

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Krisestab HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 21/50234-4
Saksbehandler: Berit Kvalvaag Grønnestad
Dato: 17.12.2021

Svar på Covid-19-opdrag nr. 581 fra Helse- og omsorgsdepartementet: Kartlegging av situasjoner i tjenestene og risiko for evt. lovbrudd

Vedlagt følger besvarelse på covid-19-opdrag nr. 581: Kartlegging av situasjoner i tjenestene og risiko for evt. lovbrudd

Oppsummering av hovedpunkter i besvarelsen:

- Helse- og omsorgsdepartementet har gitt HelseDirektoratet i oppdrag å kartlegge om regelverket er til hinder for mest mulig effektiv ressursbruk ute i tjenestene, slik situasjonen er nå
- HelseDirektoratet har foretatt en kartlegging av den aktuelle situasjonen i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, på områder der det finnes regelverk som i dagens pressede ressursituasjon kan være til hinder for mest mulig effektiv ressursbruk
- HelseDirektoratet har kartlagt og vurdert flere lov- og forskriftsparagrafer og som kan være til hinder for effektiv ressursutnyttelse
- Oppdraget omfatter ikke å gi råd om hvilket regelverk som det kan være aktuelt å suspendere for en periode, for å bidra til mest mulig effektiv ressursbruk ute i tjenestene
- Data fra NPR/Helfo indikerer at spesialisthelsetjenesten har størst utfordringer med å innfri fristbruddordningen
- Innrapportering via statsforvalterne viser at situasjonen i kommunenes helse- og omsorgstjenester har blitt betydelig forverret fra uke 48 til uke 50, men data gir i liten grad oversikt over omfang av fristbrudd
- Helsetilsynet har deltatt i diskusjoner om besvarelsen for oppdraget. Helsetilsynets register over tilsyns- og klagesaker gir ikke et dagsaktuelt bilde av situasjonen i tjenestene.

Kontaktperson i HelseDirektoratet for denne leveransen er Berit Kvalvaag Grønnestad

Berit.Kvalvaag.Gronnestad@helsedir.no

Toril Kolås Toril.Kolas@helsedir.no har hatt ansvar for kartleggingen i spesialisthelsetjenesten.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
direktør

Berit Kvalvaag Grønnestad
prosjektleder

Dokumentet er godkjent elektronisk

HelseDirektoratet

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

Berit Kvalvaag Grønnestad

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helseDirektoratet.no

Kopi:

FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd Utbrudd;HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET, Pia Grude

MAL¹

Svar på covid-19-oppdrag fra HOD, nr. 581

Kartlegging av situasjonen i helse- og omsorgstjenesten mtp. oppfyllelse av rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven og pliktbestemmelser i tjenestelovgivningen

Oppsummering

- Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge om regelverket er til hinder for mest mulig effektiv ressursbruk ute i tjenestene, slik situasjonen er nå
 - Helsedirektoratet har foretatt en kartlegging av den aktuelle situasjonen i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, på områder der det finnes regelverk som i dagens pressede ressursituasjon kan være til hinder for mest mulig effektiv ressursbruk
 - Helsedirektoratet har kartlagt og vurdert flere lov- og forskriftsparagrafer som kan være til hinder for effektiv ressursutnyttelse
 - Oppdraget omfatter ikke å gi råd om hvilket regelverk som det kan være aktuelt å suspendere for en periode, for å bidra til mest mulig effektiv ressursbruk ute i tjenestene
 - Data fra NPR/Helfo indikerer at spesialisthelsetjenesten har størst utfordringer med å innfri fristbruddordningen
 - Innrapportering via statsforvalterne viser at situasjonen i kommunenes helse- og omsorgstjenester har blitt betydelig forverret fra uke 48 til uke 50, men data gir i liten grad oversikt over omfang av fristbrudd
 - Helsetilsynet har deltatt i diskusjoner om besvarelsen for oppdraget. Helsetilsynets register over tilsyns- og klagesaker gir ikke et dagsaktuelt bilde av situasjonen i tjenestene.
-

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Oppdrag 581 til Helsedirektoratet – Kartlegging av situasjonen i helse- og omsorgstjenesten mtp. oppfyllelse av rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven og pliktbestemmelser i tjenestelovgivningen

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet i dialog med Statens helsetilsyn foreta en overordnet kartlegging av situasjonen i helse- og omsorgstjenesten mtp. oppfyllelse av rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven og pliktbestemmelser i tjenestelovgivningen.

Kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten er utfordret ved at det er en sterk økning i antall smittede, hvilket gir press på fastleger, legevakter, andre kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehus. Videre gir det press på TISK-arbeidet i kommunene. I tillegg er det sykefravær og annet fravær som følge av pandemien blant ansatte i tjenestene. Samlet sett utfordrer dette kapasiteten og kan få konsekvenser for tjenestetilbudet. I denne situasjonen er det viktig at kommuner og helseforetak har god kriseledelse og bruker sine ressurser på en mest mulig hensiktsmessig måte.

På denne bakgrunn ønsker departementet en overordnet kartlegging av hvilke konkrete rettigheter og plikter som det i nåværende situasjon er krevende å oppfylle. Den skal bygge på det som foreligger/systematisk innhentes på overordnet nivå av informasjon om situasjonen i kommunene og spesialisthelsetjenesten, blant annet gjennom dialogen med statsforvalterne og RHF-ene, og gjennom systematisk registrering til NPR.

Hensikten med oppdraget er å gi Helse- og omsorgsdepartementet grunnlag for å vurdere om det er regelverk som i dagens pressede ressursituasjon er til hinder for mest mulig effektiv ressursbruk ute i tjenestene.

