

Prioritering av kommunale helse- og omsorgstjenester under covid-19 pandemien

– prioriteringsråd og veiledning til sykehjem og hjemmebaserte tjenester

07.04.2020

Bakgrunn

Verden er i en **covid-19** pandemi^[1]. Norge har satt i gang strenge smitteverntiltak som har hatt god effekt. Det er imidlertid fortsatt usikkert hvordan **covid-19** pandemien vil utvikle seg i Norge, men ulike analyser er tydelige på at pandemien vil prege samfunnet i mange måneder^[1]. 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.

Samtidig vil befolkningen ha sine vanlige helse- og omsorgsutfordringer. Denne situasjonen kan gi ressursknapphet og stille krav til omstilling og vanskelige prioriteringer. 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 til øvrige pasientgrupper.

Helsedirektoratet offentliggjorde 25. mars et overordnet notat om prioritering av helsehjelp i Norge under **covid-19** pandemienⁱ. De tre gjeldende prioriteringskriteriene er: **nyttekriteriet**, **ressurskriteriet** og **alvorlighetskriteriet**. Helsedirektoratet mener at prioriteringskriteriene er særlig viktig i en krisesituasjon.

Rammer for notatet

Dette notatet inneholder prioriteringer og veiledning for sykehjem og hjemmebaserte tjenester, inkludert tjenester i omsorgsboliger.

Notatet gjelder fra publiseringsdato til Helsedirektoratet kommer med ny informasjon.

Det omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester. Private virksomheter som yter tjenester etter avtale med kommune må forholde seg til anbefalingene i notatet. Private virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester uten avtale med kommune, omfattes ikke av notatet, men rådes til å sette seg inn i og følge rådene.

Alle kommuner skal ha en beredskapsplanⁱⁱ 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

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

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.ⁱⁱⁱ

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 ikke skal skje tilfeldig. Prinsippene for prioritering skal bidra til mest mulig god helse for ressursene brukt i helse- og omsorgstjenester, 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. Ressurser må fordeles til ulike formål som forebygging, hjemmebaserte tjenester, 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^{iv}.

I 2018 kom NOU'en om prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste^v. 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.

De tre gjeldende prioriteringskriteriene er: *nyttekriteriet*, *ressurskriteriet* og *alvorlighetskriteriet*. De tre kriteriene skal vurderes samlet. Helsedirektoratet mener at prioriteringskriteriene er særlig viktige i en krisesituasjon.

NOU'en anbefaler at mestring vektlegges når kriteriene skal operasjonaliseres i kommunene. Dette er beskrevet i vedlegg 1 bak i notatet.

Alder er ikke et selvstendig prioriteringskriterium, men vil sammen med andre forhold ha betydning i den helhetlige prioriteringsvurderingen som må gjøres. Kriteriene gjelder for alle pasienter uavhengig av diagnose. Det betyr at også pasienter med **covid-19** skal prioriteres etter de samme kriteriene som andre pasienter.

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 normalsituasjon.

Etisk praksis krever refleksjon. Det krever kontinuerlig veiledning, kollegastøtte og dialog. Det kan oppstå situasjoner der det blir lite tid til dette.

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

- Hvordan avveie økt smitterisiko for helsepersonell opp mot hjelpeplikten?
- Skal pårørende som rutine informeres om at pustehjelp kan bli stoppet av ressurshensyn under en pandemi?

- Omsorg for døende og besøksforbud for pårørende?

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.

Faser i epidemien

Folkehelseinstituttet anslår at epidemiens spredning kan deles i faser fra 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. Fase 4 innebærer full epidemi med stor belastning på helse- og omsorgstjenestene.

