

Helse- og omsorgsdepartementet
Krisestab HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 20/45939-11
Saksbehandler: Maria Therese Bastiansen
Dato: 19.01.2021

Svar på covid-19-opdrag fra HOD 262 - Innsatsteam til sykehjem og hjemmetjenester ved smitteutbrudd

Vedlagt følger HelseDirektoratets svar på oppdraget.

Vennlig hilsen

Sissel Husøy e.f.
direktør

Randi Moen Forfang
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd @fhi.no;Helse- og omsorgsdepartementet, Hans-Jacob
Sandsberg

Svar på covid-19-oppdrag fra HOD 262 - Innsatsteam til sykehjem og hjemmetjenester ved smitteutbrudd

Oppsummering

Ved kriser som covid-19-pandemien, vil personellmangel i kommuner kunne være utløst både av manglende kapasitet og behov for tilførsel av kompetanse.

Helsedirektoratet foreslår følgende tiltak for å bedre kommuners tilgang på personellressurser på kort sikt:

- Bedre utnyttelse av eksisterende virkemidler
- En felles oversikt og kontaktpunkt for informasjon, formidling av behov og kobling av ressurser
- Utvidelse av ordningen med "nasjonalt innsattpersonell"
- Benytte spesialisthelsetjenestens helseteam ved kritiske hendelser som katastrofale utbrudd i sykehjem.

For å dekke behovet for både kompetanse og kvalitet på lang sikt, anbefales det at det opprettes innsatsteam hvor ansvar for etablering og koordinering blir lagt til helsefelleskapene når disse er etablert. Innsatsteamene settes sammen fra en "personellpool" som består av utvalgt personell som allerede arbeider i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og helseforetakene.

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Oppdraget

Helsedirektoratet gis i oppdrag å utrede mulig etablering av innsatsteam som skal kunne bidra med kompetanse, støtte og bistand til drift for kommunale sykehjem og hjemmetjenester ved akutt bemanningsmangel på grunn av utbrudd av covid-19. Innsatsteamene kan være per opptaksområde til det enkelte helsefelleskap, regionale eller nasjonale. Det skal tas utgangspunkt i at eget personell i kommunen så langt som mulig skal være mobilisert før løsningen tas i bruk og at teamet jobber akutt og avgrenset for å bidra til å øke kompetansen og beredskapen lokalt, både på kort og lengre sikt.

Helsedirektoratet bes også utrede hvordan helseforetakene kan bistå sykehjem og hjemmetjenester i håndteringen av smittevern, primært gjennom etablerte strukturer som helsefelleskap eller andre strukturer for samarbeid. FHI, regionale kompetansesentre og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester besitter viktig kompetanse på området. Helsedirektoratet bes involvere NSF, Fagforbundet, KS, RHFene og ev. andre relevante aktører i arbeidet. Departementet ber også om at oppdraget ses i sammenheng med tidligere oppdrag for å bedre tilgjengeligheten av personell, herunder svar på oppdrag 232 om helsepersonellportalen av 19. november 2020.

Løsningen skal utredes med sikte på at den kan anvendes, ikke bare under koronapandemien, men også i forbindelse med andre fremtidige krisesituasjoner. Løsningen kan bearbeides videre med utgangspunkt i erfaringene under covid-19.

Besvarelsen skal inneholde en tidshorison for når tiltakene kan etableres og være operative.

Kommuner og RHFene står selv ansvarlig for finansering av egen virksomhet. Det tas ikke sikte på å endre dette finansielle ansvarsforholdet. Helsedirektoratet bes utrede økonomiske og administrative konsekvenser for henholdsvis kommuner og RHFene i forbindelse med oppdraget, i første omgang for en ordning ifm. pandemien. Økonomiske og administrative konsekvenser av en mer varig ordning kan tas i neste runde.

Tidsfrist 8. januar 2021. Utvidet frist 19. januar 2021.

Innledning

Under pandemien har kommuner måtte opprettholde ordinære tjenestetilbud, som hjemmetjenester, samtidig som de har håndtert smitteutbrudd, blant annet ved sykehjem. Allerede før covid-19 var bemanningssituasjonen i kommunal helse- og omsorgstjeneste strukket. Det økte behovet for personell har derfor vært utforende å håndtere.

Helsedirektoratet vil foreslå kortsiktige og langsiktige løsninger for hvordan kommuner kan få bistand i situasjoner med personellmangel, både i sykehjem og hjemmetjenester.

Forslagene bygger på innhentet innspill fra Folkehelseinstituttet (FHI), Norsk sykepleierforbund (NSF), Kommunesektorens organisasjon (KS), regionale helseforetak (RHF), statsforvalter og fra kommuner. Nedenfor følger en oppsummering av disse. Folkehelseinstituttets innspill følger i tillegg i sin helhet som vedlegg.

Oppsummering av innspill fra aktørene

1. Veiledning overfor kommuner – formidling av kompetanse

Flere av innspillene viser til viktigheten av å kunne trekke på helseforetakenes kompetanse og erfaring. FHI trekker i tillegg frem at deres feltepidemiologiske gruppe gjennom pandemien har opparbeidet seg betydelig erfaring med covid-19-utbrudd i helsetjenesten. De arbeider aktivt med å sikre at erfaringer og læringspunkt fra de lokale utbruddene blir gjort tilgjengelig for alle. De ønsker fortsatt å ha et koordineringsansvar for kompetanseheving og rådgivning i smittevern til kommunehelsetjenesten, inkludert innsatsteam, slik at kunnskap og erfaring samlet inn nasjonalt, kommer alle kommuner til gode. De foreslår at opplæringsopplegg kan utarbeides i samarbeid med de regionale kompetansesentre i smittevern, og smittevernpersonell i kommunene samt kommunelegenettnettet, slik det også gjøres i dag.

2. Behov for innsatsteam

Covid-19-utbrudd ved sykehjem kan raskt føre til en utfordrende bemanningssituasjon. Dette gjelder både mangel på personell generelt, men også mangel på nøkkelpersonell. Det er enighet om at det bør etableres mer robust, skalerbart og forutsigbar bistand for kommuner i krise. Dette i form av drift-/innsatsteam eller beredskapsstyrke som kan tre inn ved akutte bemanningsutfordringer grunnet utbrudd ved sykehjem og kommunale tjenester. Det er ulikt syn på hvordan slik team kan mobiliseres, men sammensetningen av teamet blir sett på som viktig, både kompetanse og kapasitet må ivaretas.

Teamet antas å kunne være raskere operativt på nye steder dersom de har hatt opplæring og trening sammen. Deltagerne må kunne støtte og veilede hverandre for å løse oppgaver. De lokale ressursene må ikke bindes opp for å bistå teamet.