1. Kommunale helse- og omsorgstjenester

Departementet ber Helsedirektoratet i dialog med Statens helsetilsyn kartlegge eventuelle utfordringer knyttet til oppfyllelse av plikter som påligger den kommunale helse- og omsorgstjenesten, blant annet plikt til å utarbeide individuell plan etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 7-1, jf. pbrl § 2-4, plikt til å tilby koordinator etter hol § 7-2, tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver etter pbrl § 2-8 og bestemmelser i fastlegeforskriften, blant annet § 21 om allmenne tilgjengelighetsbestemmelser.

2. Spesialisthelsetjenesten

Departementet ber Helsedirektoratet i dialog med Statens helsetilsyn kartlegge eventuelle utfordringer knyttet til oppfyllelse av plikter som påligger spesialisthelsetjenesten, blant annet plikten til å fastsette frist etter pbrl § 2-1 b andre ledd andre punktum og plikten til å varsle Helfo ved mulige fristbrudd etter pbrl § 2-2 andre ledd andre punktum, samt oppfyllelse av retten til fornyet vurdering, retten til vurdering innen 10 dager og retten til fornyet vurdering etter pbrl § 2-3, rett til fritt behandlingsvalg etter pbrl § 2-4, rett til individuell plan etter pbrl § 2-5 og rett til kontaktlege etter pbrl § 2-5 a.

Vi ber om at direktoratet oppgir kontaktperson for oppdraget i besvarelsen.

Frist: fredag 17. desember kl. 12.00

Kontaktpersoner

HOD – Pia Grude pia.grude@hod.dep.no

Bakgrunn

Oppdraget

Den 28. mars 2020 trådte *Midlertidig forskrift om endringer i helselovgivningen for å avhjelpe konsekvenser under utbruddet av Covid-19* i kraft, der enkelte rettighetsbestemmelser i regelverket midlertidig ble suspendert. Formålet var å bidra til en likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester og en effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser under utbruddet av Covid-19. Da situasjonen ute i helse- og omsorgstjenestene bedret seg, ble forskriften opphevet.

Vi er nå igjen i en situasjon der kapasiteten i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenesten er utfordret på grunn av en sterk økning i antall smittede med deltavarianten av covid-19-viruset, samtidig som vi også har en rask smittespredning av omikron-varianten. Dette gir press på sykehus, fastleger, legevakt, TISK-arbeidet og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg til at mange pasienter har behov for helsehjelp, er det høyt sykefravær i tjenestene. Samlet sett utfordrer dette kapasiteten og kan få konsekvenser for tjenestetilbudet.

Hensikten med oppdraget er derfor å gi Helse- og omsorgsdepartementet grunnlag for å vurdere om det er regelverk som i dagens pressede ressursituasjon er til hinder for mest mulig effektiv ressursbruk ute i tjenestene. HOD ber ikke om at Helsedirektoratet vurderer hvilke hjemler det kan være aktuelt å suspendere for en periode, Helsedirektoratet skal bare kartlegge den aktuelle situasjonen på relevante områder.

Historikk

Behovet for å fravike pasientrettigheter og plikter for tjenesteyterne ble vurdert og kartlagt i forbindelse med koronaloven og tilhørende forskrift nr. 462 (begge opphevet), samt helseberedskapsloven § 6-2 (opphevet).

Midlertidig lov 27. mars 2020 nr. 17 om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (koronaloven) trådte i kraft 27. mars 2020. Denne ga på nærmere vilkår Kongen myndighet til å fastsette forskrifter om nødvendige og forholdsmessige tiltak som kan utfylle, supplere eller fravike gjeldende lovgivning.

Koronalovens § 2 ga hjemmel for Midlertidig [forskrift 27. mars 2020 nr. 462](#) om endringer i helselovgivningen for å avhjelpe konsekvenser under utbruddet av Covid-19. Denne forskriften trådte i kraft 28 mars 2020. Formålet var å bidra til en likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester og en effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser under utbruddet av covid-19. Forskriften dannet grunnlag for å gjøre unntak fra eller tilpasninger i enkelte av bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven, for å gi helse- og omsorgstjenestene et bedre handlingsrom for å forberede virksomheten til å kunne motta et høyt antall covid-19-pasienter og til å møte ressurs- og kapasitetsutfordringene knyttet til en slik pandemi.

Koronaloven og tilhørende forskrift til helsetjenesten (forskrift nr. 462), ble opphevet 27. mai 2020.

Fordi det også etter 27. mai 2020 var behov for hjemmel til å ved forskrift kunne fravike gjeldende bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 og korresponderende pliktbestemmelser i tjenestelovgivningen, ble det innført en midlertidig hjemmelsbestemmelse i helseberedskapsloven § 6-2 tredje ledd. Denne ga grunnlag for å supplere eller fravike pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, og tilhørende pliktbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven, forutsatt at vilkårene i beredskapsloven § 1-5 var oppfylt. Helseberedskapslovens § 6-2 tredje ledd ble opphevet 1. juni 2021 (LOV-2021-05-28-44).

Sentrale utgangspunkt

Vurderingene som ble gjort av departementet (Prop. 104 L (2019–2020)) i forbindelse med den midlertidige bestemmelsen i helseberedskapsloven § 6-2 tredje ledd er fortsatt relevante. Herunder:

Det kan ikke gjøres unntak fra retten til øyeblikkelig hjelp og retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første, andre og tredje ledd og § 2-1 b første ledd og andre ledd første punktum.). Dette innebærer at det ikke vil være adgang til å gjøre unntak i den grunnleggende retten til å få nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Retten til et verdig helsetilbud, som er en del av forsvarlighetskravet, kan heller ikke fravikes. Det skal ikke være adgang til å gjøre endringer i øvrige kapitler i pasient- og brukerrettighetsloven, for eksempel i bestemmelsene om samtykke, medvirkning eller informasjon.