Det er Folkehelseinstituttet som definerer hvilken fase vi er i^[2]. Det rapporteres om store lokale variasjoner og lokale variasjoner vil sannsynligvis vedvare under hele pandemien. 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 pandemien. 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

Smittevern og kapasitetsutfordringer

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

Kommunene vil være blant de som får den største belastningen under den pågående pandemien, 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 nødvendig 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 spesifikke sykehjem/avdelinger for pasienter som er smittet med **COVID-19**.
- Begrunnet i kapasitet kan endring av tjenestetilbudet til enkelte tjenstemottakere være nødvendig. Noen tjenestetilbud vil måtte reduseres for å kunne bygge opp kapasitet på andre prioriterte områder .

Det vises til Regjeringens veileder til kommunene om lokale karantenereregler eller innreiserestriksjoner i forbindelse med utbruddet av **COVID-19**.^{vii}

^[2] 1. april: <https://forskning.no/ntb-sykdommer-virus/fhi-epidemien-i-norge-er-na-mellom-fase-2-og-3/1664541>

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 nettsider¹.

Juridisk utgangspunkt

Dagens lover og forskrifter som regulerer de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjelder også under en pandemi, hvor det kan være behov for å prioritere strengere.

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 tilgang på ressurser, utstyr, personell, kompetanse og andre rammebetingelser. Hva som vil anses "nødvendig" og "forsvarlig", vil derfor være annerledes enn under normale omstendigheter. Innholdet i begrepene vil også kunne være forskjellig fra sted til sted, avhengig av hvor hardt pandemien rammer den enkelte kommune, og avhengig av hvilken fase av pandemien man befinner seg i.

- Kommunene vurderer selv, ut i fra situasjonen de befinner seg i, eller kan komme til å befinne seg i, hva som skal til for å yte nødvendige og forsvarlige tjenester.
- Kommunene vurderer selv 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](#).

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.

Forvaltningsloven § 23 åpner for at enkeltvedtak ikke må være skriftlige når dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for kommunen.

- Kommunene vurderer selv om situasjonen tilsier at de kan fatte nye vedtak om tjenestetildeling muntlig. Av forsvarlighetsgrunner skal muntlige vedtak føres i pasienten/brukerens journal og/eller skriftliggjøres i andre interne kvalitetssystemer. Muntlig saksbehandling bør kun skje når det er konkrete forhold som rettferdiggjør det, og skriftlig saksbehandling skal fremdeles være hovedregelen.

Omgjøring av tildelingsvedtak

- Kommunene vurderer selv om det er nødvendig å gjøre endringer i tildelingsvedtak på grunn av den pågående **covid-19** pandemien, basert på hva som kan anses som nødvendige og forsvarlige tjenester i den pressede situasjonen. Kommunene har relativt vid adgang til å endre løpende, tidsubegrensede enkeltvedtak, jf. [uttalelse fra Justisdepartementets lovavdeling](#).
- Omgjøring av enkeltvedtak må gjøres etter saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven, jf. særlig [forvaltningsloven § 35 femte ledd](#). Omgjøring kan skje til ugunst for

¹ <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/>

pasienten/brukeren når det følger av annen lov, vedtaket selv eller når alminnelige forvaltningsrettslige regler tilsier det. Etter alminnelige forvaltningsrettslige regler, mener Helsedirektoratet at **COVID-19** pandemien må anses som et tungtveiende allment hensyn som kan rettferdiggjøre omgjøring av enkeltvedtak til ugunst for parten, når omgjøring har til formål å frigjøre ressurser i helse- og omsorgstjenesten, eller på annen måte understøtte prioriteringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, under den pågående pandemien.

- 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](#).

Kapasitet i tjenestene

Kommunale helse- og omsorgstjenester har et bredt sammensatt tjenestetilbud. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene beskrives dette ofte som tjenester innenfor "omsorgstrappen", der tilbud som eldresenter, matombrining, trygghetsalarm, rengjøring og lignende er nederst i trappen, mens institusjoner (sykehjem) er øverst i trappen.

