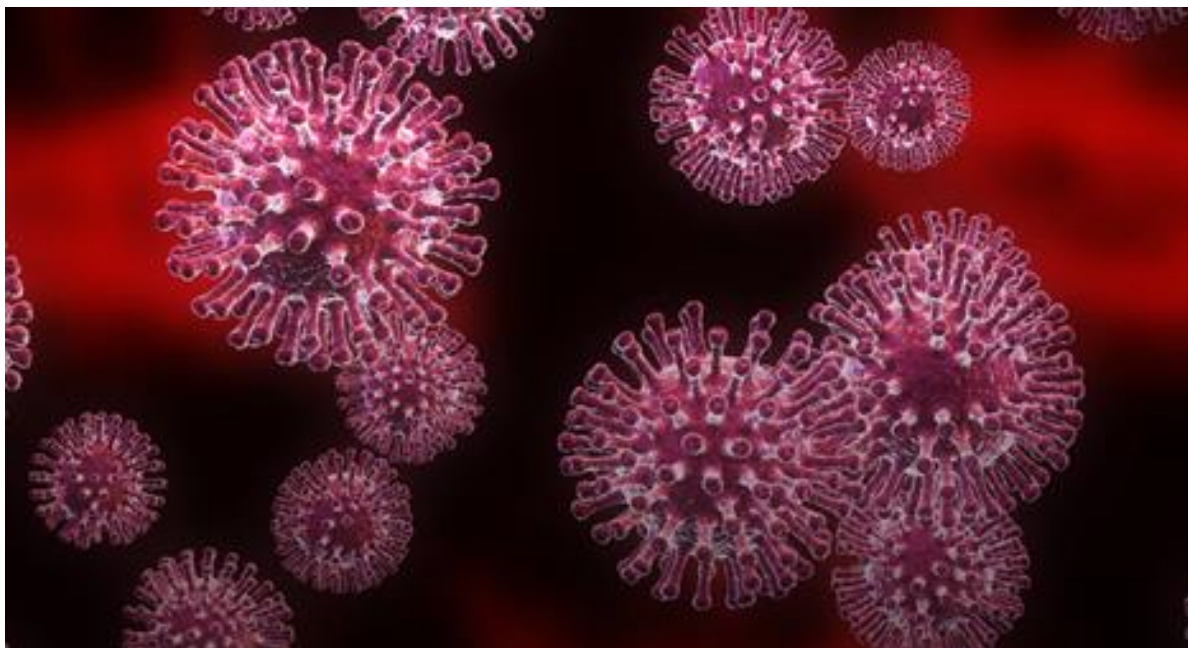


Prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester under covid-19 epidemien.

Prioriteringsråd til sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

28. april 2020

Notat



Bakgrunn

Verden er i en covid-19-pandemiⁱ¹. Myndighetene i Norge har satt i gang strenge smitteverntiltak som har hatt god effekt. Det er imidlertid fortsatt usikkert hvordan covid-19 epidemien vil utvikle seg i Norge, men ulike analyser er tydelige på at epidemien vil prege samfunnet i mange månederⁱ. Selv om vi nå ser en positiv utvikling med hensyn til redusert smitte, må helse- og omsorgstjenesten være forberedt på å fortsette med strenge smittetiltak og at ressursituasjonen vil bli utfordret.

Kommunene vil kunne komme i en krevende situasjon framover, der helse- og omsorgstjenesten både må planlegge for å ta imot flere pasienter fra sykehus, ivareta pasienter som er syke med covid-19, sikre godt smittevern og samtidig yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Denne situasjonen kan gi ressursknapphet og stille krav til omstilling og vanskelige prioriteringer. Kommunen må i denne situasjonen samarbeide tett med tjenestemottakerne og deres pårørende for å kunne yte forsvarlige tjenester.

Helsedirektoratet offentliggjorde 25. mars et overordnet notat om prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemienⁱⁱ. Prioriteringsnotatet av 25. mars er overordnet og må benyttes tilpasset den aktuelle situasjonen. Prioriteringskriteriene det vises til er: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Helsedirektoratet mener at prioriteringskriteriene er særlig viktige i en krisesituasjon.