Ved en vurdering av forholdsmessighet knyttet til unntak eller tilpasninger i helselovgivningen, må mulige konsekvenser slike unntak kan få for pasienter, særlig sårbare grupper eller pasienter som er alvorlige syke, vurderes grundig og veies opp mot hvilke fordeler dette vil gi for organiseringen av tjenestene.

Kilder for kartleggingen

Helsedirektoratet har ikke tilgang til registerdata som viser et dagsaktuelt bilde av kapasitetsutfordringer eller tilgjengelighet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsetilsynets register over tilsyns- og klagesaker gir heller ikke et dagsaktuelt bilde av situasjonen i tjenestene. For spesialisthelsetjenesten foreligger det i større grad systematisk innregistrerte data som kan belyse situasjonen nå.

Følgende kilder er benyttet i arbeidet med kartleggingen:

- Ukentlig rapportering fra kommunene til statsforvalterne, som rutinemessig videresendes til Helsedirektoratet
- Tilkommet informasjon fra RHF-ene
- Systematisk innregistrerte data vedrørende spesialisthelsetjenester (NPR/Helfo)

Andre relevante oppdrag

Oppdrag 564 om anbefalinger knyttet til særlig sårbare grupper (prioritering).

Helsedirektoratets vurdering

1 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Endringer i belastning på kommunale helsetjenester fra uke 48 til 50

Status i kommunene basert på statsforvalternes innrapportering 14.12.21:

- Tilgang til helsepersonell i uke 50 er utfordrende i 188 kommuner, mot 116 i uke 48
- Fastlegekapasitet i uke 50 er utfordrende i 132 kommuner, mot 91 i uke 48
- Legevaktkapasitet i uke 50 er utfordrende i 99 kommuner, mot 64 i uke 48
- Institusjon- og hjemmetjeneste-kapasiteter i uke 50 er utfordrende i 171 kommuner, mot 114 i uke 48
- Kommuneoverlegefunksjon i uke 50 er utfordrende i 111 kommuner, mot 71 i uke 48
- Risiko for at smitten vil overbelaste helsetjenestene i uke 50, er middels høy til høy i 135 kommuner - mot 95 i uke 48
- Beredskap for å oppskalere TISK og vaksinasjon i uke 50 er noe mangelfull i 97 kommuner, mot 58 i uke 48
- Vaksineringsen går for sakte i en del kommuner grunnet personellmangel

Vedlagt denne leveransen finnes **Oppsummering av rapporteringen fra kommuner og SF 14.12.21**, som gir en mer detaljert oversikt over situasjonen på de ulike områdene.

Fastlege og legevakt

Fastlegeforskriften regulerer kommunens ansvar for ordningen og fastlegens plikter. Kapittel 2 er av nyere dato og inneholder kvalitets- og funksjonskrav. Tilgjengelighetsbestemmelsen i § 21 har detaljerte krav til fastlegekontorene. Etter annet ledd, annet punktum, skal listeinnbyggeren få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager. Fastlegeforskriften § 21 tredje ledd angir at systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter.

Helsedirektoratet har ikke tilgang til registerdata som viser kapasitetsutfordringer eller tilgjengelighet for pasienter i legevakt eller fastlege. Helsedirektoratet må derfor støtte seg til analog rapportering fra kommuner via Statsforvalter (SF) til Helsedirektoratet. En sammenfatning av rapporteringer fra SF til Helsedirektoratet viser en økende trend av kommuner som rapporterer om utfordrende eller kritisk helsehjelpkapasitet hos fastlegene fra uke 46 (78 kommuner) til uke 50 (132 kommuner). Rapporteringer fra SF til Helsedirektoratet viser samme økende trend for kommuner som rapporterer om utfordrende eller kritisk helsehjelpkapasitet hos legevakt fra uke 46 (52 kommuner) til uke 50 (99 kommuner). Helsedirektoratets vurdering er at både fastlegetjenesten og legevakttjenesten i kommunene er under sterkt press av flere årsaker. Dette omfatter fastlegeordningens mangeårige rekrutteringsutfordringer og økte arbeidsoppgaver - i tillegg til pågående pandemi med utbrudd av delta-/omikronvarianten av SARS-CoV-2, samtidig med nasjonal epidemi med andre øvre luftveisinfeksjoner. Noen kommuner melder om utfordringer med å få fastlegene til å svare på elektroniske meldinger, andre melder om at legevakten ikke lenger kan tilby sykebesøk til pasientene sine. Det er generelt sett stort press på allmennlegetjenesten, og det er vanskelig og til dels umulig å få tak i vikarer i alle fylkene.

Kravene til konsultasjon innen fem arbeidsdager, og kravet til at 80 prosent av telefonhenvendelser besvares innen to minutter, kan, basert på informasjonen over, være utfordrende å oppfylle for fastlegekontorene under pandemien. Rettighetene til listeinnbyggere/pasienter i fastlegeordningen er regulert i forskrift om pasient- og brukerrettigheter. Eventuell fravikelse/ending i fastlegeforskriften må dermed vurderes opp mot eventuelle behov for endring i denne forskriften også.

Andre kommunale helse- og omsorgstjenester

Departementet ber Helsedirektoratet i dialog med Statens helsetilsyn kartlegge eventuelle utfordringer knyttet til oppfyllelse av plikter som påligger den kommunale helse- og omsorgstjenesten, blant annet plikt til å utarbeide

- tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver etter pbrl § 2-8
- individuell plan etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 7-1, jf. pbrl § 2-5,
- plikt til å tilby koordinator etter hol § 7-2,

Tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver

Etter pbrl. § 2-8 kan de som har særlig tyngende omsorgsarbeid, "kreve" at den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene i tilfelle skal bestå i. Bestemmelsen gir ingen materielle rettigheter, men kun en rett til å få et vedtak.

Erfaringer fra nedstengningen våren 2020 var at pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver i betydelig grad fikk redusert eller mistet tilbud om støtte og avlastning.