I forbindelse med den pågående pandemien 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. Følgende må da ivaretas:

- Ved reduksjon og eventuelt nedlegging av tjenestetilbud må det sikres forsvarlig helsehjelp og oppfølging av den enkelte etter en individuell vurdering av helsetilstanden, sett i lys av prioriteringskriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighetsgrad. Kommunen må dessuten prioritere dekking av grunnleggende behov og forsøke å skjerme spesielt sårbare grupper.
- For å kunne håndtere økt kapasitetsbehov for helsehjelp må det sikres nødvendige fullmakter og lokalt tilpassede prosedyrer, samt gode rutiner for opplæring og veiledning, ved behov for delegering av oppgaver til annet helsepersonell, eksempelvis når det gjelder legemiddelhåndtering.
- 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 og de pårørende. I **COVID-19** pandemien kan restriksjoner for besøk av nære pårørende, risiko for smitte av **COVID-19** og kapasitetsutfordringer på sykehjem, være forhold som inngår i vurderingen av om pasienten kan ivaretas på en bedre og mer omsorgsfull måte i eget hjem.

Lindrende behandling i eget hjem forutsetter god oppfølging fra fastlege og hjemmetjenestene, og muligheter for å konferere med palliativt team i spesialisthelsetjenesten der hvor dette er aktuelt. Opplæring av frivillige til å sitte vakt hos pasienten, kan bidra til å trygge både pasient og pårørende.

- Der lindrende behandling ikke kan ivaretas på en forsvarlig og omsorgsfull måte i eget hjem, må pasienten legges inn i kommunal institusjon eller lokalsykehus. Det bør da vurderes om det kan lettes på restriksjonene om besøk, gjennom fysiske tiltak som for eksempel egen inngang for pårørende.

- Alle pasienter bør sikres at adekvat palliasjon blir iverksatt til rett tid, uavhengig av tidspunkt på døgnet og hvem som er på vakt. Dette fordrer gode rutiner og opplæring blant personalet slik at de har tilstrekkelig kunnskap om de viktigste pleietiltakene og legemidlene ved palliasjon. Det må i god tid vurderes hvilke symptomer som kan oppstå og lages en plan for mulige behov for legemidler, og at disse er tilgjengelige der pasienten behandles.
- Avgjørelse om å iverksette lindrende behandling tas av ansvarlig lege i samråd med annet helse- og omsorgspersonell som kjenner pasienten, og om mulig etter samtale med pasient og/eller pårørende.

Helsedirektoratet viser til regionalt kompetansesenter for lindrende behandling ved Oslo Universitetssykehus, som har utarbeidet eget veiledningsmaterieell vedrørende etikk knyttet til covid-19^{viii} og Helsedirektoratet faglige råd vedrørende lindrende behandling i livets slutfase^{ix}

Pårørende med omsorgsoppgaver

Kommunene må sikre at pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver ikke får uforvarlig store belastninger i de ulike fasene av koronapandemien. Det kan gjelde foreldre til barn med store og sammensatte behov og pårørende som bor sammen med voksne tjenestemottakere, som personer med demens eller utviklingshemming.

Hvis tjenestemottaker er i risikogruppen for alvorlig forløp av **covid-19** (jf. FHI) må kommunen sørge for at foreldrene/den pårørende får veiledning om hvordan de kan beskytte tjenestemottaker mot smitte og samtidig leve så normalt som mulig i hjemmet. Hvis pårørende selv er i risikogruppen må veiledningen ivareta begge aspekter. For å få tillit og trygghet bør foreldre/pårørende også få informasjon om smittevernrutinene hos hjemmetjenesten (jf. FHI)

Kommunen må så langt det er mulig planlegge for en forsvarlig situasjon for tjenestemottaker og pårørende i de ulike fasene av pandemien, med ulik smitteutbredelse og kapasitetsutfordringer. Planleggingen må ta utgangspunkt i de individuelle behov hos tjenestemottaker og pårørende, og bør skje i dialog med dem. Planleggingen bør omfatte:

- Hvilke tjenester som må opprettholdes for den enkelte i alle faser av pandemien
- Hvilke tjenester som kan gjennomføres på alternative måter, avsluttes eller reduseres for en kortere eller lengre periode
- Hvilke tjenester som må startes opp hvis foreldrene/ den pårørende med store omsorgsoppgaver blir syk med **covid-19**.

