



Helsedirektoratet  
v/Kirsten Petersen

Vår referanse:  
Arkivkode:  
Saksbehandler: S. Askum, T. Risnes  
Deres referanse:  
Dato: 06.04.2020

## Prioritering av helse- og omsorgstjenester i Norge under covid-19 pandemien

### Innledning

Vi forutsetter at dette dokumentet skal være til hjelp i en krevende situasjon når epidemien starter for alvor i fase 3 og når en topp i fase 4 som beskrevet av Folkehelseinstituttet. I disse fasene vil det bli nødvendig å iverksette nedprioritering av enkelte oppgaver, tjenester eller pasientgrupper.

### Juridiske utgangspunkter

Hva gjelder kommunenes forpliktelse om at de «skal» oppfylle kravene i de ulike forskriftene, så må dette modereres til eksempelvis «skal som et utgangspunkt i», «skal tilstrebe» eller en liknende formulering. Det er også nødvendig for vurderingen å skjele til innholdet i forskriftene – som jo går svært langt i å detaljregulere hvordan tjenestene skal gjennomføres. Se for eksempel verdighetsgarantiens bestemmelse om enerom (§ 3 h) – hvordan kan det gjennomføres når mange kommuners beste mulighet til å øke kapasiteten er å fortette i eksisterende sykehjem?

Andre formuleringer vil også bli krevende å innfri når tjenesten har store kapasitetsutfordringer – for eksempel bestemmelsene i § 3 c om et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut.

Kvalitetsforskriften går enda lenger i å anviser hva tjenestene skal sørge for – og som brukerne skal kunne forvente. Vi ber om at det vurderes hvorvidt en veileder om prioritering er tilstrekkelig til at kommunene kan fravike disse, for det synes åpenbart at det vil bli nødvendig i en rekke tilfeller.

Adgangen til å omgjøre vedtak til skade er regulert i forvaltningsloven § 35, men det er ikke tilstrekkelig drøftet eller konkludert med kommunens adgang til å omgjøre til skade. Etter femte ledd, følger adgang til å omgjøre på grunnlag av «almennelige forvaltningsrettslige regler». Det må, etter juridisk teori, foreligge en klar og vesentlig interesseovervekt i favør av omgjøring. Hvorvidt dette vil være oppfylt i hvert tilfelle er usikkert. Videre er et vedtak om omgjøring et enkeltvedtak som kan påklages til fylkesmannen. De samme reglene som for enkeltvedtak, herunder saksbehandling, gjelder også her.

Det står også at «kommunene må sørge for nødvendig og forsvarlig oppfølging av pasienter og brukere» og henviser til relevant lovgivning. Dette bør endres til «kommunene må, så langt det er mulig, sørge for nødvendig og forsvarlig oppfølging av pasienter og brukere».

Det bør gjøres oppmerksom på hvordan forholdet til kommunens ansvar og forpliktelser etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal avklares. Spørsmålet blir: Dersom kommunen opptre i samsvar med retningslinjene fra Helsedirektoratet, vil de da også opptre i samsvar med lovgivningen for øvrig? Dette særlig hva gjelder forholdet til et eventuelt ansvar for kommunene i ettertid.

I en krisesituasjon vil det være uansvarlig å bruke knappe helsepersonellressurser til å omgjøre enkeltvedtak, men dekning av grunnleggende behov og nødvendig behandling må prioriteres i samsvar med nasjonale prioriteringskriterier. Endringer i hjelpen som gis blir dokumentert i pasientjournalen, og pasient/brukers mulighet til å klage på forsvarlighet i tjenestene er ikke knyttet til et konkret enkeltvedtak. Klage etter pasient- og brukerrettighetslovens kap. 7 gjelder uavhengig av enkeltvedtak som bruker har fått ifb med søknad om tjenester. Brukes prosessuelle rettsikkerhet er da i stor grad ivaretatt. Det direktoratet med fordel kunne sagt noe om, er hvilken virkning force majeure situasjoner har på enkeltvedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven, kfr helse- og omsorgstjenesteloven. Dokumentasjonsplikt i pasientens journal bør ikke fravikes.