Dette notatet omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester og inneholder prioriteringer for sykehjem og hjemmebaserte tjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, brukerstyrt og annen personlig assistanse, praktisk bistand, opplæring, støttekontakt, plass i institusjon, avlastning, dagaktivitetstilbud, sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Notatet retter seg mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten og private virksomheter med avtale om drift av sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Private virksomheter som driver sykehjem og hjemmebaserte tjenester uten avtale med kommunen omfattes ikke av notatet, men rådes til å sette seg inn i og følge rådene.

Beredskap og faser i epidemien

Alle kommuner skal ha en beredskapsplanⁱⁱⁱ for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven. Tiltak mot smittsomme sykdommer skal være et eget område i planen. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. Kommunene må raskt kunne etablere kriseledelse med avklarte roller og ansvar, og kommunen må etablere gode samhandlingsrutiner tverrsektorielt, interkommunalt og mot andre eksterne samarbeidsparter.

Det vises til Helsedirektoratets faglige råd om pandemiplanlegging.^{iv}

Folkehelseinstituttet anslår at epidemiens spredning i Norge kan deles i fase 1 til 5 selv om det ikke er tydelige overganger mellom fasene. Epidemien starter for alvor i fase 3, når en topp i fase 4 og reduseres fra fase 5. Ulike deler av landet ser nå ut til å være i ulike faser av epidemien. Vi er fremdeles i fase 2 som karakteriseres ved at de fleste nye tilfellene er smittet i Norge, og at det finnes flere klynger med minst tre ledd av innenlands smitte, mens deler av landet er lite affisert og kan sies å være i fase 1^v.

^[1] WHO erklærte Covid-19 pandemi 11/3-20

Det rapporteres om store lokale variasjoner i epidemiens spredning, og lokale variasjoner vil sannsynligvis vedvare under hele epidemien. Tidspunkt for overgang til ny fase kan bli ulik for kommuner og regioner.

Rådene i dette notatet vil kunne komme til anvendelse særlig i fase 3 og 4 av epidemien. Det er foreløpig usikkert om epidemien vil gå videre i disse fasene i Norge, eller om vi vil holde den i fase 1 eller 2 inntil vi får vaksine. Enkelte tiltak som omtales i notatet kan være iverksatt allerede i fase 2. Kommunen har ansvar for å vurdere konkret hvilke prioriteringsråd og tiltak som skal komme til anvendelse når.

Tiltak skal planlegges og ikke iverksettes før det er nødvendig ut fra kapasitets- og smittevern hensyn.

Verdigrunnlag og prioriteringskriterier

En likeverdig tilgang til tjenester er et grunnleggende prinsipp for den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Å prioritere betyr å sette noe fremfor noe annet. Kriteriene som legges til grunn for prioriteringer er viktige for at fordeling av ressurser og kompetanse ikke skal skje tilfeldig. Prinsippene for prioritering skal bidra til mest mulig god helse for ressursene brukt i helse- og omsorgstjenestene, og sikre at de blir rettferdig fordelt.

Beslutningstakere i kommunal helse- og omsorgssektor må ofte ta vanskelige beslutninger som handler om å prioritere mellom ulike tjenesteområder, brukere og pasienter og omfang av tjenester. Ressurser må fordeles til ulike formål som forebygging, hjemmebaserte tjenester, støtte og avlastning til pårørende, sykehjemsplasser eller rehabiliteringsplasser med mer. Under en epidemi vil prioriteringsutfordringene i kommunene kunne bli mer krevende.

Stortinget sluttet seg til prinsippene for prioritering som ligger til grunn for spesialisthelsetjenesten gjennom behandling av Prioriteringsmeldingen i 2016^{vi}.

De tre gjeldende prioriteringskriteriene er: *nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet*. De tre kriteriene skal vurderes samlet.

I 2018 kom NOU'en om prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste^{vii}. Overordnet anbefaler den at de samme kriteriene brukes også i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kriteriene kan brukes for prioriteringsbeslutninger på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, fra politisk og administrativt nivå til faglig nivå.