Da registerdata innrapporteres i etterkant, gir ikke registerdata dagsaktuell oversikt over om kommunene - på samme måte som under nedstengningen i 2020 - nå foretar betydelig omprioritering av personell som i en normalsituasjon gir støtte og avlastning til pårørende. Registerdata gir derfor ikke svar på om færre pårørende enn normalt for øyeblikket får vedtak om støtte og avlastning, eller i hvilken grad den enkelte får tjenester i tråd med vedtak.

Støtte og avlastning til pårørende inngår heller ikke i data som nå rutinemessig innrapporteres fra kommunene til statsforvalterne. Det er derfor ikke mulig for Helsedirektoratet å kartlegge i hvilken grad gjennomføring av støtte og avlastning til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver, nedprioriteres i dagens situasjon. Helsedirektoratet har imidlertid gjennom hele pandemien gjort kommunene oppmerksomme på at de kontinuerlig må prioritere dekking av grunnleggende behov hos sårbare grupper, samt tiltak som sikrer at pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver ikke får uforsvarlig store belastninger. Dette er blant annet gjort gjennom flere brev til kommunene og gjennom flere anbefalinger Helsedirektoratets koronaveileder, herunder [Kommunen må ha en plan for hjemmeboende tjenestemottakere og deres pårørende i ulike faser av covid-19-epidemien](#). Vi har derfor grunn til å anta at kommunene i dagens situasjon i større grad er oppmerksomme på at de må sikre lovfestet minimum av støtte og avlastning til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver, enn det som var tilfelle våren 2020. Jf. også oppdrag 564 om anbefalinger knyttet til særlig sårbare grupper (prioritering).

Koordinator og individuell plan

Retten til individuell plan er gitt i pbrl. § 2-5: Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Plikten for tjenesteytere er tilsvarende regulert i særlovgivningen.

Pliktsubjektet etter hol. §§ 7-1 og 7-2 er kommunene. Etter hol. § 7-1 "skal" kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, samarbeide med andre tjenesteytere om planen, og koordinere planarbeidet dersom bruker/pasient også har tilleggsbehov etter spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven. Etter hol. § 7-2 "skal" kommunen tilby koordinator til pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, som skal sikre nødvendig oppfølging av pasient/bruker, sikre samordning av tjenestetilbud og fremdrift i planen. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256) regulerer nærmere retten til koordinator og individuell plan.

Det finnes ingen data/indikatorer som raskt kan fange opp endringer i kommunene når det gjelder koordinator og individuell plan. På samme måte som for avlastningstiltak, gir ikke registerdata dagsaktuell oversikt over om koordinator og individuell plan nedprioriteres i kommunene. Koordinator og individuell plan omfattes heller ikke av

de data som nå rutinemessig og kontinuerlig rapporteres fra kommunene til statsforvalterne, og videre til Helsedirektoratet.

Retten til individuell plan omfatter ikke en frist for når planen skal være utarbeidet. Det innebærer nok at når mange kommuner nå har en presset ressursituasjon, vil de sannsynligvis automatisk nedprioritere arbeidet med individuell plan, slik at slikt arbeid utsettes og/eller forsinkes.

Koordinatorfunksjonen kan være viktig for å sikre at de mest sårbare med omfattende behov får ivaretatt grunnleggende behov i en situasjon der ressursene er knappe og tjenestetilbud eventuelt reduseres. I en slik situasjon kan koordinering av ulike tjenester være særlig sentralt, og reduksjon/bortfall av koordinatorfunksjonen vil kunne få uheldige konsekvenser, kanskje spesielt for barn og unge. Vi antar at kommunene i dagens situasjon i stor grad vil prioritere å opprettholde ressurser til koordinatorfunksjonen der det synes særlig viktig, og at ressurser nedprioriteres der koordinatoren har en mindre essensiell rolle.

2. Spesialisthelsetjenesten

Departementet ber Helsedirektoratet i dialog med Statens helsetilsyn kartlegge eventuelle utfordringer knyttet til oppfyllelse av plikter som påligger spesialisthelsetjenesten, blant annet

- plikten til å fastsette frist etter pbrl § 2-1 b andre ledd andre punktum og plikten til å varsle Helfo ved mulige fristbrudd etter pbrl § 2-2 andre ledd andre punktum,
- oppfyllelse av retten til fornyet vurdering, retten til vurdering innen 10 dager og retten til fornyet vurdering etter pbrl § 2-3,
- rett til fritt behandlingsvalg etter pbrl § 2-4,
- rett til individuell plan etter pbrl § 2-5 og
- rett til kontaktlege etter pbrl § 2-5 a.

Disse bestemmelsene samsvarer med det som ble vurdert midlertidig opphevet i forarbeider til Midlertidig forskrift om endringer i helselovgivningen for å avhjelpe konsekvenser under utbruddet av Covid-19:

<https://lovdata.no/pro/forarbeid/pre-2020-03-27-462>.

Situasjonen i helseforetakene tilspisser seg og flere foretak utfordres med å ivareta sine plikter. De ukentlige rapportene fra RHF-ene melder om økende utfordringer i spesialisthelsetjenesten med økende antall covid-pasienter, redusert antall operasjoner og høyt sykefravær blant helsepersonell. Laboratoriekapasiteten er under sterkt press flere steder. Dette rammer helseforetakene i ulik grad og avhenger av smittetrykket i opptaksområdet og tilgang på tilgjengelig og kvalifisert helsepersonell.

I kartleggingen har vi lagt vekt på å ikke belaste helsetjenesten med en kartlegging, men benytte de data som systematisk innhentes fra spesialisthelsetjenesten og registreres. I tillegg gi informasjon om helsetjenesten som Helsedirektoratet er kjent med og som kan ha betydning for å vurdere endringer i lov- og forskrifter for å lette trykket i helsetjenesten.