Spesielt sårbare grupper

Sårbare barn, psykisk syke, personer med kognitiv svikt, eldre aleneboende med flere kan være spesielt utsatt for en negativ sykdomsutvikling som følge av redusert kapasitet i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Enkelte brukergrupper kan også ha varierende grad av utfordringer med å følge anbefalinger om smittevern. Endringer i tjenestetilbudet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten kan få store konsekvenser for den enkelte.

- Kommunen må sikre at sårbare barn, personer med kognitiv svikt, psykisk syke og andre som ikke selv er i stand til å oppsøke nødvendig hjelp og omsorg, blir ivaretatt.
- Det må tilrettelegges for at spesielt sårbare grupper gis mulighet til å følge myndighetenes anbefalinger og råd om smittevern.

Tvang

Det er ulike regelverk som gir mulighet for – og regulerer bruk av – tvang i de kommunale helse- omsorgstjenestene. I den pågående situasjonen har Helsedirektoratet fått mange spørsmål om bruk

av tvang i forbindelse med smittevern, og har utarbeidet en [oversikt over aktuelle rettsgrunnlag](#) for isolering og andre aktuelle smitteverntiltak, der det også er gjort rede for muligheten til å søke om godkjenning av bl.a. sykehjem for gjennomføring av isolering etter smittevernloven.

Det jobbes med muligheten for å få på plass et rettslig rammeverk som gir bedre rettsikkerhet også utenfor institusjon. Helsedirektoratet vil videre gi ut veiledning for gjennomføring av nødvendig isolering i kommunale helse- og omsorgstjenester så snart mulig.

Medisinskfaglig veiledning og samarbeid

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil i fase 3 og 4 av pandemien ha behov for økt medisinskfaglig 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 faglig 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.
- Kommunen må sikre nødvendig faglig veiledning, god dialog og godt samarbeid mellom fastleger, spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenestene om felles pasienter og brukere.
- Kommunen må ha på plass oppdaterte retningslinjer og rutiner for samarbeid mellom legetjenesten og omsorgstjenestene for å sikre forsvarlig observasjon, diagnostikk og behandling av pasienter med **COVID-19** og/eller andre sykdomstilstander.
- Rutiner for god informasjonsutveksling mellom legetjenesten og omsorgstjenesten må være gjennomgått og implementert, slik at pasienten blir fulgt opp på en forsvarlig og omsorgsfull måte.
- Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen ta beslutninger i medisinske og spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Helsedirektoratet viser til Legeforeningens fagmedisinske råd knyttet til COVID-19^x

Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

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

- Begge 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 lokaliteter ut fra den aktuelle situasjonen
- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak som inneholder kriterier for innleggelse, utskrivelse og hvordan dette gjøres i praksis under pandemitopp må utarbeides.
- Planer om hensiktsmessig informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten ved deres respektive ledere/kommuneleger bør oppdateres og operasjonaliseres.
- Spesialisthelsetjenesten skal prioritere tilgjengelighet for rådgivning til kommunene i håndtering av konkrete medisinske 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.

Råd for de enkelte tjenestene

Det er utarbeidet veiledningsmaterieell for helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med covid-19 pandemien. Det vises til <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>

Følgende råd legges til grunn i forbindelse med **covid-19** pandemien og gjøres gjeldende i kommunene ut fra en lokal vurdering av hvilken fase pandemien er i kommunen:

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD/KAD)

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Hensikten med tilbudet er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold vil inngå som et ledd i den akuttmedisinske kjede.

- Det må vurderes i hver kommune om det er behov for å øke antall plasser for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Vurderingen gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, der det skal avklares hvordan spesialisthelsetjenesten kan bistå kommunen.

