for at kommisjonen er tydelig på myndighetenes manglende vektlegging av behovene i kommunene. Det beskrives at kommunens oppgaver er å tilpasse tjenester til pasienter med sammensatte behov over tid. Kommunene har et langt videre oppdrag, blant annet for forebyggende og helsefremmende tiltak, ikke minst på smittevernområdet. Dette omfatter en rekke kommunale tjenester.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22 Telefon: 0 24 09
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Som kommisjonen påpeker, har arbeidsbelastningen på kommunene vært stor under hele pandemien. Mye personell har blitt omdisponert for å ivareta smittesporing, testing og nå vaksinerings. Flertallet av pasienter som har dødd av covid-19 har vært innlagt i kommunale institusjoner. I tillegg har trykket på kommunene økt som følge av at spesialisthelsetjenesten har tatt ned sin aktivitet. Som en konsekvens av dette har kommunene redusert sitt tilbud både til hjemmeboende eldre og til personer med psykiske lidelser. Det samme gjelder rehabilitering og treningstilbud. Helsestasjon – og skolehelsetjenesten har hatt økt press på sine tjenester som følge av omdisponering av personell parallelt med økte oppgaver. Barselkvinner og nyfødte blir sendt tidligere hjem fra sykehus, og flere barn og unge med psykiske plager som ikke har fått hjelp fra BUP. Deler av befolkningen kan ha fått sin livskvalitet og helsetilstand betydelig forverret under pandemien, se omtale under del VIII. I motsetning til spesialisthelsetjenesten kan aktiviteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mindre grad tas igjen på et senere tidspunkt. De daglige behovene må ivaretas der og da, ikke utsettes til senere.

NSF etterlyser omtale av de kommunale helsetjenestene til barn og unge i dette kapitlet. Selv om det er viet et eget kapittel til barn og unge burde en helsetjeneste som ytes til ¼ av befolkningen (pluss foresatte) vært viet egen omtale på linje med pleie- og omsorgstjenestene. Vi viser for øvrig til merknader under kap.31 og 34.

Prioritering av helsehjelp

Sykepleietjenestene og sykepleierne i kommunene har blitt tillagt et stort ansvar for pasienter med Covid-19. Vedvarende sykepleiermangel, lav andel høyskoleutdannet personell, høy andel ufaglærte og utbredt bruk av deltid, utfordrer kommunenes evne til å ivareta et slikt ansvar over lang tid. Sintefs undersøkelse av sykepleiernes erfaringer viser at ansatte ble overrasket da smitten kom til sykehjemmet. Symptomene var ofte annerledes enn de hadde lært, og det tok derfor lengre tid å oppdage smitten, og hindre videre spredning. Sykepleierne forteller at pasienter som var døende av covid-19 hadde store problemer med åndedrettet, og at dødsfallene opplevdes som dramatiske. Sykepleierne har vært usikre på hvordan de skulle gi god behandling og smertelindring til disse pasientene, og de har følt seg svært alene om et stort og krevende ansvar.

Tilgang til og støtte fra legetjenesten er avgjørende for å sikre rask tilgang til medisiner og palliativ behandling. Mangelen på sykepleierkompetanse og en stabil legetjeneste i kommunale institusjoner har ikke vært tilstrekkelig erkjent av helsemyndighetene. Det har ikke blitt iverksatt tiltak for å møte denne situasjonen. Det burde vært gjort mer for å sikre sykepleiere og helsefagarbeidere stabil kompetansestøtte og avlastning. Fastlegeordningen kan ikke stå for dette alene, og nasjonale råd har ikke gitt en god nok beskrivelse av hvordan det utvidede behandlingsansvaret i kommunene skulle håndteres. Sykepleiernes ansvar i disse tjenestene ikke har vært tydelig nok adressert fra myndighetene, blant annet gjennom de nasjonale prioriteringsrådene. Beredskapen svekkes når tjenestene må hvile seg på ad hoc løsninger for å gi pasientene forsvarlig helse- og omsorgshjelp. NSF mener også at Helsedirektoratet burde beskrevet muligheten kommunene har for å tilrettelegge for støttetjenester, slik at pleiepersonell i størst mulig grad får brukt tiden til pasientnært arbeid.