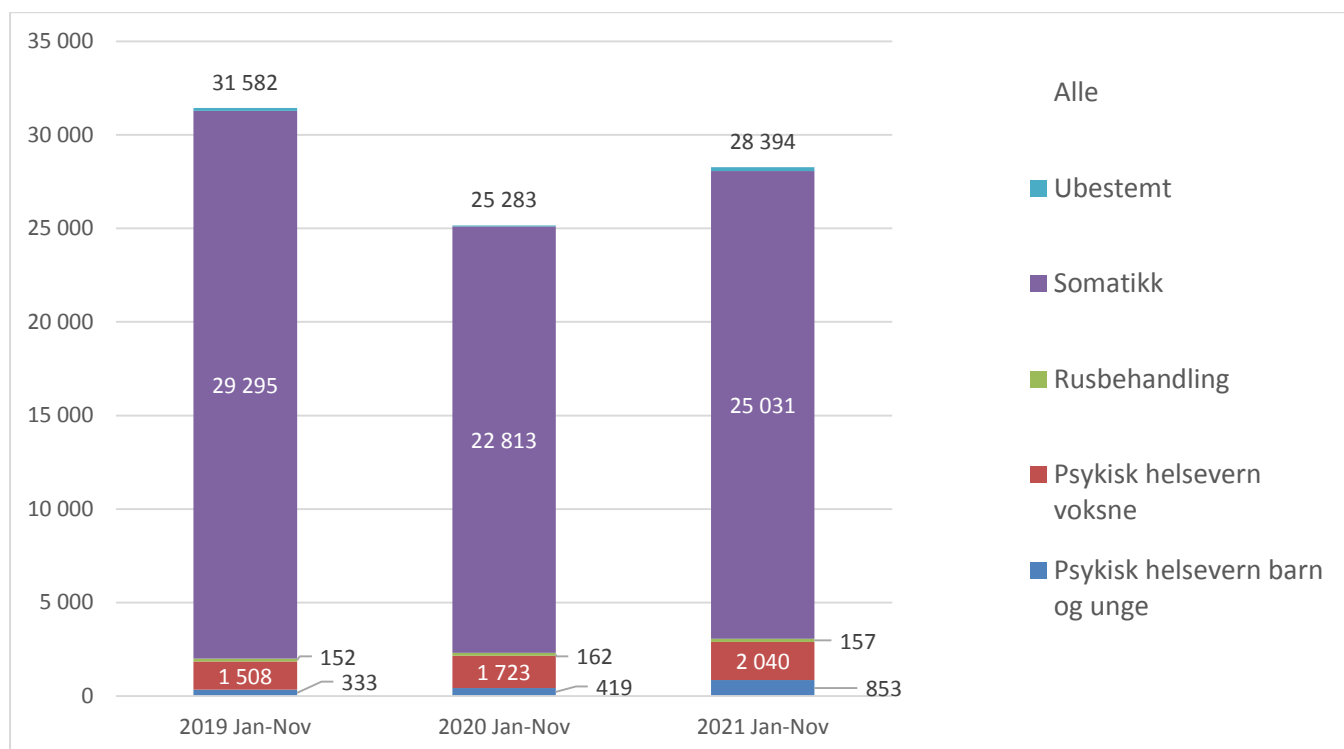
For å gjøre en overordnet kartlegging av situasjonen for de nevnte lovpålagte plikter i oppdraget, har vi hentet ut registrerte data fra NPR og Helfo. NPR har kvalitetssikrede data tom november 2021.

Retten til vurdering innen 10 dager

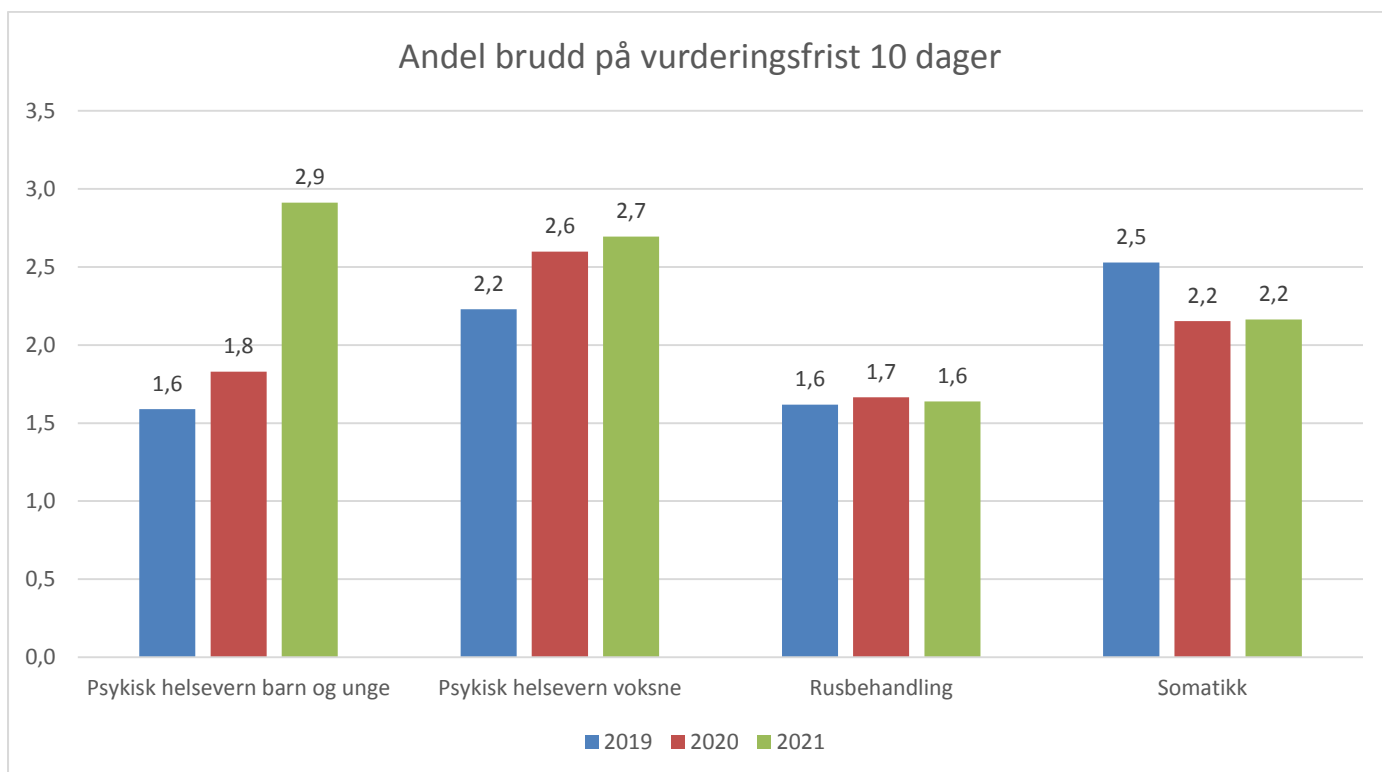
Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 skal pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager skal ha foretatt en vurdering basert på henvisningen av om pasienten har behov for videre utredning eller behandling. Retten til vurdering gjelder enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten.