I en krisesituasjon vil kommunene selv ofte ikke ha ressurser til å rekruttere personell. Teamet bør derfor være ferdig sammensatt og opplært, og kunne tilkalles ved akutt behov. KS ser for seg lokale innsatsteam hvor avklaringer tas i helsefelleskapene, men også statlige organiserte innsatsteam som kan tilbys via statsforvalteren. RHF sitt forslag er en strategi med trinnvis eskalering der egne og lokale løsninger blir forsøkt først, før man eskalerer videre til høyere

nivå. RHF mener det er viktig at Statsforvalterens oppgaver og ansvar ved kriser er intakt og ikke flyttes. De har foreslått at alle landets kommuner kan fremme 1-2 kandidater til nasjonal innsats. På denne måten kan det bygges et stort potensiale med personell som kjenner oppgavene på sykehjem og i hjemmetjenesten som kan takle betydelige utfordringer ved krisesituasjoner.

3. Langsiktige tiltak for å sikre tilstrekkelig og kompetent bemanning

FHI understreker at ratio mellom ansatte og pasienter påvirker smitterisikoen. Det er derfor viktig å vurdere mulighetsrommet for bedre grunnbemanning. Kommuner bør også sikres mulighet til å ansette hygienesykepleier, samt smittevernkontakter ved alle avdelinger og enheter. En grundigere opplæring i hygiene og smittevern, spesielt i forhold til de mange ansatte uten helsefaglig utdanning, har framstått som et viktig behov.

Helsedirektoratets vurdering

Etter at dette oppdraget ble gitt, har sykehjemmene kommet i gang med vaksinerings av sine beboere og i noen grad av de ansatte. Hvordan dette vil påvirke covid-19-utbrudd i sykehjem og hjemmetjenester, er ennå for tidlig å si. Vi vil derfor gi våre vurderinger ut fra dagens situasjon, og så får man heller trappe ned de foreslåtte tiltakene dersom de etter hvert blir overflødige. Noe av det vi foreslår vil også kunne brukes i andre bemanningskriser, selv om tiden ikke har tillatt oss å utrede dette fullt ut.

Vi starter med å vise hvilke ressurser som er tilgjengelige i dag. Det kan synes som om disse ikke benyttes fullt ut. Årsaken kan være at ressursene ikke er godt nok kjent, eller ikke er tilstrekkelige til å dekke behovet.

Eksisterende ressurser som kommuner kan benytte ved personellmangel i sykehjem og andre kommunale tjenester

Tabellen under viser en oversikt over ressurser som eksisterer i dag med beskrivelse av hva de kan bidra med. Det er også lenke til kontaklinformasjon og informasjonsbrev som er sendt ut.

Tiltak	Beskrivelse
Kommunale tiltak	Interkommunalt samarbeid, økning av stillingsandeler, omdisponering/fleksibel bruk av personell (se brev til kommuner om bistand)
Lokalt NAV-kontor	NAV har nasjonalt ansvar for bemanning i krisesituasjoner og kan bistå med å rekruttere lokalt, regionalt og nasjonalt til stillinger for både helsepersonell og annet personell.
Bemanningselskap	Flere kommuner har allerede inngått avtale med ett eller flere bemanningselskap om vikarpersonell.
Nasjonalt innsatspersonell for TISK (Hdir)	Kvalitetssikret personell som er tilgjengelig for kommuner med akutt mangel på personell til TISK-relaterte oppgaver. Personellet har fått teoretisk opplæring i testing, smittesporing og smittesporingsverktøy. Kommunene kan anmode om bistand og får formidlet kandidater der de trer inn som arbeidsgiver på ordinær måte.
Register for reservepersonell (Hdir)	Oversikt og kontaklinformasjon til helsepersonell som har meldt seg tilgjengelig for arbeid under pandemien.
Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)	Under pandemien har flere av USHT-ene bidratt inn som ressurs til kommunene som innsatsteam innenfor ledelse og pleieoppgaver eller bidrag til TISK-arbeid. USHT har kompetanse og erfaring med å gi sykehjem og hjemmetjenester veiledning og rådgivning rundt rigging av gode team med tverrfaglig kompetanse. De kjenner kommunene godt, og kan være et naturlig bindeledd for koordinering av innsatsteam i et interkommunalt samarbeid, eller i et samarbeid mellom regioner. Noen USHT-er er

Tiltak	Beskrivelse
	allerede involvert i arbeid med å rigge kommunale innsatsteam, og har ansvar for opplæring og trening av personell innen flere områder slik at de raskt og effektivt kan omplasseres inn i tjenestene ved behov. p.t.
Helsefellesskapene	Helsefellesskapene består av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Formålet er at disse aktørene skal planlegge og utvikle helsetjenesten sammen i et felles ansvar for pasientene, inkludert personell- og kompetanseplanlegging. Arbeidet med etablering og organisering av helsefellesskapene er forsinket.
RHF/HF	Har et veilederansvar ovenfor kommuner og kan spesielt bidra med: <ul style="list-style-type: none"> • spesialisert kompetanse innen smittevern, hygiene, palliasjon, akuttberedskap m.m. • erfaring med etablering og drift av mobile team • Hvert regionale helseforetak skal ha et senter for sykehushygiene som skal fungere som kompetansesenter for helseregionen. Der kommuner har inngått avtale med RHF kan disse benyttes til veiledning/bistand.
Helseteam	Etablert for innsats for nordmenn ved kriser i utland, men kan også benyttes nasjonalt. Teamene består av både fagpersoner og operativ ledelse. Har responstid på 24 timer for oppdrag i utland.
Folkehelseinstituttet, inkludert Nasjonalt smitteoppsporingsteam og feltepidemiologisk gruppe	Folkehelseinstituttet ved blant annet nasjonalt smittesporingsteam og feltepidemiologisk gruppe, skal primært være en støttefunksjon i arbeidet med å håndtere lokale utbrudd og kan bistå med: <ul style="list-style-type: none"> • rådgivning • beslutningsstøtte • informasjonsarbeid • koordinering • opplæring • støtte til systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av data, utarbeidelse av oversikter og tilfeller, nærkontakter og epikurver
Private aktører	Private aktører innen bransjer som sikkerhet/beredskap, helse, renhold o.l., kan stille med personell etter avtale. Kommuner kan gå sammen om å etablere rammeavtaler for innleie av personell.
Ideelle virksomheter	Kan bidra med personell ved kriser. For eksempel Røde kors , Norsk folkehjelp , Norske kvinners sanitetsforening . https://www.rodekors.no/
Sivilforsvaret	Kan bistå med organisering, ledelse og infrastruktur i en akutt-/overgangsfase.