For å styrke vår framtidige beredskapsevne må de kommunale helse- og omsorgstjenestene rustes opp. Nåværende grunnbemanning er svært knapp og gir lite rom for å håndtere ekstraordinære situasjoner. Myndighetene har i for stor grad vært opptatt av å dempe presset i spesialisthelsetjenesten, og for lite opptatt av å understøtte det kommunale «sørge- for» ansvaret ved en eventuell pandemitopp. NSF mener det er viktig å ta lærdom av erfaringene.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22 Telefon: 0 24 09
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Sykehjemmene under pandemien

Rapporten bekrefter i stor grad det bildet som kommer frem i Sintefs undersøkelse av sykepleieres erfaring med pandemien. Pandemisituasjonen har blitt opplevd som dramatisk av de ansatte. Sykehjemmene manglet smittevernutstyr og oppdaterte smittevernplaner. Sykehjemmene var ikke bygningsmessig tilpasset, og renholdet var ikke godt nok. Kommisjonen konkluderer med at sykehjemmene ikke var forberedt, men at de likevel har håndtert situasjonen godt og i hovedsak unngått store smitteutbrudd.

NSF er i hovedsak enig i denne vurderingen, men mener kommisjonen ikke i tilstrekkelig grad synliggjør alvoret i situasjonen. Flere sykehjem har opplevd store utbrudd hvor en høy andel av pasientene har dødd på kort tid. Kommisjonen slår fast at smitte fra ansatte var hovedårsak til smitte blant sykehjemsbeboere. Dette er svært alvorlige funn som burde vært viet større oppmerksomhet. Sammenhengen med den høye andelen deltidsarbeidende burde også vært vurdert nærmere. NSF støtter anbefalingene fra forskergruppen som gjennomført casestudier ved frem kommunale sykehjem: smitteverntiltak må settes i gang tidligere, smittevernstrategier må inkludere drift og renhold, bygningsmassen må tilrettelegges for praktisk gjennomføring av smitteverntiltak og det må tilrettelegges for større stillingsprosenter for å unngå at ansatte har flere arbeidsteder.

Kommisjonen peker på at det enkelte sykehjem har måttet finne løsninger for pandemihåndteringen på egenhånd, og at det kan være behov for en mer overordnet plan og mer læring på tvers av institusjoner. NSF støtter dette, men vil samtidig påpeke at planer og nettverk ikke er nok. Det må sikres lederstrukturer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som sikrer nødvendig sykepleierkompetanse i alle ledd som grunnlag for felles rutiner og prosedyrer. Institusjonsbaserte tilbud og hjemmebaserte tjenester må sees i sammenheng.

NSF mener:

- Myndighetene må sikre at kommunenes behov ivaretas i forbindelse med kriser, slik at de kan ivareta sitt ansvar på en god måte. Det må utvikles nasjonale prioriteringsråd ved kriser og katastrofer som har et helhetlig og tverrprofesjonelt perspektiv, i tråd med nasjonale prinsipper for prioritering.
- Spesialisthelsetjenesten må ta hensyn til kapasitet og kompetanse i kommunene før det besluttes endringer i egen aktivitet. Spesialisthelsetjenesten må aktivt bidra til å understøtte krisehåndteringen i kommunene, eksempelvis gjennom å tilføre personell.
- Det må sikres lederstrukturer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som sikrer nødvendig sykepleierkompetanse i alle ledd som grunnlag for felles rutiner og prosedyrer