NOU'en anbefaler at også mestring vektlegges når kriteriene skal operasjonaliseres i kommunene. I vedlegg 1 er det et eksempel på tolkning av prioriteringskriteriene med vekt på vurdering av funksjonstap, mestring og ubehag.

Kriteriene gjelder for alle pasienter uavhengig av diagnoser. Det betyr at også pasienter med covid-19 skal prioriteres etter de samme kriteriene som andre pasienter.

Selv om prioriteringskriterier for kommunale helse- og omsorgstjenester ikke er vedtatt av Stortinget, vurderer Helsedirektoratet at prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, sammen med mestring, kan gi et viktig bidrag til vurderingene som må gjøres dersom vanskelige prioriteringssituasjoner oppstår i kommunene.

Etisk praksis

En etisk reflektert og forsvarlig praksis, og gode rutiner for å håndtere etiske dilemmaer på både virksomhets- og individnivå, er minst like viktige i en krisesituasjon som i en normalsituasjon.

Etisk praksis krever refleksjon. Det krever kontinuerlig veiledning, kollegastøtte og dialog. Det kan oppstå situasjoner der det blir lite tid til dette. Det oppfordres til å etablere strukturer og rutiner som gjør det mulig for helsepersonell, selv når situasjonen blir svært tilspisset, å søke råd om etiske

dilemma. For kommuner som ikke har etablert klinisk-etisk komité eller etiske råd, anbefales det etablert en ordning som kan bistå i etiske vanskelige beslutninger. Kommunen kan også søke råd og samarbeid med Klinisk etisk komite (KEK) ved lokalsykehuset.

Helsedirektoratet viser til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, som har utarbeidet eget veiledningsmaterieill vedrørende etikk knyttet til covid-19 epidemien^{viii}. Her omtales blant annet

- Hvordan avveie økt smitterisiko for helsepersonell opp mot hjelpeplikten?
- Omsorg for døende og besøksforbud for pårørende?

Videre vil vi vise til "Den lille etikkveilederen" utarbeidet av KS, som beskriver metoder for etisk refleksjon^{ix}.

Juridisk utgangspunkt

Dagens lover og forskrifter som regulerer de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjelder også under en epidemi, hvor det kan være behov for å prioritere strengere. Dette gjelder også eksempelvis pasienters rett til å klage, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2, og pasienter, brukere og pårørendes rett til informasjon etter kapittel 3 og 4 i pasient- og brukerrettighetsloven

Kommunen har ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, og tjenestene som ytes skal være forsvarlige. Både begrepet "nødvendig" og "forsvarlig" er rettslige standarder, der innholdet i begrepene vil endre seg basert på tilgang til ressurser, utstyr, personell, kompetanse og andre rammebetingelser. Hva som vil anses "nødvendig" og "forsvarlig" i en krise, vil derfor være annerledes enn under normale omstendigheter. Innholdet i begrepene vil også måtte vurderes forskjellig fra sted til sted, avhengig av hvor hardt epidemien rammer den enkelte kommune, og avhengig av hvilken fase av epidemien man befinner seg i.

I en krisesituasjon vil nødvendige tjenester kunne reduseres så lenge det ikke innebærer at pasienten/brukeren får et uforsvarlig tilbud. Dette notatet gir veiledning til hvordan kommunene kan vurdere sitt tjenestetilbud og fremdeles kunne ivareta forsvarlighetskravets nedre terskel. Kommunene står selv nærmest til å vurdere hvilken situasjon de står i, eller kan komme til å befinne seg i, og hva som skal til for å yte nødvendige og forsvarlige tjenester til den enkelte pasient/bruker i kommunen.

Kommunene kan selv vurdere om det er nødvendig å gjøre endringer i lokale forskrifter, herunder forskriftene om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Alle endringer i lokale forskrifter må gjøres etter reglene i [forvaltningsloven kapittel VII](#).

Særlig om pasienters, brukeres og pårørendes rett til informasjon og medvirkning

Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 og 4 om informasjon, medvirkning og samtykke for pasienter/brukere og pårørende, gjelder også i en krisesituasjon og må ivaretas så langt som mulig. Videre viser vi til Helsedirektoratets veileder for pårørende, der pårørendes rett til informasjon og medvirkning er omtalt ^x.