Utfordringer

Varierende behov til ulik tid krever ulike løsninger

Kommunenes personellsituasjon og behov under pandemien varierer mye. Enkelte har opplevd mye smitte, andre har ikke hatt smitteutbrudd. Store kommuner har flere ressurser å spille på, små kommuner har begrensede ressurser. Enkelte kommuner samarbeider godt med tilgrensende nabokommuner. Andre steder er samarbeid mer utfordrende bl.a. på grunn av store geografiske avstander. Å samarbeide ved et evt. utbrudd avhenger nødvendigvis av om nabokommunene selv er presset. Noen kommuner skal betjene testsentres ved grensestasjoner og trenger personell til dette. Andre kommuner har betydelig arbeidsinnvandring, som i seg selv medfører en risiko for smitte. Variasjonen i behov gjør det utfordrende å finne gode løsninger som kan dekke behovet like godt hos alle. Når krisen oppstår, og mye av det ordinære personellet for eksempel må i karantene, kan det være behov for mange ekstra personer som kan overta oppgaver. Ofte handler det både om kapasitet, sykepleiefaglig kompetanse og ledelse.

Behov for opplæring

De største utfordringene ved å ta imot nytt personell, sies å være at disse mangler lokal kjennskap til stedet de kommer til, er ukjent med rutiner, digitale systemer, kjenner ikke eksisterende personell, og at det derfor krever ressurser å sette nytt personell inn i arbeidet. Pasienter og brukere som blir smittet og samtidig har kognitiv svikt, er spesielt utfordrende å håndtere og krever ekstra kompetanse. Personell på sykehjem og i hjemmetjenesten har særlig kompetanse for de beboerne og pasientene de skal betjene. Reservepersonell som settes inn i en krise, vil ofte mangle mye spesialisert kompetanse og erfaring med denne kategorien brukere. Man må derfor regne med at det må gis en viss opplæring på stedet.

Mange løsninger

En annen utfordring er at det kan være vanskelig for kommunene å vite hvor de skal henvende seg med sitt behov. Det mangler "en vei inn". Kommunen må bruke tid på å finne ut hvor de skal henvende seg for å få den støtten/ressursene de har behov for.

I tillegg til Helsedirektoratets register for reservepersonell, er det nylig opprettet "nasjonalt innsatspersonell for TISK". Dette er en utvalgt gruppe fra nasjonalthelsepersonell.no som er kvalitetssikret av et bemanningsselskap og har gjennomgått opplæring i TISK. I spesialisthelsetjenesten er Helseteam opprettet for primært å yte bistand til nordmenn ved kriser i utlandet. Vi vet også at flere kommuner har egne beredskapsteam. Spørsmålet er om det er behov for et eget innsatsteam for sykehjem og hjemmetjenester i tillegg til det som allerede eksisterer, eller om det kan være tilstrekkelig å organisere det eksisterende tilbudet på en annen måte.

Helsedirektoratet erfarer at kommunene i stor grad har valgt å løse personellutfordringer med lokale tiltak. Av Helsedirektoratets ukentlige rapporter til HOD, fremkommer det at nasjonale i begrenset grad har vært benyttet, så langt. For eksempel, er det til nå mottatt få anmodninger om bistand fra nasjonalt innsatspersonell. Det kan synes som det ikke er samsvar mellom uttrykt behov for personell, og etterspørsel etter de ressursene som finnes. Vi er usikre på årsaken til dette. Det kan være uttrykk for at det er behov for et enklere system som er bedre kjent. For en kommune som opplever krise kan rekrutteringsprosessen fremstår som uoverkommelig. Spesielt når det er mange eksterne aktører som skal bistå, i tillegg til egne ressurser. Denne kombinasjonen av «uoverkommelig» utfordring skaper sårbarhet. Det bør derfor finnes tiltak som kan avlaste når krisen er som størst.

Tidkrevende ansettelse

Selv om kommuner får tilgang på lister over tilgjengelig personell fra NAV eller nasjonalthelsepersonell.no, kan det være tidkrevende for kommunene å finne fram til riktig personell og få i stand avtaler med dem. Fra kommunene har det kommet innspill om behov for mindre byråkratiske og raskere løsninger der personell kan påkalles å tiltre stilling umiddelbart.

Helsedirektoratets anbefaling

Lokale og nære løsninger d.v.s. direkte rekruttering, utvidelse av deltidsressursbrøker, omfordeling av oppgaver etc. er de første tiltakene som gjennomføres for å løse personellutfordringene. Siden dette er kommunens ansvar, som synes å være godt benyttet, og en forutsetning som ligger i oppdragsteksten, omtales ikke dette nærmere her.

Noen tiltak vil ta lengre tid å etablere og må detaljeres nærmere etter en evt. beslutning. Tiltakene nedenfor er derfor beskrevet på kort og lengre sikt.

Løsninger på kort sikt

Nedenfor skisseres fire løsninger som vi mener raskt kan bidra til mer personell til kommunene.

1. Bedre utnyttelse av eksisterende virkemidler

Potensialet i samarbeidet mellom nabokommuner kan enkelte steder utnyttes bedre enn i dag. Statsforvalteren kan bidra til å utnytte potensialet bedre ved å formidle og koordinere bistandsbehov mellom kommunene i sitt fylke.

Kommunene må konkret vurdere hvordan de ulike tiltakene kan benyttes og hva de selv må øke kapasiteten på (for eksempel administrativ støtte og bistand for sykehjemmene ved ekstraordinære situasjoner).

Flere kommuner har allerede inngått avtale med ett eller flere bemanningsselskap om vikarpersonell. Det kan med fordel etableres rammeavtaler som dekker flere samarbeidende kommuner, eller nasjonale avtaler på vegne av kommunene.

NAV har et nasjonalt ansvar for formidling av arbeidskraft, også i kriser. Det varierer imidlertid hvor nært samarbeid det er mellom kommuner og de lokale NAV-kontorene. Mye tyder på at dette potensialet kan utnyttes bedre i noen kommuner. NAV kan også bistå med formidling av f.eks. arbeidsledige til bemanningsvirksomheter, som igjen kan tilby dem som klarert arbeidskraft til kommunene. Dette kan avlaste rekrutteringsprosessen for kommuner som står i en krise.

FHI tar et viktig ansvar for kompetanseheving og rådgivning i smittevern til kommunehelsetjenesten. Opplæringsopplegg kan utarbeides av FHI i samarbeid med de regionale kompetansesentre i smittevern, og smittevernpersonell i kommunene, samt kommunelegenettverket. Ved akutte utbrudd i kommuner og sykehjem, bidrar FHI med sin kompetanse knyttet til spesifikke smitteverntiltak.