I absolutte tall har det samlet for alle tjenesteområder vært færre brudd på vurderingsgarantien på 10 dager i perioden januar til november 2021, enn i 2019. Fordeling på tjenesteområder viser imidlertid at både antall og andel fristbrudd har økt innen psykisk helsevern, og spesielt innen psykisk helsevern for barn og unge med en økning fra 1,6 prosent til 2,9 prosent. Innen rusbehandling er andel og antall svært stabilt, mens det altså var litt nedgang innen somatikken (fra 2,5 til 2,2 prosent). Mønsteret er det samme om det fordeles på måneder, men med høyere andel brudd første halvår enn andre halvår 2021 innen psykisk helsevern, og motsatt innen somatikken.

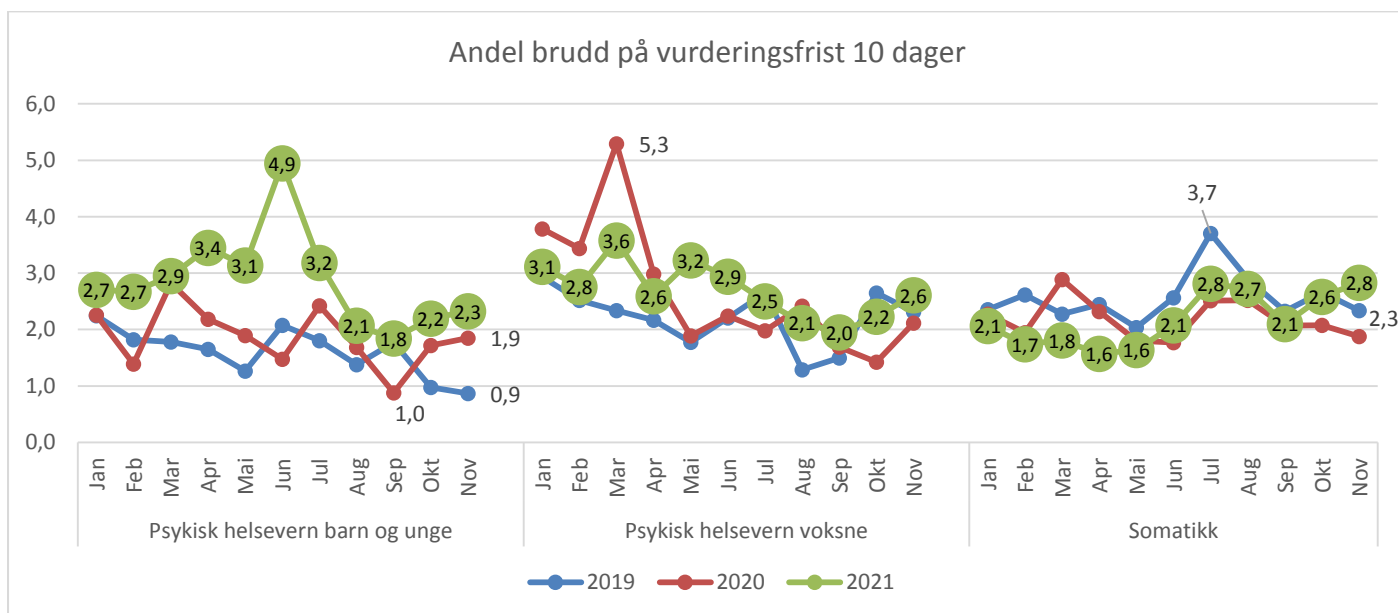
Figur 1 Antall brudd på vurderingsgaranti etter tjenesteområde og år (jan-nov)



Figur 2 Andel brudd på vurderingsgaranti etter tjenesteområde og år (januar-november)



Figur 3 Andel brudd på vurderingsgaranti etter tjenesteområde og måned.



Tallgrunnlaget gir i seg selv ikke grunnlag for å si at det i pandemiperioden ikke har vært utfordringer knyttet til sykehusenes plikt til å rettighetsvurdere innen 10 dager etter at henvisning er mottatt.

Helsedirektoratet har ikke nærmere kjennskap til ressursinnsatsen hos spesialisthelsetjenesten på dette området, og kan derfor ikke si om dette skyldes økt bruk av ressurser til vurderingsprosessen, eller om det er andre faktorer som har spilt inn. Det er derfor vanskelig for Helsedirektoratet å vurdere hvilke regelendringer knyttet til plikten til å rettighetsvurdere som kan bidra til å bedre sykehusenes behandlingsskapitet.