Spørsmålet er om det bør gis en generell adgang til å fravike forvaltningsloven i større grad enn det er per nå. Oftest vil det være delvise endringer/bortfall i innholdet i tjenestene som vil bli konsekvensene av prioriteringer som må gjøres. Dette vil ikke være enkeltvedtak i seg selv, men bruker vil ikke få «fullt ut» de tjenester, eller det omfang som ligger i vedtaket. Det bør muligens løftes opp som en problemstilling hvilken adgang kommunene har til å fravike forvaltningsloven og andre saksbehandlingsregler.

### **Smittevern og kapasitetsutfordringer**

Kommunene er gitt vide fullmakter etter smittevernloven til å iverksette tiltak for å håndtere utbrudd av smittsom sykdom. Tiltakene som anbefales iverksatt i helse- og omsorgstjenesten begrunnes ut fra smittevernhensyn og/eller kapasitetshensyn.

Når smittesituasjonene tilsier at det kan/bør gjøres lokale vedtak, må kommunen ha trygghet for å kunne gjøre unntak fra regelverket.

### **Etisk praksis**

Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo, har utarbeidet eget veiledningsmaterieell vedrørende etikk knyttet til Covid-19<sup>1</sup>. SME og KS samarbeider om etikk og etisk refleksjon i helse- og omsorgstjenesten. KS kan bidra med metoder og verktøy som kan være en ressurs for å støtte kommunene i denne perioden. <http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>

### **Generelle råd**

Ved gjennomlesing av prioriteringsnotatet er det vanskelig å se at det gis konkret veiledning om hvordan det skal prioriteres når det ikke er tilstrekkelig ressurser til å ivareta alle lovpålagte eller forskriftsfestede oppgaver og rettigheter. Det er flere formuleringer som sier hva kommunen *skal gjøre* under pandemien, enn hva de kan nedprioritere for en periode.

#### Pårørende

Vi ser at teksten om pårørende skal endres før dokumentet sendes ut på høring. Foreløpig har KS kun forslag til endringa av en setning: *Bekymringsmeldinger fra pårørende om forverring av covid-19-sykdom skal tas på alvor*. Er det nødvendig å skrive dette – det har vel ikke noe med prioritering å gjøre?

Det er uklart når det skrives at kommunen *kan vurdere* omsorgstønad for omsorgsgivere. Dette bør tydeliggjøres.

### Medisinsk ansvar

I forløpet med COVID-19 pandemien vil den kommunale omsorgstjenesten ha behov for økt tilgang til medisinsk faglig kompetanse og veiledning fra både kommunelegen, fastleger og spesialisthelsetjenesten. Det vil særlig være behov for veiledning til personale i hjemmetjenesten og sykehjem. Vi er enige i at det nok vil være behov, men stiller spørsmålstegn ved om det vil være tilgjengelige ressurser.

Sykehjemmene er i utgangspunktet ikke bemannet for å øke kapasitet og kunne ta dårlige pasienter som krever høyere kompetanse. Det må være mulig å flytte personell, fastleger må arbeide på sykehjem og være villig til det.

Når det gjelder referansen til Legeforeningens fagmedisinske råd knyttet til Covid-19<sup>ii</sup> mener KS at fagmedisinske råd bør komme fra Helsedirektoratet og ikke fra en profesjonsforening.

### **Råd og veiledning for de enkelte tjenestene**

KS mener at råd og veiledning ikke skal deles opp på de enkelte tjenestene, men bør være prinsipielle og gjeldende for alle tjenester. Det vil være uheldig dersom bosted blir avgjørende for prioritering - jf forskjellene mellom sykehjem og omsorgsboliger og eget hjem her.

Med vennlig hilsen

Åse L. Snåre  
Avdelingsdirektør

Sigrid J. Askum  
Fagleder

---

<sup>i</sup> 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>

<sup>ii</sup> Legeforeningen. Fagmedisinske råd. <https://www.legeforeningen.no/politikk-og-samfunn/informasjon-om-koronaviruset/>