Sykehjem

Omfatter tidsbegrenset opphold i institusjon der formålet kan være pleie, tilsyn og observasjon, avlastning, rehabilitering, behandling og utredning samt lindrende behandling ved livets slutt. Langtidsplass i institusjon er et varig botilbud tilrettelagt for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, primært eldre og personer med demens eller annen kognitiv svikt.

- Personer som har fast plass på sykehjem bør bli værende på sykehjemmet under pandemien. Det samme gjelder personer med lavt funksjonsnivå på korttidsplass, der plassen er et rent pleie- og omsorgstilbud, noen ganger i påvente av fast plass på sykehjemmet.
- Ved alvorlig **covid-19** sykdom hos pasienter på sykehjem bør det fortrinnsvis gis støttebehandling, samtidig som man vurderer behovet for og iverksetter lindrende behandling, jf. prioriteringskriteriene.
- Ved annen akutt sykdom bør sykehusinnleggelse vurderes og sees i sammenheng med tidligere sykdomsbyrde, livsfunksjon, skrøpelighet og graden av kognitiv svikt, jf. prioriteringskriteriene.
- Pasienter med korttidsplass som er under aktiv rehabilitering, hvor målet er bedret funksjon etter gjennomgått sykdom som eksempelvis hoftebrudd eller hjerneslag, må det vurderes innleggelse i sykehus ved akutt sykdom.
- For å beskytte sårbare pasienter og brukere mot smitte er det nødvendig med adgangskontroll i sykehjem, samt i fellesarealer i omsorgsboliger. Når en beboer på sykehjem eller i omsorgsbolig forventes å dø i løpet av kort tid bør det legges til rette for besøk av pårørende. Råd for hvordan besøk kan gjennomføres finner dere på <https://www.fhi.no/sykehjem-og-smittevern> . Ut over dette kan det i kommuner uten nysmitte de siste 4 ukene åpnes opp for besøk men da må smittevernråd som finnes på lenken ovenfor følges. I kommuner med høye smittetall må premisene for besøk være strenge. Dette vurderes lokalt. For nærmere informasjon om unntak fra besøksforbud vises til vedlegg 2.

Omsorgsbolig/bokollektiv

Omsorgsboliger og boliger i bokollektiv er beboerens private hjem. Tjenester som ytes der er helse- og omsorgstjenester i hjemmet, herunder blant annet praktisk bistand, avlastning, dagaktivitet, støttekontakt og helsetjenester. I bokollektiv er det ofte fellesareal i tilknytning de private boenhetene.

- Kommunen må sørge for tiltak som reduserer smittefare i tjenestemottakers eget hjem og i eventuelle fellesarealer dersom slikt finnes i tilknytning til beboers hjem. Tiltak i beboers hjem må iverksettes i samarbeid med tjenestemottaker og evt. pårørende.

Helsetjenester i hjemmet

Omfatter ulike typer helsetjenester som for eksempel hjemmesykepleie, legemiddelhåndtering, miljøarbeid og psykisk helsearbeid.

- Hjemmeboende tjenestemottakere med bekreftet **COVID-19** smitte skal følges opp i henhold til gjeldende nasjonale smitteverntiltak. Dette bør skje i tett samarbeid med fastlege, smitteteam i kommunen og/eller med veiledning fra smitteteam i spesialisthelsetjenesten.
- I tjenestene til personer med demenssykdom eller til personer med utviklingshemming eller andre med medfødte eller tidlig ervervede kognitive funksjonsnedsettelse, må det i samarbeid med pasient og eventuelt pårørende, sørges for tiltak som begrenser smittefare i tjenestemottakers hjem.

Praktisk bistand, avlastning samt dag- og aktivitetstilbud

Omfatter tilsyn, bistand til og opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell, samt avlastningstilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Tjenesten kan tilbys i eller utenfor hjemmet eller i institusjon. Dag – og aktivitetstilbud skal blant annet bidra til at brukerne kan bo lengst mulig i eget hjem, trygge hverdagen, aktivisering og avlaste pårørende.