Sett fra pasientens ståsted er dette en sentral rettighet og vil være helt utslagsgivende for forventninger rundt eget behandlingsforløp. Det er også bestemmende med tanke på øvrige rettigheter som retten til å velge behandlingssted, frist for utredning/behandling, og eventuelle rettigheter ved fristbrudd.

Det anses som lite aktuelt at det ikke lenger skal være en rettslig forpliktelse til å rettighetsvurdere pasienter på grunnlag av henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Etter Helsedirektoratets vurdering vil eventuelle regelendringer derfor måtte rette seg mot selve fristen for å rettighetsvurdere.

Denne fristen er i dag satt til 10 dager. En *utvidelse av tidsfristen* vil innebære at pasienten må vente lenger på å få avklart sin rett til utredning eller behandling. Dette kan ha konsekvenser for de pasienter som har behov for tidlig oppfølging av spesialisthelsetjenesten, og Helsedirektoratet vil av den grunn anta det uansett vil være behov for en "siling" av pasienter på et tidligere tidspunkt enn hva som vil være den ytre tidsfristen for når vurderingen skal gjøres. Helsedirektoratet har ikke grunnlag for å mene noe om en utvidelse av vurderingsfristen i seg selv vil bedre sykehusenes kapasitetsutfordringer utover den lettelsen som naturlig skjer i det øyeblikket fristen utvides. Antallet pasienter som skal rettighetsvurderes må antas å være uavhengig av hvilken frist som settes for å rettighetsvurdere. Selv om ressursbruken til å vurdere henvisningene i den første tidsperioden blir lavere, vil dette bli utjevnet når henvisningene har blitt gamle nok til å nærme seg fristen for å rettighetsvurdere, og da med en risiko for at det er en restanse på et stort antall henvisninger.

Ved regelendringen i mars 2020 ble fristen utvidet til 30 dager.

Plikten til å fastsette frist etter pbrl § 2-1 b andre ledd andre punktum

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd første punktum, har pasienter rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det følger videre av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd andre punktum, at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal settes i løpet av vurderingsperioden, jf. § 2-2. Av tredje punktum fremgår det at fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen tidspunkt fastsatt i medhold av andre ledd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter.

Dersom eventuelle regelendringer medfører at det ikke skal fastsettes en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp, vil rekkefølgen for når pasienter gis behandling bestemmes av sykehusets løpende prioriteringer av hvilke pasienter som står fremst i behandlingsskøen. Pasienter som har fått vedtak om at de har rett til nødvendige spesialisthelsetjenester med en frist, vil ikke lenger kunne påberope seg denne fristen.

Dette vil kunne tenkes å gi sykehusene bedre forutsetninger for å disponere sin kapasitet på den måten som til enhver tid anses som mest hensiktsmessig.

Om det ikke skal fastsettes en frist, vil pasientens rett til alternativt tilbud ved fristbrudd også bortfalle. Spesialisthelsetjenesten vil følgelig heller ikke ha noen forpliktelse til å kontakte Helfo.

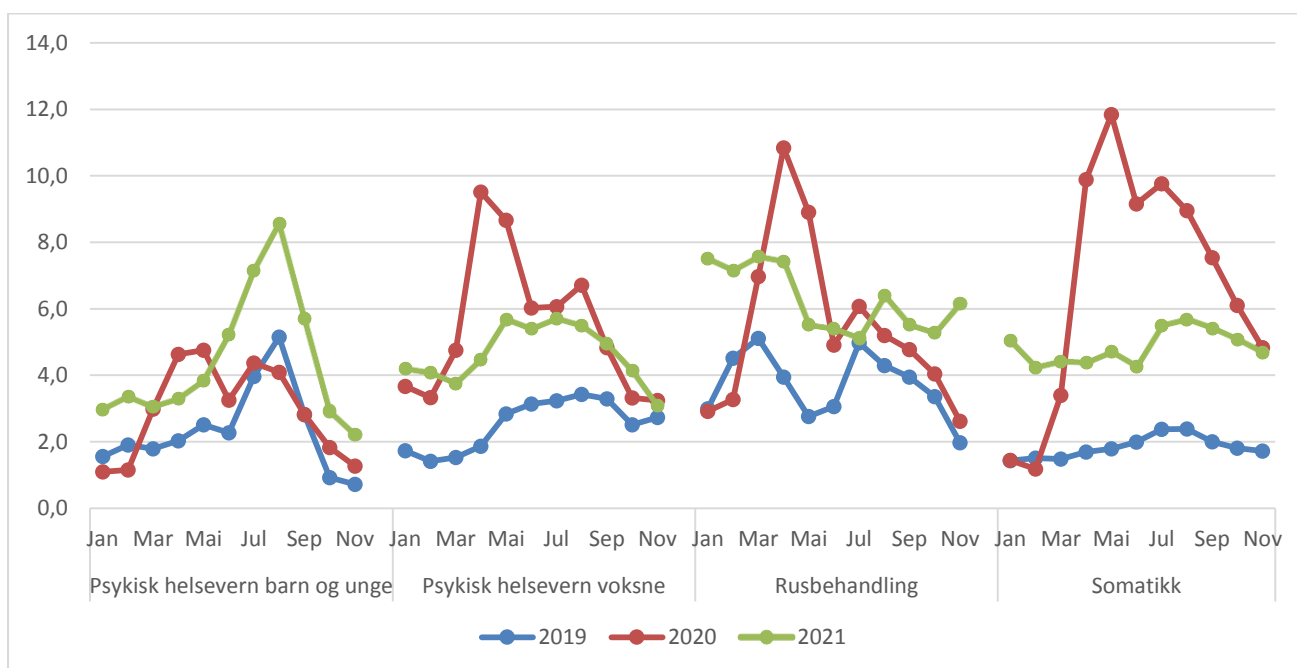
Det vil være et stort antall pasienter som ved en eventuell regelendrings ikrafttredelse er gitt en frist for videre forløp i spesialisthelsetjenesten. Det bør derfor tydeliggjøres hvilke rettigheter disse pasientene har med tanke på å kunne påberope seg brudd på den fristen som er satt, og hvilke muligheter som finnes for å få dekket et subsidiært behandlingalternativ gjennom det tilbudet som kan gis av Helfo.