1. En felles oversikt og kontaktpunkt for informasjon, formidling av behov og kobling mot ressurser

Som beskrevet ovenfor, er det ulik grad av innsikt og oversikt over hvilke tiltak som er tilgjengelige. Denne utfordringen blir forsterket av at behovene under pandemien kan oppstå på svært kort varsel, og at det nylig er utarbeidet mange nye tiltak/virkemidler som ikke er godt nok kjent i kommunen. Et kortsiktig tiltak er derfor å utarbeide og publisere, på nett, en samlet oversikt over tilgjengelige virkemidler, og tilby et kontaktpunkt hvor det kan gis informasjon og veiledning om hvordan disse kan benyttes. Dette kontaktpunktet foreslås lagt til Helsedirektoratet i første omgang.

Tjenesten vil i første omgang være en informasjonstjeneste for å sikre at kommuner med behov hurtig kan orientere seg om hva som er mulig og hvordan tiltakene kan benyttes. Det kan vurderes om denne tjenesten bør utvides utover å være en informasjonstjeneste (til å koble behov med ressurser) etter noe erfaringsgrunnlag.

Tiltaket vil på kort sikt innebære å etablere en egen nettside hvor tiltakstilbudet er beskrevet, samt et kontaktpunkt/telefonnummer som kan benyttes for å gi ytterligere informasjon etter behov. Dette tiltaket vil medføre kostnader.

Alle landets kommuner må få konkret skriftlig informasjon om de ulike tiltakene og kontaktpunkt.

2. Utvidelse av ordningen med "Nasjonalt innsatspersonell"

Ordningen omfatter i dag helsepersonell som er kvalitetssikret av et bemanningsbyrå og som har gjennomgått teoretisk opplæring i TISK. Ordningen kan utvides til også å omfatte personell til sykehjem og hjemmetjenester. Slik utvidelse vil kreve en ny anskaffelse/ordning.

Innsatspersonell består i dag hovedsakelig av personell som ikke allerede arbeider innen kommunal helse- og omsorgstjeneste. Ved utvidelse av ordningen vil det derfor være viktig å finne frem til personell med oppdatert og relevant kompetanse. I en allerede presset bemanningssituasjon kan det bli utfordrende å finne frem til personell

som kan benyttes. Det kan i så fall være behov for at bemanningselskapet tar i bruk andre kanaler for rekruttering enn det som er gjort til nå. I tillegg kan man vurdere å tilrettelegge for "oppfriskningskurs" til aktuelle kandidater som tidligere har arbeidet i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

For personell i innsatspersonellet i dag, er det allerede utarbeidet en opplæringspakke innen smittevern og smittesporing med blant annet bistand fra FHI. Denne pakken kan suppleres med opplæringsressurser tilpasset arbeid i sykehjem.

Ny anskaffelse vil medføre kostnader.

3. Benytte helseteam ved kritiske hendelser

Personellet i spesialisthelsetjenestens helseteam har opplæring innen krisesituasjoner og akuttberedskap. Ved store utbrudd i sykehjem, der nesten alle beboerne er smittet og mange er alvorlig syke og dør, samtidig som en stor del av personellet er i karantene, bør det vurderes om spesialisthelsetjenestens helseteam skal settes inn. Disse teamene er trent i å arbeide sammen under fremmede forhold. Helsedirektoratet tror ikke det vil være mulig å få opprettet noe tilsvarende som kan bli like operative som disse på kort tid. Selv om de i hovedsak er tiltenkt utenlandsoppdrag, kan de ifølge vedtatt rutine også settes inn ved nasjonale hendelser. En utfordring er at dette personellet ikke er opplært til oppdrag i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Løsning på lengre sikt, permanent beredskap

Også ved fremtidige kriser kan kommune ha behov for rask tilgang på personell. Nedenfor følger Helsedirektoratets forslag til en eskaleringsmodell for å sikre permanent beredskap på lang sikt.

Etablering av innsatsteam

Etter at lokale løsninger er uttømt, og dette ikke er tilstrekkelig, vil det neste trinnet være å tilføre ressurser utenfra. Helsedirektoratet foreslår opprettelse av innsatsteam som kan tre inn på tvers av kommuner. Slike innsatsteam kan etableres ved:

- a) Dedikerte sammensatte team med avklart beredskap og tilgjengelighet
- b) Identifiserte fagressurser i en større «pool» som kan forespørres for å bygge ad-hoc team om er særlig rettet mot kommunehelsetjenestens behov i det enkelte tilfelle.

Vurderingen er at en «pool» av fagressurser som kan mobiliseres ad-hoc, er mest egnet. Som tidligere omtalt, er kommunale institusjoner og hjemmetjenester ulikt utformet og kompetansen er varierende. I en krisesituasjon vil det være tilfeldig hvilket volum og hvilken kompetanse som blir "slått ut". Hypotesen er derfor at forespørslor om bistand vil variere stort når det gjelder antall personer og nødvendig og rett kompetanse. Ferdig sammensatte team vil sannsynligvis svært sjelden passe inn i det tomrommet som av tilfeldige årsaker oppstår i de kommunale tjenestene.

For å sikre forutsigbarhet og effektivitet, bør det være planlagt på forhånd hvilken type helsepersonell (sykepleier, helsefagarbeider, lege o.s.v.) som skal inngå i "poolen". Innsatsteam må kunne besitte kompetanse som gjør det mulig å raskt tre inn i aktivt arbeid ved sykehjem og hjemmetjenester. "Poolen" bør også ha personell med kompetanse innen ledelse og organisering, samt personell som kan ta seg av oppgaver som ikke trenger å utføres av helsepersonell.

Tentativ skisse for etablering av innsatsteam

Type behov	Type forespørsel om bistand	Mulig løsning av bistand	Avklaringspunkt for langiktig løsning
Kapasitet	I. Komplett innsatsteam II. Utvalgte roller → Type stilling/kompetanse → Antall per stilling	Aktivering og utplassering av klargjorte ressurser fra etablert «pool» avhengig av type forespørsel. Ressurser «sourced» fra spesialisthelsetjenestene og primærhelsetjenestene.	<input type="checkbox"/> Antall innsatsteam og antall personer per innsatsteam <input type="checkbox"/> Mobilisering av ressurser og enheter for kapasitet og kompetanse <input type="checkbox"/> Opplæring og «klargjøring» av komplette team <input type="checkbox"/> Opplæring og «klargjøring» av enkeltressurser <input type="checkbox"/> Prosess for og håndtering av bistandsforespørsler <input type="checkbox"/> Kostnadsestimat for etablering av løsning samt kompensasjon for beredskapsperiode og aktivering av innsatsteam <input type="checkbox"/> Tidspunkt for etablering av løsning
Kompetanse	I. Behov for forebyggende kompetanse/opplæring II. Behov for kompetanse under «hendelse»	I. Samarbeid med HF, USHT, FHI og andre relevant fagmiljø for utarbeidelse av opplæringskonsept II. Løses som et «kapasitetsbehov» med forespurt kompetanse	