Del VII – Sentrale samfunnsfunksjoner

Kapittel 31 – Sentrale samfunnsfunksjoner

Kommisjonen anbefaler at *«dersom det er uunngåelig å stenge ned skoler og barnehager i en krise, bør skolehelsetjenester og helsestasjoner drive mer oppsøkende virksomhet for å kunne se barn og unge som kan trenge hjelp eller bistand fra barneverntjenesten.»* Under pandemien har oppsøkende virksomhet – eks. hjembesøk – vært kraftig begrenset og i stor grad foregått digitalt. Tilbudet har vært ulikt; mange kommuner utviklet gode metoder for å nå barn og unge digitalt, andre ikke. Hensikten med den oppsøkende virksomheten er ikke bare «å se» eller oppdage barn og unge som trenger hjelp fra barnevernet. Det er en egen viktig funksjon å nå barn og unge så tidlig som mulig for nettopp å unngå at de må ha ytterligere hjelp eller behandling, å kunne støtte, veilede familier og iverksette tidlige forebyggende tiltak.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt, 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 0 24 09

Telefaks: 22 04 32 40

E-post: post@nsf.no

www.nsf.no

Bankgiro: 1600 49 66698

Org.nr: NO 960 893 506

MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er ikke utelukkende et «fangstnett» for barnevern og BUP, men har en selvstendig funksjon for å styrke barn og unges helse, trivsel og oppvekstvilkår. Den burde derfor vært definert som samfunnskritisk på lik linje. Barnehager og skoler var åpne for barn av foreldre i samfunnskritiske yrker og barn i sårbare situasjoner/familieforhold. Dette var i utgangspunktet positivt. Samtidig kan det oppleves stigmatiserende å bli definert som «sårbar», og at det er grunnen til at du kan få gå på skolen. Definisjonen av sårbarhet og oversikten over hvilke barn dette gjaldt var også uklart/mangelfull. Også her er det viktig at perspektivene og kunnskapen i helsestasjon- og skolehelsetjenesten blir tatt inn i vurderingene. Det er en rekke «sårbare» barn som ikke er i verken barnevernet eller BUP sine systemer.

Del VIII – Konsekvenser av covid-19

Kapittel 33 - Helsemessige konsekvenser

Kommisjonen viser gjennom ulike deler av rapporten at pandemien har rammet skjevt både geografisk og sosialt. Både økonomiske og ikke-økonomiske skadevirkninger har gått ut over sårbare grupper i samfunnet. Det gjelder også deler av befolkningen med migrasjonsbakgrunn. Utvalget beskriver også at ensomhet, redusert livskvalitet og svekket psykisk helse, kan bidra til å forsterke eksisterende utfordringer.

Siden nedstengingen i mars 2020 har mange pasienter mistet, fått redusert sitt tilbud eller utsatt behandling. Langt flere har blitt ivaretatt i en allerede hardt presset kommunal helse- og omsorgstjeneste. Skrøpelige eldre, personer med kroniske somatiske tilstander og langvarige og sammensatte psykiske lidelser, er særlig utsatt. I perioder og i ulike deler av landet, har dagtilbud, aktivitetstilbud, kurstilbud, arbeidstiltak, lavterskeltilbud og gruppetilbud vært stengt eller redusert. Mange hjemmeboende eldre har opplevd stor grad av ensomhet og isolasjon, og belastninger knyttet til frykt for egen helse og sikkerhet. En rapport fra Helsetilsynet i samarbeid med Brukerrådet viser at over halvparten av respondentene har opplevd å få mindre tjenester enn før pandemien. Om lag en tredjedel oppga at helsen hadde blitt dårligere, mens nesten halvparten svarte at livskvaliteten var redusert. Mange pårørende har måttet yte langt mer bistand til hjemmeboende pasienter.²⁷