Dersom pårørendes medvirkning vanskeliggjøres som følge av smittevernrestriksjoner, bør virksomheter og helsepersonell ta aktivt initiativ til å gi informasjon til pårørende, og også gi pårørende mulighet til å medvirke på telefon eller via digitale medier.

Saksbehandlingsregler for tildelingsvedtak

Reglene for saksbehandling i forvaltningsloven skal følges for vedtak om tildeling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7. De ordinære rutinene for saksbehandling skal følges så langt det er mulig, jf. Helsedirektoratets saksbehandlingsveileder.

Muntlig saksbehandling

I fase 3 og 4 av epidemien, kan situasjonen for enkelte kommuner gjøre ordinær saksbehandling svært utfordrende. I slike situasjoner, åpner forvaltningsloven § 23 åpner for at enkeltvedtak ikke må være skriftlige når dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for kommunen. Kommunen kan i slike tilfeller fatte nye vedtak om tjenestetildeling muntlig, etter en konkret vurdering.

Av forsvarlighetsgrunner skal muntlige vedtak føres i pasienten/brukerens journal og skriftliggjøres i andre interne kvalitetssystemer. Det er viktig å sikre gode rutiner for dokumentasjon også i en presset situasjon.

Muntlig saksbehandling skal kun skje når det er konkrete forhold som rettferdiggjør det, og skriftlig saksbehandling skal fremdeles være hovedregelen.

Omgjøring av tildelingsvedtak

Dersom det er behov for å omgjøre enkeltvedtak om tildeling av tjenester, kan dette gjøres etter reglene i forvaltningsloven § 35. Omgjøringsvedtak skal fattes skriftlig og forvaltningslovens saksbehandlingsregler skal følges.

Omgjøring kan skje til ugunst for pasienten/brukeren når det følger av annen lov, vedtaket selv eller når alminnelige forvaltningsrettslige regler tilsier det, jf. forvaltningsloven § 35. Etter alminnelige forvaltningsrettslige regler, mener Helsedirektoratet at covid-19 epidemien må anses som et tungtveiende allment hensyn som kan rettferdiggjøre omgjøring av enkeltvedtak til ugunst for parten. Dette gjelder når epidemien er i fase 3 og 4 og omgjøring har til formål å frigjøre ressurser i helse- og omsorgstjenesten for å kunne håndtere epidemien, eller på annen måte understøtte prioriteringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kommunene må selv vurdere om situasjonen tilsier at enkeltvedtaket kan omgjøres til ugunst for parten. Pasienten/brukeren må fremdeles sikres et tilbud som ikke anses uforvarlig og det må sikres at bruker og eventuelt pårørende har forstått hva endringen medfører og hvor lenge endringen gjelder. Omgjøring av vedtak om tildelte tjenester må vurderes individuelt.

Omgjøringen av tildelingsvedtak bør være tidsavgrensede, og de opprinnelige vedtakene bør tre i kraft så snart situasjonen gjør det mulig.

Det er gitt mer informasjon om omgjøring av enkeltvedtak i [Helsedirektoratets veileder for saksbehandling \(IS-2442\) kapittel 5](#).

Smittevern og kapasitetsutfordringer

Tiltakene som anbefales iverksatt i helse- og omsorgstjenesten begrunnes ut fra smittevernhensyn og/eller kapasitetshensyn.

Kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil være blant de som får den største belastningen under den pågående epidemien, både når det gjelder å ivareta personer som er covid-19-syke, men også med å ivareta andre pasientgrupper som i en normalsituasjon ville blitt behandlet på sykehus eller ivaretatt av pårørende. Kommunene er derfor gitt vide fullmakter etter smittevernloven til å iverksette tiltak for å håndtere utbrudd av smittsom sykdom. Kommunene har også et betydelig ansvar for å opprettholde samfunnets infrastruktur og funksjoner. Etter smittevernloven § 1-5 skal tiltak ha en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendige av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Kommunelegen har det medisinskfaglige ansvaret for at smittevernlovens bestemmelser følges opp. Kommunens kriseledelse har det overordnede ansvaret.