Organisering av "beredskapspool" og innsatsteam

Ansvar for etablering og koordinering av "beredskapspoolen" og innsatsteam kan tildeles helsefelleskapene. Disse er under opprettelse i alle helseforetaksområdene, og skal sørge for at kommuner og helseforetak sammen tar et felles ansvar for helsetjenesten og pasientene. Derfor kan det være naturlig at helsefelleskapene får en rolle også i beredskap knyttet til personell. Vi ser imidlertid at det kan ta noe tid før de er klare til å påta seg oppgaven. Helsedirektoratet anerkjenner at helsefelleskapene i utgangspunktet ikke er tiltenkt en operativ rolle. Denne vurderingen ble imidlertid gjort før pandemien. Pandemien er en ekstraordinær hendelse som kan medføre at man ønsker å se på rollen og mandatet på nytt. Fordelen med å bruke helsefelleskapene, er at de samler alle de relevante aktørene, og de kan derfor være et egnet forum når det gjelder innsatsteam på overordnet nivå. Inntil helsefelleskapene er godt etablert, må oppgaven legges til et annet forvaltningsnivå (statsforvalter, RHF/HF). Dette må i tilfelle utredes videre. Statsforvalteren har også en tilsynsfunksjon. Dette kan skape en interessekonflikt.

Innspillene vi har mottatt, fremhever behovet for at personell i et innsatsteam må være kompetente og ha kjennskap og erfaring fra kommunal helsetjeneste. Det anbefales derfor at personellpoolen settes sammen ved at hver kommune sier seg villig til å stille til rådighet et avtalt antall personell, som kan avgis ved kritisk mangel i andre kommuner. Antall personell som skal avgis kan være avhengig av kommunens størrelse.

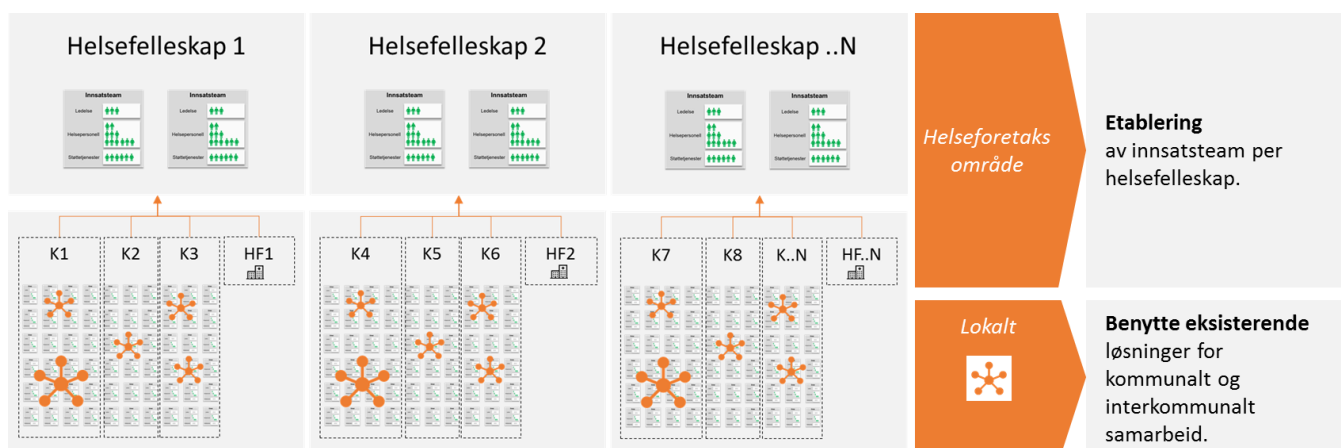
Personell til "poolen" må være plukket ut på forhånd. For å sikre effektiv iverksetting, må deres kompetanse være kvalitetssikret, og det bør gjennomføres regelmessige øvelser innenfor de ulike scenarier som skal kunne løses. Det må være frivillig å delta i ordningen. Kommunen tar stilling til hvem som til enhver tid inngår i ordningen. Den enkelte er ansvarlig for å orientere kommunen dersom situasjoner i privatliv eller arbeidsliv gjør at man ikke lenger kan regnes som aktuell for "personellpool" og innsatsteam.

Spesialisthelsetjenesten har kompetanse innen bl.a. smittevern, intensivbehandling, palliasjon, hygienesykepleie. For at "beredskapspoolen" til innsatsteamet skal bli et fullverdig operativt tilbud, bør helseforetakene også bidra med personell i den tilgjengelige «poolen». I en pandemi kan brukere i sykehjem ha behov for medisinsk behandling fra spesialisthelsetjenesten. I noen tilfeller kan det være mest hensiktsmessig at personell fra HF kommer ut til kommunen i stedet for at pasienten skal fraktes til sykehus.

Personell fra utviklingsentrene kan inngå i teamene der hvor dette behovet foreligger, og bidra med kompetanseheving innen eldreomsorgen. Noen utviklingsentre er allerede involvert i arbeid med å rigge kommunale innsatsteam, og har ansvar for opplæring og trening av personell slik at de raskt og effektivt kan omplasseres inn i tjenestene ved behov. De vil derfor ha erfaring det er nyttig å bygge på.

FHI kan bidra med utarbeidelse av opplæringsopplegg innen smittevern og andre relevante kompetanseområder.

På den skisserte måten vil det kunne bygges et nettverk av personell som kan bidra på flere nivå (ledelse, fag, helsepersonell og støttetjenester).



Regional og nasjonal kapasitet

I noen tilfeller kan ressursene interkommunalt og i et større geografisk område mellom kommuner uttømmes. Erfaringer fra pandemien har vist at tilgrensende kommune- og spesialisthelsetjenesten ofte rammes samtidig ved utbrudd. En regional og nasjonal kapasitet vil da kunne løses ved samarbeid og deling av innsatsteam på tvers. Dersom det besluttes at helsefelleskapene etablerer ordningen, kan forespørsel om bistand gå mellom helsefelleskapene. Statsforvalteren kan bidra med å koordinere bistandsbehov mellom, eventuelt på tvers, av kommunene i sine fylker. På denne måten vil det foreslåtte tiltaket kunne følge en eskaleringstilnærming, hvor lokale tiltak uttømmes før man forespør videre til helsefelleskapenes ressurser, og eventuelt til slutt søker bistand på tvers av helsefelleskap. Eskaleringsmodellen er fremstilt i figuren under:

Løsningsnivå	Etablert av	Koordinert av	Kommentar
Lokalt løsningsnivå	Kommune	Lokalt og interkommunalt.	Videreføre slik det fungerer i dag. Med basis i eksisterende beredskapsplaner og løsninger i de enkelte kommuner, samt interkommunalt samarbeid. Som nevnt under kortsiktige tiltak kan dette for utvalgte kommuner styrkes.
Helseforetaksområde	Helsefelleskap	Involvert helsefelleskap og statsforvalter.	Etablering av innsatsteam og koordineringspunkt for forespørsler.