- Det bør vurderes individuelt om det er nødvendig med reduksjon i tjenestetilbudet, og vurdere om tilbudet kan gis forsvarlig på alternative måter for eksempel ved at antall personer som er i kontakt med tjenestemottaker reduseres eller ved bruk av velferdsteknologi.
- Hvis tilbud om avlastning og dag- og aktivitetstiltak nedtrappes eller stenges, må kommunen sikre tett dialog med bruker og pårørende om situasjonen. Det skal gjøres en individuell vurdering av om det kan tilrettelegges alternative tiltak, eksempelvis ved individuell oppfølging eller ved bruk av velferdsteknologi.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ måte å organisere tjenesten personlig assistanse på, og omfatter praktisk og personlig bistand, opplæring og støttekontakt. Kommunen har det overordnede forvaltningsansvaret for tjenesten. Tjenestemottakere av BPA-ordningene er ofte personer som kan være i risiko for smitte.

- Kommunen må sikre at private BPA-leverandører som de har avtale med, yter forsvarlig oppfølging av tjenestemottakerne. Det må gis nødvendig smitteopplæring av assistenter og nødvendige tjenester fra kvalifisert helsepersonell ved **COVID-19** sykdom.

Individuell plan og koordinator

Pasienters og brukeres rett til individuell plan og tjenestenes plikt til å utarbeide individuell plan, har midlertidig opphørt^{xi} i forbindelse med **COVID-19** pandemien. Bestemmelsene om koordinator er ikke endret. Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal fortsatt tilbys koordinator.

- 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.

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.

Vedlegg 2 Unntak fra besøksforbud på sykehjem

Unntak fra besøksforbudet må avklares med sykehjemmet og antall besøkende begrenses til et minimum.

Pårørende skal utføre håndhygiene før de går inn i sykehjemmet og trenger ikke benytte beskyttelsesutstyr, med mindre de har luftveissymptomer. Besøkende skal holde 2 meters avstand til andre, gå direkte til beboers rom og ikke oppholde seg i fellesarealer. I beboerrommet bør besøkende ta på minst mulig på gjenstander i rommet.

Ved besøk hos beboer med bekreftet **COVID-19**, bør pårørende under veiledning av personell, ta på seg beskyttelsesutstyr som beskrevet nedenfor, før de går inn i beboers rom.

Pårørende/samarbeidspartnere med luftveissymptomer eller bekreftet COVID-19, skal som hovedregel ikke besøke helseinstitusjoner. Unntak kan gjøres dersom pårørende ligger for døden og er på enerom. Besøkende må da benytte et munnbind. Personell som oppholder seg i rommet med pårørende med **COVID-19**, skal benytte beskyttelsesutstyr som beskrevet nedenfor.

^[i] [COVID-19-EPIDEMIEN: Risiko, prognose og respons i Norge etter uke 12 Folkehelseinstituttet, 24.03.2020](#)
i Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien 25. mars 2020

ⁱⁱⁱ Helsedirektoratet. Faglige råd for pandemiplanlegging. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging/pandemiplanlegging-i-kommunen?malgruppe=undefined>
V Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering.

^v [NOU 2018:16 Det viktigste først.](#)

^{vi} Senter for medisinsk etikk, UIO. Etikk og prioriteringer i forbindelse med covid-19.
<https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/tema/covid19-etikk-prioriteringer/index.html>

^{vii} Regjeringen. Veileder til kommunene om lokale karantenereregler eller innreiserestriksjoner i forbindelse med utbruddet av covid-19. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-42020--veileder-til-kommunene-om-lokale-karantenereregler-eller-innreiserestriksjoner-i-forbindelse-med-utbruddet-av-covid-19/id2695647/>

^{viii} Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling, OUS.
<https://ous.regionalt.kompetansesenter.for.lindrende.behandling-corona>

^{ix} Helsedirektoratet. Faglig retningslinje, lindrende behandling i livets slutfase.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

^{xi} Helsedirektoratet, brev av 02.04.2020 sak 20/10210-2