- Begrunnet i smittevern kan det være behov for omorganisering av tjenestetilbudet med etablering av spesifikke sykehjem/avdelinger for pasienter som er smittet med covid-19 og omlegging av turnus og arbeidsplan slik at færrest mulig personell møter den enkelte tjenestemottaker.

- Begrunnet i kapasitet kan endring av tjenestetilbudet til enkelte tjenestemottakere være nødvendig. Noen tjenestetilbud vil måtte reduseres for en periode for å kunne bygge opp kapasitet på andre prioriterte områder.

Smittevern og kapasitetshensyn henger imidlertid sammen, og mange tiltak vil derfor begrunnes ut fra begge hensyn.

Folkehelseinstituttet har covid-19 smittevernråd til helsepersonell på sine nettsider^{xi}.

Under en pandemi vil etterspørselen etter personlig smittevernutstyr øke betraktelig. I Norge er det etablert en nasjonal mekanisme for anskaffelse av smittevernutstyr for kommunene og spesialisthelsetjenesten gjennom Sykehusinnkjøp HF og Helse Sør-Øst. Smittevernutstyr er mangelvare, både nasjonalt og globalt. Derfor er det viktig å ha oppmerksomhet på riktig bruk av smittevernutstyr (munnbind, åndedrettsvern, hansker, frakker m.m.). På Folkehelseinstituttets hjemmesider ligger anbefalinger om hvordan smittevernutstyr bør anvendes under Covid 19 i ulike situasjoner.

Kapasitet i tjenestene

Kommunale helse- og omsorgstjenester har et bredt sammensatt tjenestetilbud. I forbindelse med den pågående epidemien har mange kommuner omstrukturert tjenestetilbudet for å forebygge smittespredning og for å forberede seg på økt antall pasienter med behov for tett oppfølging og behandling.

- For å øke kapasiteten i tjenesten kan det bli behov for reduksjon eller nedlegging av tjenestetilbud. I den forbindelse må det sikres forsvarlig helsehjelp og dekking av grunnleggende behov etter en individuell vurdering av den enkeltes helsetilstand og funksjonsnivå. Tjenestemottaker og eventuelt pårørende skal involveres før beslutningen fattes. Omgjøringen av tildelingsvedtak bør være tidsavgrensede, og de opprinnelige vedtakene bør tre i kraft så snart situasjonen gjør det mulig.
- For å håndtere økt kapasitetsbehov kan det bli nødvendig å delegere oppgaver til annet helsepersonell, eksempelvis når det gjelder legemiddelhåndtering. Det må sikres nødvendige fullmakter og lokalt tilpassede prosedyrer, samt gode rutiner for opplæring og veiledning.
- Habilitering og rehabilitering som medfører fysisk oppmøte kan opphøre hvis det ikke medfører alvorlig varig funksjonstap for tjenestemottaker. Personers egentrening bør vektlegges gjennom veiledning av tjenestemottaker og pårørende.
- Eksisterende individuelle planer opphører ikke, men planarbeidet kan, i likhet med annen aktivitet i tjenestene, prioriteres ned der det vurderes forsvarlig. Personer som allerede har koordinator skal beholde denne, men roller og oppgaver kan redefineres. Koordinerende enhet kan ikke avvikle sin funksjon, men aktivitetsnivået kan tilpasses nødvendige prioriteringer.
- Personell med helsefaglig kompetanse må i størst mulig grad prioriteres til pasientrettet arbeid og fritas for administrative oppgaver som andre personellgrupper kan ivareta.
- Velferdsteknologiske løsninger bør tas i bruk der dette på en forsvarlig måte kan erstatte tjenester med personlig oppmøte av helse- og omsorgspersonell.
- Tjenester med formål om renhold og dagaktivitet kan prioriteres ned for en periode, hvis ikke individuelle forhold tilsier at det er nødvendig for å dekke grunnleggende behov
- Kommunene må, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, legge detaljerte planer for oppskalering av tjenestetilbudet for å kunne ivareta økt volum av pasienter. Oppskaleringen må raskt kunne effektueres ved behov.