Løsningsnivå	Etablert av	Koordinert av	Kommentar
Nasjonal kapasitet			Nasjonal kapasitet kan løses ved samarbeid og deling av innsatsteam på tvers av de helsefelleskap Eventuelle behov kan løses ved å forespørre andre helsefelleskap som ved tidspunkt for forespørselen har kapasitet til å avgi personell fra sitt etablerte innsatsteam. Ved en slik forespørsel vil statsforvalter og eventuelt Helsedirektoratet involveres.

Administrative og økonomisk konsekvenser

På kort sikt kan bedre utnyttelse av dagens ordninger innføres uten ekstra kostnader.

Utvidelse av innsatspersonell for TISK

Anskaffelse av nasjonalt innsatspersonell for TISK (se svar på oppdrag 232), ble estimert til underkant av 1 MNOK for 6 måneders drift. En utvidelse av ordningen til å inkludere rekruttering av klinisk personell til kommunale helse- og omsorgstjenester, vil medføre en ny anskaffelse med antatt noe høyere kostnader.

Felles kontaktpunkt og nettside

For de kommunene som har vanskelig for å orientere seg i de bemanningstilbudene som finnes, har vi foreslått at det opprettes en felles oversikt og kontaktpunkt for informasjon for å få hjelp til å finne fram til riktige ressurser. Denne funksjonen kan ev. legges til Helsedirektoratet, som da må opprette en stilling i f.eks. 3 mnd. på kort sikt. Dette kan innebære en kostnad på ca. 580 000 NOK. I tillegg kommer kostnader ved etablering av nettsiden. Dersom dette skal være en permanent løsning, vil det kreve opp mot 1 årsverk. En videre utvidelse av ordningen til å være en formidlingsinstans ala bemanningstjeneste, vil medføre ytterligere kostnader.

Helseteam

Spesialisthelsetjenestens helseteam er allerede opplært, og er i funksjon/beredskap i helsetjenesten i dag. Det vil derfor ikke påløpe noen ekstra kostnader til beredskap av disse. Hvis teamene blir satt inn ved alvorlige kriser i sykehjem, kan man bruke erfaringer fra tidligere operasjoner til å estimere kostnadene. Man kan gå ut ifra at en innsats i Norge vil bli vesentlig rimeligere enn en utenlandsoperasjon. Dersom helseteam skal utvides til å ha en permanent kompetanse innen f.eks. sykehjem, vil det kreves opplæring og utvidelse av teamet.

Personellet som deltar i oppdrag, beholder sin normale avlønning fra helseforetakene. I tillegg gir deltakelse i internasjonale oppdrag, utenlandstillegg, og reise og kostgodtgjørelse når de deltar i oppdrag. Ved eventuelle oppdrag for kommunehelsetjenesten må sannsynligvis kommunen ta over lønnskostnadene for aktuell periode. I tillegg kommer kostnader ved reise og opphold.

Innsatsteam

Den langsiktige løsningen foreslås ved opprettelse av innsatsteam administrert av helsefelleskapene. Siden dette vil innebære en ny oppgave for helsefelleskapene, må det tilføres mer ressurser slik at de blir i stand til å ivareta dette. Vi anslår at det er behov for 1 årsverk per helsefelleskap til administrativt ansvar for denne oppgaven.

Ressurser til opplæring og trening av personell i innsatsteamene må inkluderes. Det kan vurderes om opplæringsansvaret kan legges til USHT som fast punkt i oppdragsbrevet. Det vil også være naturlig at spesialisthelsetjenestens smittevernpersonell og FHI bidrar i opplæringen.

Før man kan beregne økonomiske konsekvenser på lengre sikt, må det besluttes hvordan strukturen skal være.

Tidshorisont

Det er allerede etablert flere tiltak for å tilgjengeliggjøre personell for kommuner som har smitteutbrudd. Disse tiltakene kan benyttes i betydelig større grad enn hittil. Gevinsten kan hentes ut umiddelbart dersom kommunene anmoder om bistand.

Utvidelse av nasjonalt innsatspersonell til også å inkludere personell til sykehjem og hjemmetjenester betinger en anskaffelsesprosess. Prosessen med etablering av nasjonalt innsatspersonell for TISK ble etablert før jul, og tok 3 uker. Det antas at en lignende prosess nå vil ta noe lenger tid.

Dersom det besluttet at spesialisthelsetjenestens helseteam skal kunne aktiveres som beredkapsressurs for kommuner ved alvorlig krise, ikke bare utenlands, kan de aktiveres raskt. Det kan være at disse vil trenge noe opplæring når de kommer ut i kommunen fordi de hittil kun har vært tiltenkt oppdrag i spesialisthelsetjeneste.

Etablering av den mer langsiktige løsningen med innsatsteam, vil kreve samarbeid interkommunalt og interregionalt. Definerings av teamene og formalisering av forpliktende deltagelse, vil ta tid. Det varierer hvor langt man er kommet i etableringen av helsefelleskapene. Det anses derfor sannsynlig at det vil variere hvor raskt de ulike helsefelleskapene vil kunne ha en "beredkapspool" på plass og en etablert ordning med innsatsteam.

Oppdrag 262 - Innsatsteam til å støtte opp sykehjem og hjemmebaserte kommunale tjenester ved smitteutbrudd

Bakgrunn

Smitteutbrudd i sykehjem er svært uheldig og har gjennom pandemien vist seg veldig krevende å håndtere, hvis det først oppstår. Mange sykehjem står i krevende bemanningsmessige utfordringer også i en normalsituasjon, med høyt sykefravær, høy andel deltidsansatte og mye bruk av vikarer. Dette utfordrer kontinuiteten og kvaliteten i tjenestene og gjør det krevende å ivareta smittevernet på en effektiv måte. Ved store smitteutbrudd vil personellsituasjonen kunne bli svært utfordrende. I en slik situasjon vil mange sykehjem ha behov for tilførsel av både kompetanse og kapasitet. Hjemmebaserte tjenester kan også ha tilsvarende behov for bistand.

Spesialisthelsetjenesten har siden mars opparbeidet seg viktig kompetanse om smittevern og behandling av covid-19, som det er viktig at særlig sykehjemmene, men også hjemmebaserte tjenester, kan få mulighet til å lære av. Rutiner for samarbeid om kompetanse og kapasitet bør etableres innenfor de samarbeidsrammer som gjelder lokalt. Helsefelleskapene kan være et naturlig forum for samarbeid om etablering av denne type systemer. Flere aktører har viktig kompetanse som det er viktig å dra nytte av i videre arbeid.