Sintefs undersøkelse av sykepleieres erfaringer viser at eldre og personer med demens ble redde, ensomme og deprimerte som følge av isolasjon og begrensinger i aktivitet. Det gjelder også andre sårbare grupper, som brukere av dagsentertilbud innen psykisk helse og rus.²⁸ Oppfølging i eget hjem ble redusert og endret, herunder tilbudet om hjemmesykepleie. Flere kommuner oppgir at brukere med ROP-lidelser er særlig utsatt fordi de mistet stabiliserende tiltak i hverdagen²⁹. Sykepleiere innen psykisk helse og rusfeltet omdisponert til andre tjenester. Dette kan ha bidratt til forverring av tilstand, prognosetap og varig nedsatt funksjonsnivå for mange pasienter og brukere. Helsedirektoratet påpeker at det er lite kunnskap om hvilke konsekvenser redusert aktivitet, økt ventetid og flere fristbrudd vil få for pasienter innen psykisk helse og rus, både på kort og lang sikt. Ifølge en ny studie fra Universitetet i Oslo, har angst og depresjonssymptomer hos voksne nesten tredoblet seg under COVID-19-pandemien. Tall fra Norge samsvarer med funn fra FN.

De helsemessige konsekvensene av pandemien, både fysisk og psykisk kan være betydelig, både for befolkningen samlet sett, og for særlig utsatte grupper. Dette må følges nøye i årene

²⁷ Rapport fra Helsetilsynet 6-2020 Pasient- og brukererfaringer med tjenester under pandemien 2020

²⁸ Melby mfl. – Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien. Sintef 2020.

²⁹ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/notat_12mai2020.pdf/



fremover, og behovet for kompenserende tiltak vurderes og iverksettes fortløpende. Langtidsvirkningene for personer som har gjennomgått covid-19 er ikke kjent og må følges nøye opp fremover for å unngå at personer utvikler livsvarige skader og uførhet.

Andre sentrale forhold som ikke er omtalt i kommisjonens rapport

Rapporten omtaler helsemessige konsekvenser for en rekke grupper, men har en stor mangel: helsemessige konsekvenser for arbeidstakere i utsatte yrker. Dette til tross for at rapporten i kap. 30 viser til funn av stor arbeidsbelastning i kommunene. Sintefs undersøkelse³⁰ viser hvordan medlemmene i NSF opplevde den første fasen av pandemien, hvordan de har blitt berørt og hvilken krevende arbeidssituasjon de har stått i. Arbeidsbelastningen har vært stor for mange. En betydelig andel av sykepleierne har opplevd særskilte belastninger og begrensninger knyttet til familieliv og sosialt liv, grunnet frykt for å utsette pasienter og/eller familie for smitte. De helsemessige konsekvensene dette har medført for mange, viser at pandemien har hatt en pris særlig knyttet til folks yrkesutøvelse. Disse erfaringene må tas med i det videre arbeidet som berører systematisk arbeidshelse og krav til HMS og arbeidsmiljø i krisesituasjoner.

NSF mener:

- Det bør iverksettes en grundig kunnskapsinnhenting knyttet til de helsemessige konsekvensene for ulike pasient- og brukergrupper, samt pårørende, herunder eldre og pasienter innen psykisk helse og rus. Dette må følges opp med kompenserende tiltak.
- Langtidsvirkningene for personer som har gjennomgått covid-19 er ikke kjent og må følges nøye opp fremover for å unngå at personer utvikler livsvarige skader og uførhet.
- Det bør utarbeides klarere retningslinjer for hvilke tjenester som bør opprettholdes under en pandemi. Sykepleiere som arbeider med sårbare grupper, må i så liten grad som mulig bli omdisponert.
- Teknologi må i større grad tas i bruk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene for å styrke medisinsk avstandsoppfølging, videokonsultasjoner og samarbeid mellom ulike deler av tjenesten. Digital kompetanse må også utvikles.
- De helsemessige konsekvensene for ansatte i utsatte yrker må kartlegges og følges opp. Erfaringene må tas med i det videre arbeidet med arbeidshelse, HMS og arbeidsmiljø i krisesituasjoner.