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Personer i livets slutfase, må sikres god lindrende behandling og omsorg, som ivaretar verdigheten til pasienten. I covid-19-epidemien kan kapasitetsutfordringer, smitteverntiltak og restriksjoner for besøk av pårørende i sykehjem og sykehus, være forhold som inngår i vurderingen av hvor pasienten best kan ivaretas i livets slutfase.

Avgjørelse om å iverksette lindrende behandling for døende tas av ansvarlig lege i samråd med fagansvarlig sykepleier, annet helse- og omsorgspersonell som kjenner pasienten, og om mulig etter samtale med pasient og/eller pårørende. Avgjørelsen baseres som vanlig på vurderingskriterier som funksjonsstatus og prognose med hensyn til levetid.

- Pasienter i sykehjem vil i de fleste tilfeller kunne få best lindrende behandling ved at dette gis i sykehjemmet, eventuelt i samarbeid med palliativt team fra spesialisthelsetjenesten. For døende pasienter i sykehjem bør det – gjennom anbefalte smitteverntiltak og innenfor rammen av forsvarlig smittevern ved institusjonen - lettes på besøksrestriksjonene slik at pårørende får være tilstede i livets slutfase.
- Der lindrende behandling ikke kan ivaretas på en forsvarlig og omsorgsfull måte for personer som bor i eget hjem, bør pasienten legges inn i sykehjem eller lokalsykehus.
- Når lindrende behandling i livets slutfase foregår i eget hjem, forutsettes god oppfølging fra fastlege og samarbeid med ansvarlig sykepleier i hjemmesykepleien, samt muligheter for å konferere med palliativt team i spesialisthelsetjenesten der hvor dette er aktuelt. Frivillige som gjennom sin organisasjon har fått opplæring til å sitte vakt hos pasienten, eller pårørende som har fått opplæring, kan være et supplement som kan bidra til trygghet for pasient.

For øvrig gjelder Helsedirektoratets [Nasjonale faglige råd om lindrende behandling i livets slutfase](#). Regionale kompetasetjenester for lindrende behandling har også utarbeidet veiledningsmateriell på området.

Spesielt sårbare grupper

Sårbare grupper, for eksempel barn, psykisk syke, rusavhengige, bostedsløse, personer med kognitiv svikt, eldre på sykehjem, aleneboende, personer med omfattende behov og pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver, kan være spesielt utsatt for negative konsekvenser av redusert kapasitet i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Enkelte brukergrupper kan også ha varierende grad av utfordringer med å følge anbefalinger om smittevern, blant annet pga språkbarrierer.

- Kommunen bør legge planer for hvilke tjenester som må opprettholdes for sårbare hjemmeboende i alle faser av epidemien, og hva som ved behov kan avsluttes eller reduseres for en periode. Planer for den enkelte bør legges i dialog med tjenestemottakere og eventuelt pårørende, og bør ha vurdering av forsvarlig tidsramme.
- Kommunene må sikre at foreldre til barn med store og sammensatte behov får forsvarlig hjelp og avlastning i de ulike fasene av epidemien. Det samme gjelder andre pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Det må også planlegges for evt sykdom hos pårørende.
- Pasienter som bor i sykehjem og rammes av alvorlig covid-19-sykdom, vil i de fleste tilfeller ha liten nytte av intensivbehandling i sykehus, og bør derfor fortrinnsvis gis støttebehandling og eventuelt lindrende behandling i sykehjemmet. Behov for innleggelse på sykehus for covid-19 eller annen sykdom vurderes individuelt ut fra pasientens tilstand, og sees i sammenheng med tidligere sykdomsbyrde, funksjonsnivå, skrøpelighet og graden av kognitiv svikt med mer.

Medisinsk- og helsefaglig veiledning og samarbeid

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil i fase 3 og 4 av epidemien ha behov for økt medisinsk- og helsefaglig kompetanse. Dette kan omfatte veiledning fra både kommunelegen, fastleger og spesialisthelsetjenesten. Det vil særlig være behov for veiledning til personale i hjemmetjenestene og sykehjem.