Helsedirektoratet har tidligere gjennomført flere tiltak for å forbedre tilgjengeligheten på personell, som blant annet er omtalt i Helsedirektoratets svar på oppdrag 232 om helsepersonellportalen av

19. november 2020. I besvarelsen redegjør Helsedirektoratet blant annet for at det arbeides med å etablere et nasjonalt innsatsteam som kan bistå kommuner i akutt bemanningskrise under lokale utbrudd og som primært skal benyttes til TISK.

Det eksisterer også andre nasjonale team, slik som Nasjonalt smittesporingsteam som kan bistå kommuner ved utbrudd av smitte. Dette teamet skal primært være en støttefunksjon i arbeidet med å håndtere lokale utbrudd.

Om oppdraget

Helsedirektoratet gis i oppdrag å utrede mulig etablering av innsatsteam som skal kunne bidra med kompetanse, støtte og bistand til drift for kommunale sykehjem og hjemmetjenester ved akutt bemanningsmangel på grunn av utbrudd av covid-19. Innsatsteamene kan være per opptaksområde til det enkelte helsefelleskap, regionale eller nasjonale. Det skal tas utgangspunkt i at eget personell i kommunen så langt som mulig skal være mobilisert før løsningen tas i bruk og at teamet jobber akutt og avgrenset for å bidra til å øke kompetansen og beredskapen lokalt, både på kort og lengre sikt.

Helsedirektoratet bes også utrede hvordan helseforetakene kan bistå sykehjem og hjemmetjenester i håndteringen av smittevern, primært gjennom etablerte strukturer som helsefelleskap eller andre strukturer for samarbeid. FHI, regionale kompetansesentre og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester besitter viktig kompetanse på området. Helsedirektoratet bes involvere NSF, Fagforbundet, KS, RHFene og ev. andre relevante aktører i arbeidet Departementet ber også om at

oppdraget ses i sammenheng med tidligere oppdrag for å bedre tilgjengeligheten av personell, herunder svar på oppdrag 232 om helsepersonellportalen av 19. november 2020.

Løsningen skal utredes med sikte på at den kan anvendes, ikke bare under koronapandemien, men også i forbindelse med andre fremtidige krisesituasjoner. Løsningen kan bearbejdes videre med utgangspunkt i erfaringene under covid-19.

Besvarelsen skal inneholde en tidshorisont for når tiltakene kan etableres og være operative.

Kommuner og RHFene står selv ansvarlig for finansering av egen virksomhet. Det tas ikke sikte på å endre dette finansielle ansvarsforholdet. Helsedirektoratet bes utrede økonomiske og administrative konsekvenser for henholdsvis kommuner og RHFene i forbindelse med oppdraget, i første omgang for en ordning ifm. pandemien. Økonomiske og administrative konsekvenser av en mer varig ordning kan tas i neste runde.

Tidsfrist 8. januar 2021.

Kontaktperson i departementet: Hans Jacob Sandsberg (Hans-Jacob.Sandsberg@hod.dep.no)

Folkehelseinstituttets vurdering

Bakgrunn

Smitteutbrudd i helsetjenesten som i sykehjem er svært uheldig og har gjennom pandemien vist seg svært krevende å håndtere, hvis det først oppstår. Konsekvensene av utbrudd har også vist seg å bli svært alvorlige med alvorlig forløp for de som rammes. FHI skal i henhold til smittevernlovens § 7-9 gi faglig bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak. FHI skal blant annet samordne, oppklare og bistå med kontroll av utbrudd av smittsom sykdom i og utenfor helseinstitusjoner. FHI har i mange år hatt en feltepidemiologisk gruppe som har lang erfaring med å bistå både kommuner og spesialisthelsetjenesten under diverse typer utbrudd. Under covid-19-pandemien har FHI vært i kontakt med smittevernpersonell, kommuneleger og enkelte sykehjemsleger i forbindelse med utbrudd i helsetjenesten inkludert sykehjem. FHI har gjennom dialog og besøk gjort seg flere erfaringer rundt denne type utbrudd i helsetjenesten. Noen av de relevante erfaringer trekkes frem nedenfor.

En av de viktigste risikofaktorene for utbrudd i helsetjenesten er et høyt smittepress lokalt. Ved et høyt smittepress lokalt ser vi at utbrudd ofte rammer flere deler av den lokale helsetjenesten samtidig og de som ikke rammes må være i økt beredskap. Utbrudd av infeksjonssykdommer som covid-19 medfører både at personer blir syke og ikke skal jobbe, og at flere må i karantene. Dette gir både utfordringer med å opprettholde normaldrift, og kontinuiteten og kvaliteten i tjenestene. En tilleggsutfordring i enheter med mange eldre, som i sykehjem, er at når mange av de faste og mest erfarne ansatte må i

karantene, øker det risikoen for at atypiske symptomer hos eldre blir oversett og til økt angst hos beboere, som kan bidra til vanskeligheter med å følge råd og instruksjoner. En utbruddssituasjon medfører behov for ekstra vektlegging på etterlevelse av smittevern for å kunne begrense omfanget av smitten. Dette er en utfordring spesielt i kommunehelsetjenesten hvor en ofte ikke har ansatt personer med denne kompetansen, eller har tilgang på personer med spesiell smittevernkompentanse.

I tillegg til en utfordrende personellsituasjon for å ivareta behandling og pleie, medfører utbrudd en stor ekstra belastning på ledere. Det er gjerne økt behov for psykososial støtte, da det å få utbrudd inn i helsetjenesten ofte er en stor påkjennelse for de ansatte med mye skyldfølelse.

Innspill til tiltak for å møte disse utfordringene:

1. Driftsteam

Det bør etableres driftsteam i kommunene eller fylkene for sykehjem og andre deler av helsetjenesten for å bidra med kompetanse, støtte og bistand til drift for kommunale sykehjem og hjemmetjenester ved akutt bemanningsmangel på grunn av infeksjonsutbrudd.

Opprettelse og sammensetting av et slikt team bør skje i nært samarbeid med kommunelegen. Vi ser at i flere tilfeller under pandemien, har nabokommuner støttet og bistått hverandre. Fylkesmannen har en rolle med koordineringen for å sikre et godt interkommunalt samarbeid. Beredskapssituasjoner som utbrudd vil ofte også ha innvirkning på nabokommuner.

Det er en fordel å få inn personer som kjenner beboere og derfor lett kan gjenkjenne atypiske symptomer, samt andre som kan gå rett inn å avlaste og støtte driften. Per i dag anbefaler FHI i utbruddssituasjoner at en primært bør forsøke å øke stillingsbrøker til personer som alt er knyttet til de ulike helsetjenester, før en eventuelt vurderer andre modeller. Økte stillingsbrøker vil også bidra til at man ikke har ansatte som jobber på flere institusjoner. Det å ha flere arbeidssteder øker spredningsrisikoen. Samtidig er det viktig å velge en modell som tar inn over seg at store deler av helsetjenesten lokalt kan bli rammet samtidig under et infeksjonsutbrudd. Et "aktivert" driftsteam kan bistå i situasjoner hvor utbruddet har medført at bemanningssituasjonen ikke ellers ville vært forsvarlig.