Kapittel 34 - Konsekvenser for barn og unge

Barn og unge har båret den største byrden under pandemien, og konsekvensene kan vise seg å vare utover i livsløpet til de som er unge i dag. Konsekvensene for barn og unge er godt beskrevet, men samtidig basert på et nokså tynt og kortvarig erfaringsgrunnlag. Det er mangel på nasjonale kartlegginger. Videre forskning må balansere en helsefremmende tilnærming med risikokartlegging, og vi må trekke læring av begge. Langtidseffekter må undersøkes nasjonalt. Kunnskapsinnhenting må også omhandle *de positive effektene* ulike tiltak kan ha hatt, ikke kun de negative. Eksempelvis pekes det i 34.1.2 (side 415) på den positive effekten det hadde for mange barn at barnehager etter gjenåpning hadde mindre kohorter og kortere dager. Hvis dette er funn som bekreftes i større studier; hvilke konsekvenser bør det få for de yngste barna og hvordan barnehagetilbudet organiseres? Ungdoms evne til å tilpasse seg, den digitale fremgangen og mulighetene den har gitt barn og unge, er andre eksempler.

Alle barn og unge i Norge har hatt mindre kontakt med voksne med barnefaglig kunnskap under koronapandemien. Både barnesykepleiere og helsesykepleiere opplevde i stor grad å bli

³⁰ <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/sKH8UPyCe0Ja8acd5TKYOFcqykeFgXtDdIsNr6yPSSikR17NIs.PDF>



omdisponert til andre oppgaver og pasientgrupper. Dette er yrkesgrupper med kunnskap og daglig kontakt med barn og unge som bør brukes til å ivareta at barns helse og oppvekst i en krisesituasjon. Hjembesøk fra helsesykepleier danner grunnlag for videre oppfølging, og er av avgjørende betydning - enda mer i krisetider enn ellers. Hjembesøk av helsesykepleier etter fødsel er imidlertid redusert fra 90% i 2019 til 74 % i 2020. De «sårbare» barna, ungdommene og familiene skal både finnes og i stor grad følges opp av lavterskeltjenester, som barnehager, skoler og helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Pandemien har hatt størst negativ innvirkning på livssituasjonen til barn og unge i sårbare livssituasjoner, slik bl.a. Kjøs-utvalget påpeker. Sårbare og voldsutsatte barn ble ikke fanget opp da skolene stengte, og skolehelsetjenesten ble omdisponert. Ansvarsgruppene for elever med sammensatte behov ble avlyst våren 2020, som følge av omdisponeringer av helsesykepleiere. Dette ga dårligere oppfølging av barn med sammensatte behov og deres familier. Barn som lever i familier som har blitt ekstra rammet (arbeidsledighet, psykiske utfordringer m.m.) har ikke blitt fulgt godt nok opp. Dette er ikke nødvendigvis barn som hadde behov for oppfølging før pandemien, men som nå befinner seg i en sårbar situasjon.

Myndighetenes håndtering og prioriteringer lokalt har ikke i stor nok grad veid opp for dette. Helsesykepleierne opplevde at viktige samarbeidsparter ble vanskelig å få kontakt med under pandemien, eksempelvis barnevern, PPT, psykolog. Helsesykepleiere og barnesykepleiere ser nå større kompleksitet og alvorlighet i sakene, og få instanser som det kan henvises til. Statistikk over antall henvendelser synliggjør ikke dette. Spesialisthelsetjenesten melder om økt pågang fra barn og unge med alvorlige psykiske lidelser, som alvorlige spiseforstyrrelser og psykoser. Tilgangen særlig til BUP er marginal også i normaltider. Det er derfor svært bekymringsfullt når denne oppleves ytterligere begrenset i krisetid, samtidig som helsestasjon- og skolehelsetjenesten hadde en kraftig reduksjon i antall konsultasjoner og generell tilgjengelighet pga. omdisponering av helsesykepleiere. Kommisjonens rapport går ikke inn på dette, men NSF mener dette bør undersøkes nærmere med tanke på læring.