- Medisinsk- og sykepleiefaglig kompetanse i hjemmetjenesten, sykehjem og heldøgns omsorgsboliger må styrkes i forbindelse med covid-19, for eksempel ved oppretting av covid-19-team som bistår tjenesten i behandlingen av pasienten og med smittefaglig kompetanse.
- Kommunene bør arbeide aktivt med å kartlegge personell med helsefaglig kompetanse som ikke allerede jobber innenfor helse- og omsorgssektoren og om mulig rekruttere disse. Sentrale helsemyndigheter vil bistå med koordinering av personellressurser på nasjonalt nivå.
- Kommunen må sikre nødvendig faglig veiledning, god dialog og godt samarbeid mellom fastleger, spesialisthelsetjenesten og fagansvarlig sykepleier eller vernepleier i hjemmetjenestene om felles pasienter og brukere. Det må også gjelde deres pårørende.
- Kommunen må ha på plass oppdaterte retningslinjer og rutiner for samarbeid mellom legetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester for å sikre forsvarlig observasjon, diagnostikk og behandling av pasienter med covid-19 og/eller andre sykdomstilstander.
- Rutiner for god informasjonsutveksling mellom legetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester må være gjennomgått og implementert, slik at pasienten og eventuelt pårørende blir fulgt opp på en forsvarlig og omsorgsfull måte. Det bør legges til rette for daglig kontakt mellom de kommunale tjenestene.
- Kommunen bør planlegge for at allmennlegetjenesten kan benyttes der det til enhver tid er størst behov.

Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

RHF/HF og kommuner må prioritere regelmessig dialog for å samarbeide om helsehjelpen til befolkningen.

- Partnere må ha klart hvilke roller, ansvarsfordeling og konkrete samhandlingsprosedyrer som gjelder mellom kommunene- og helseforetak.
- RHF/HF og kommuner må samhandle om nødvendige tiltak og iverksette omdisponeringer av personell og lokalteter ut fra den aktuelle situasjonen
- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak som inneholder kriterier for innleggelse, utskrivelse og hvordan dette gjøres i praksis under epidemitopp må utarbeides.
- Planer for gjensidig informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten ved deres respektive ledere/kommuneleger bør gjennomgås, oppdateres og operasjonaliseres.
- Spesialisthelsetjenesten skal prioritere tilgjengelighet for rådgivning til kommunene i håndtering av konkrete medisinske og andre helsefaglige problemstillinger. Det må etableres samhandlingskanaler med rask 24/7 respons fra begge parter. Mulighet for å unngå innleggelse på sykehus, sammenholdt med kommunens mulighet for å ivareta pasientene, bør vurderes i hvert enkelt tilfelle.
- Det må vurderes i hver kommune om det er behov for å øke antall plasser for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen. Vurderingen gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, der det skal avklares hvordan spesialisthelsetjenesten kan bistå kommunen.

Vedlegg 1: Beskrivelse av prioriteringskriterier – slik det er gjort i Blankholm

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:

overlevelse eller redusert funksjonstap
fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
økt fysisk, psykisk og sosial mestring

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

risiko for død eller funksjonstap
graden av fysisk eller psykisk funksjonstap
smerter, fysisk eller psykisk ubehag
graden av fysisk, psykisk og sosial mestring.

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Referanser:

-
- ⁱ [COVID-19-EPIDEMIEN: Risiko, prognose og respons i Norge etter uke 12 Folkehelseinstituttet, 24.03.2020](#)
- ⁱⁱ [Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien 25. mars 2020](#)
- ⁱⁱⁱ Lov om helsemessig og sosial beredskap, § 2-2 , første og andre ledd.
- ^{iv} [Helsedirektoratet. Faglige råd for pandemiplanlegging.](#)
- ^v [Kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 16. Folkehelseinstituttet 21.04.20](#)
- ^{vi} [Meld. St. 34 \(2015–2016\) Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering](#)
- ^{vii} [NOU 2018:16 Det viktigste først.](#)
- ^{viii} [Senter for medisinsk etikk, UIO. Etikk og prioriteringer i forbindelse med covid-19.](#)
- ^{ix} KS. «Den lille etikkveilederen» beskriver metoder og verktøy for etisk refleksjon (PDF, ks.no).
- ^x Helsedirektoratet. Pårørendeveileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- ^{xi} <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/>