Oppsummert: En bør sikre tilgang til ekstra personalressurser, for å sikre forsvarlig drift i helsetjenesten også ved utbrudd. Det er en fordel å få tilgang til personer som alt kjenner rutiner og beboere. Mulighet til å øke stillingsbrøken til deltidsansatte, bør derfor vurderes først. Dersom det er behov for ytterligere personalressurser, må det sikres at disse har god kompetanse. Det anses som en fordel at dersom det settes opp et eksternt team at medlemmene kjenner hverandre, slik at de kan støtte og veilede hverandre for å løse oppgaver, slik at ikke de lokale ressursene i helsetjenesten blir bundet opp for å bistå teamet. Eksterne team må ha god kompetanse. Videre bør styrking av ledelse vurderes, for å bistå med administrativt arbeid knyttet til utbruddet.

2. Håndteringen av smittevern og smittevern- og utbruddsstøtte

I oppdragsteksten står det at «Spesialisthelsetjenesten har siden mars opparbeidet seg viktig kompetanse om smittevern og behandling av covid-19, som det er viktig at særlig sykehjemmene, men også hjemmebaserte tjenester, kan få mulighet til å lære av. Rutiner for samarbeid om kompetanse og kapasitet bør etableres innenfor de samarbeidsrammer som gjelder lokalt».

Modellen som beskrives i oppdragsteksten tilsvarer i stor grad en modell som er etablert i Troms og Finnmark for smittevernbistand til kommuner og samhandling mellom HF og kommuner. Denne modellen ble foreslått inn i revidert smittevernlov. Forslaget fikk såpass mange negative høringsuttalelser fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten, at det ble trukket. Innspillene som kom fra RHFene gikk på at de ikke har ressurser eller erfaring til å ha en slik veiledende funksjon (Helse Nord var også blant de som ikke støttet forslaget). Kommunehelsetjenesten trakk frem at de ofte opplever at råd fra spesialisthelsetjenesten ikke er tilpasset virkeligheten i kommunehelsetjenesten. Som et resultat ble det i Handlingsplan for et bedre smittevern besluttet å styrke feltepidemiologisk gruppe ved FHI for å støtte kommuner og helseforetak i smittevernrådgivning og annen utbruddshåndtering (tiltak 13). I henhold til §3-3 i Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten skal FHI blant annet bidra til å samordne smittevernarbeidet nasjonalt og stimulere til fagutvikling, drive undervisningsvirksomhet, kurs, samt oppdatering av kunnskaper i smittevern og tilby assistanse ved oppklaring av utbrudd. Således er tiltak 13 i handlingsplanen i tråd med forskriften.

Erfaring så langt i pandemien er at det er en styrke at en sentral aktør har samlet erfaring fra alle utbruddene. FHI har hatt et system for å sikre at erfaring og læringspunkter fra de lokale utbruddene blir gjort tilgjengelig for alle, blant annet gjennom:

- Råd på nettsidene til FHI, som oppdateres kontinuerlig i takt med ny kunnskap og erfaring
- Webinarer målrettet mot ulike deler av helsetjenesten som sykehjem, hjemmebaserte tjenester, tannhelsetjenesten, fastleger, kommuneleger og personell i spesialisthelsetjenesten.
- Fortløpende rådgivning til helsepersonell både per telefon og e-post (24 timers tilgjengelighet)
- Tilbud om dialog med kommuneleger ved utbrudd i helseinstitusjoner og bistand til utbruddsoppklaring, inkl. fysisk besøk.

Vi har nå en modell hvor FHI samler betydelig erfaring om utbrudd i helsetjenesten. FHI benytter erfaringen til videre bistand. Kommuner kan i tillegg be om bistand fra helseforetakene, særlig om kommuner har avtale med spesialisthelsetjenesten, men FHI vil uansett fortsette med utstrakt støtte. Dette er en verdifull modell også ved at FHI stadig kan forbedre veiledningen. Heldigvis er utbrudd en relativt sjelden hendelse (ikke nå!). En modell med lokal smittevern- og utbruddsbistand, vil vanskeliggjøre at en får opparbeidet tilstrekkelig erfaring og kompetanse til effektivt å bistå andre deler av helsetjenesten. I møtet 9.12 med de regionale kompetansesentrene, hvor representanter fra RHFene også

deltar, tok vi en ny runde om organisering av smittevernrådgivning, for å høre om de hadde endret syn på bakgrunn av erfaringer under pandemien. Det hadde de ikke.

3. Tiltak for å sikre bemanning for å sikre drift og kontinuitet i deler av helsetjenesten lokalt på lengre sikt.

Generelt påvirker ratio mellom ansatte og pasienter, smitterisikor. En bør derfor oppfordre alle deler av helsetjenesten til å vurdere mulighetsrommet for å bedre grunnbemanningen. Om kommuner i Norge opplever lengre perioder med økt smittepress som medfører flere syke og høyt antall i karantene, er det enda viktigere å bygge opp en buffer-kapasitet, enten på kommunalt eller fylkes nivå. Om disse har fått opplæring i forkant kan de enklere og mer effektivt brukes i en krise.

4. Tiltak for å øke smittevernkompetansen lokalt på lengre sikt.

Erfaring med pandemien styrker punkter som trekkes frem i Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge både om tilgang på tilstrekkelig smittevernkompetanse og andre faglige ressurser til å ivareta kravene i forskriften i kommuner og tydeligere ansvars plassering for smittevern i kommunale

helseinstitusjoner (<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2016/situasjonsbeskrivelse-av-smittevern-i-norge-2018-notat-til-hod.pdf>). Flere kommuner har ansatt egne smittevernrådgivere (hygienesykepleiere) som følger opp og sørger for fokus på og kompetanseheving innen smittevern for ulike deler av den kommunale helsetjenesten. Disse hygienesykepleierne har ofte tett samarbeid med smittevernpersonell i spesialisthelsetjenesten, samt inngår i et nasjonalt nettverk for hygienesykepleiere i kommunehelsetjenesten som organiseres av FHI. Tiltak for å sikre at alle kommuner får en kommunalt ansatt hygienesykepleier bør vurderes, samt at en sikrer etterlevelse av anbefalinger i 'Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta' om å ha smittevernkontakter i avdelingene og enheter. Det arbeides for å få utdannet flere smittevernpersonell, slik at alle deler av helsetjenesten kan få tilgang til kvalifisert smittevernpersonell.

Merknad

FHI ber om at vurderingen i sin helhet, inklusiv grafisk utforming, legges ved i det endelige svaret til HOD.