I evalueringen av tiltak for barn og unge bør det sees på hvordan helsestasjon- og skolehelsetjenesten kan rigges for å være tilgjengelig også under nye kriser. Hvordan kan dette tilbudet opprettholdes samtidig som smittevern hensyn ivaretas? Her er selvfølgelig bemanning sentralt, men også utvikling av digitale verktøy og tydeligere retningslinjer for hvordan barn og unge og familier kan følges opp. Gruppen unge voksne/studenter har vært spesielt lite prioritert og fått føle mye på konsekvensene av ensomhet, utenforskap og delvis dårlig progresjon i en svært sårbar fase i livet på vei inn i voksenlivet. Oppfølging fra studenthelsetjenesten bør sikres i lignende krisetilfeller.

Det er ikke mulig å gjøre opp for de manglende tjenestene under pandemien, med de rammebetingelsene som er i tjenestene nå. NSF mener både offentlige og frivillige tjenester må settes i stand til å møte det akutte behovet for oppfølging blant barn og unge, som følge av ettervirkninger pga. isolasjon og andre belastninger knyttet til pandemisituasjonen. Barn og ungdom i spesielt vanskelige livssituasjoner må prioriteres slik at de langsiktige konsekvensene blir minst mulig. Kommunene må tilføres nødvendige midler til å gjennomføre et slikt løft. Det er stort behov for helsesykepleieres og barnesykepleieres kompetanse i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

NSF mener:

- Forskning og kunnskapsinnhenting om effekten på barn og unge over tid må prioriteres. Utredningen må følges opp med konkrete og tydelige anbefalinger – både



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22 Telefon: 0 24 09
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

på bemanning, prioritering/omdisponeringer, læring og utvikling av kompensatoriske verktøy.

- Det må utarbeides en plan for hvordan barn og unges stemmer skal høres i den videre erfarings- og kunnskapsinnhenting.
- Det bør gjøres en vurdering av kommunenes selvråderett med tanke på prioriteringer av personell, og hva må skjermes basert på nasjonale anbefalinger.
- Det må utvikles en plan for utvikling av informasjon og tiltak for særlig utsatte grupper, eksempelvis lavinntektsfamilier, fremmedspråklige, barn og unge med ulike funksjonsutfordringer.

Konsekvenser for høyere utdanning

Kommisjonens rapport omtaler fagskole og høyere utdanning og konsekvenser av pandemien for studenter både faglig og sosialt. NSF og NSF Student savner større plass og bredere belysning av situasjonen til studenter i høyere utdanning. Den nasjonale arbeidsgruppen oppnevnt av Kunnskapsdepartementet leverte sin rapport 9. april 2021³¹. Rapporten trekker frem studenter som tar utdanning som er nødvendig for å opprettholde samfunnskritiske funksjoner, og studenter på profesjons- og fagskoleutdanninger som er avhengige av ferdighetstrening og praksis, som grupper som bør prioriteres. Sykepleierstudenter, både på bachelor-, master-, og ph.d.-nivå, tilhører begge gruppene.

Halve sykepleierutdanningen består av praksisstudier. Praksisstudiene er knapt omtalt i koronakommisjonens rapport. Ifølge rapporten fra ovennevnte arbeidsgruppe har begrensninger i tilgang til lærestedene gjort det vanskelig å gjennomføre ferdighetstrening som kreves før studentene har praksis. Det har også vært problemer med kapasiteten i praksisfeltet under pandemien, og utdanningsinstitusjoner har blitt lite involvert i helseforetakenes beslutninger om avlysning av praksisstudier. Nasjonale og lokale karantebestemmelser har videre medført at studenter går ut over fraværgrensen. Alt dette kan gi forsinkede studieforløp.

Flere studenter, spesielt i bachelorutdanningen, opplever at praksisperioder utsettes, avkortes eller erstattes med arbeidspraksis, teoretiske caseoppgaver og seminar. Dette har direkte konsekvenser for om studentene oppnår sine læringsutbytter eller blir ferdig til normert tid. En undersøkelse foretatt av Sintef viste at to av tre sykepleierstudenter på bachelornivå har fått utdanningsløpet påvirket av pandemien³². Syv prosent av studentene har fått praksisperioden utsatt, og 18 prosent har fått forkortet praksisperioden. Videre har 22 prosent av studentene fått endring i arbeidsoppgavene i praksis, 21 prosent har fått endret praksissted og 24 prosent har fått praksis omgjort til betalt arbeid.

Sintefs rapport viser også at 40 prosent av spesialsykepleierstudentene har fått utdanningsløpet påvirket av pandemien. Når fremtidige operasjonssykepleiere blir satt til å være «håndlangere» på en intensivavdeling, eller jobbe på sengepost for gastro- eller infeksjonssykdommer, sier det seg selv at disse spesialsykepleierstudentene ikke har mulighet til å oppnå forventet læringsutbytte. Den nasjonale arbeidsgruppens rapport vurderer det som særlig viktig å rette tiltak mot forsinkede mastergradsstudenter, da kunnskapsgrunnlaget tyder på at omfanget av forsinkelse er størst i denne gruppen.

³¹ [Tiltak for studieprogresjon og gjennomføring](#). Rapport fra arbeidsgruppe. 9.april 2021.

³² Melby m.fl., 2020, Sykepleieres erfaring med første fase av koronapandemien – fra mars – oktober 2020. Sintef Digital, Avd. Helse



Til tross for krisen vi er i må kvaliteten i praksisstudiene opprettholdes. Studentene skal ha veiledning, og oppnåelse av læringsutbytter må vurderes for at praksisstudiene skal kunne godkjennes. Det er derfor helt nødvendig at helsetjenestene og utdanningene samarbeider om løsninger for veiledning og oppfølging av studenter i praksisstudier for å sikre grunnlag for, - og gjennomføring av, - sluttvurdering (bestått/ikke bestått praksis).

Omlagging av eksamener, både i form og vurderingsuttrykk, har vært utfordrende flere steder. NSF Student har fått flere henvendelser fra studenter angående sen og/eller lite informasjon om eksamen. Økt bruk av bestått/ikke bestått på eksamener få konsekvenser i konkurransen ved senere opptak til videre utdanningsløp, for eksempel mastergradsutdanning, Ph.d. og/eller utdanning i andre land.

Utfordringer knyttet til sykepleierstudiene kan ikke løses av Kunnskapsdepartementet og institusjonene alene. Den nasjonale arbeidsgruppens vurdering er at det er helt nødvendig å styrke koordinering og samhandling på myndighetsnivået, særlig mellom departementene, for å sikre felles forståelse av utfordringer og konsekvenser, og for å sikre god tilrettelegging for studentenes gjennomføring.

NSF mener:

- Nødvendige endringer i sykepleier, spesialsykepleier- og jordmorstudentenes studieløp må vurderes nøye, og i tett samarbeid mellom helsetjenestene og utdanningene. Kravene i Direktiv 2005/36/EF må overholdes, og kvaliteten på studentenes sluttkompetanse sikres.
- Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet må være tydelige i sine forventninger til egen sektor om å sikre utdanning av helsepersonell også i en krise- og beredskapssituasjon.
- Det må utarbeides løsninger for opprettholdelse av studieprogresjonen ved karantene.
- Ved endring av eksamen må opprinnelig karakteruttrykk gjelde.
- Master- og doktorgradsstudentene må sikres tilgang til forskningsfeltet, slik at opprinnelig studieprogresjon opprettholdes.
- Det må tilføres ressurser til undervisning og veiledning for å kompensere merutgifter for studenter som har fått forlenget studieløp. Etterslep av studenter skal ikke gå ut over kvalitet eller de ansattes totale arbeidsbelastning.

Med vennlig hilsen

Lill S. Larsen

Lill Sverresdatter Larsen
Forbundsleder

Bente Lüdemann
Fagsjef



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22 Telefon: 0 24 09
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com