Helsedirektoratet gjør oppmerksom på at det som er skrevet i dette punktet må sees i sammenheng med de etterfølgende punktene og da særlig det som omhandles under overskriften "*Plikten til å varsle Helfo ved mulig fristbrudd etter pbrl. 2-2 andre ledd andre punktum*".

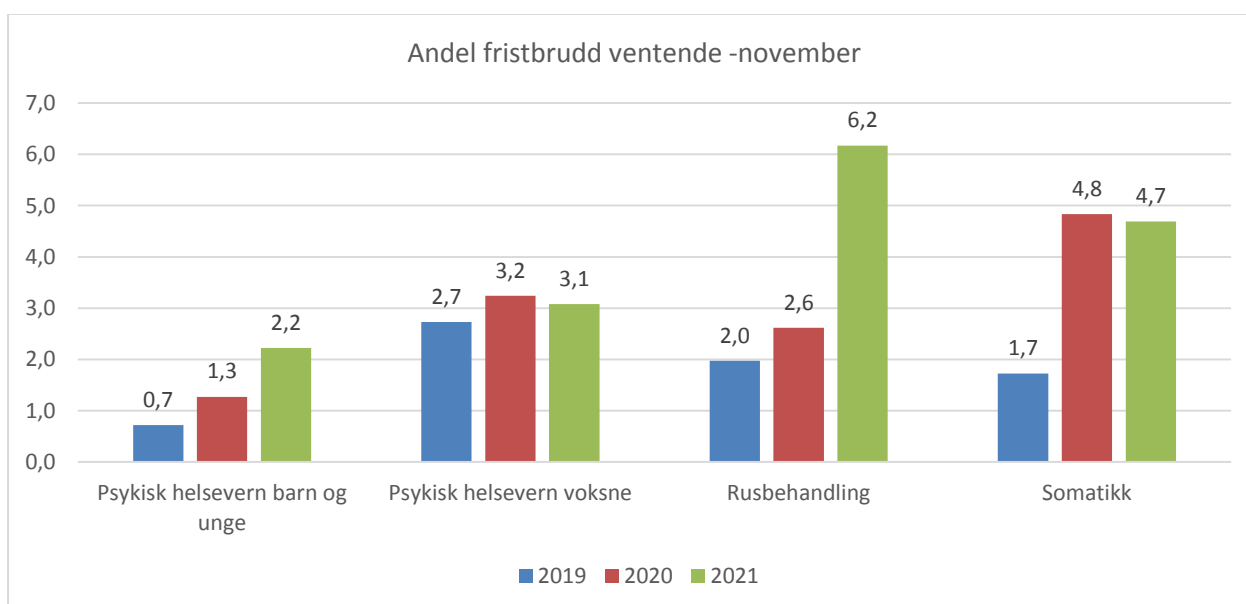
Fristbrudd fortsatt ventende

Ved redusert kapasitet eller sterk økning i nye henvisninger, kan ventelisten øke. I en slik situasjon er det viktig å følge med på fristbrudd også for de som står på venteliste (ikke avviklet), i tillegg til å måle andel fristbrudd når pasientene tas av ventelisten og starter utredning eller behandling. Andelen fristbrudd for ventende har i 2021 vært betydelig høyere enn i 2019, både i somatikken, innen psykisk helsevern og innen rusbehandling. Sammenligner vi andelen ventelistepasienter med fristbrudd ved utgangen av november de siste tre årene, ser vi at det er størst forskjell fra 2019 for rusbehandling (6,2 prosent) og somatikk (4,7 prosent). Innen Psykisk helsevern for voksne var andelen ved utgangen av november nesten nede på 2019-nivå.

Figur 4 Andel fristbrudd for ventende etter måned og tjenesteområde i 2019, 2020 og 2021.



Figur 5 Andel fristbrudd for fortsatt ventende ved utgangen av november 2019, 2020, 2021



Tabell 1 Fristbrudd ventende utgangen av november

	2019	2020	2021
PHV-BU	21	46	94
PHV V	234	294	325
Rusbehandling	23	30	61
Somatikk	3 466	9 827	10 227

På tross av variasjoner mellom de ulike fagområdene, viser data presentert over at antall fristbrudd ventende totalt sett har økt betraktelig siden 2019, og representerer et etterslep av pasienter som ikke har fått påbegynt utredning eller behandling innen tildelt frist. Økningen og etterslepet må blant annet ses i sammenheng med tiltakene iverksatt for å imøtekomme konsekvensene av covid19- pandemien, herunder omprioriteringer samt suspensjon av sentrale bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven. Et økende etterslep av ventende fristbruddpasienter indikerer et behov for å iverksette snarlige tiltak for økt pasientavvikling. Helsedirektoratet må legge til grunn at spesialisthelsetjenesten kontinuerlig utreder og iverksetter slike tiltak, men observerer på bakgrunn av den fortsatte økningen i ventende over frist at disse ikke synes tilstrekkelige.

Brudd på individuell frist for start utredning eller behandling

Det har så langt i 2021 vært over 48 000 fristbrudd knyttet til oppstart utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, dvs fristbrudd ved avsluttet ventetid. Ca 3 700 av disse gjaldt pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling.

I *somatikken* er andelen fristbrudd dobbelt så høy hittil i 2021, sammenlignet med 2019. Alle regioner har høyere nivå, men veksten kan i særdeleshet knyttes til Helse Nord, men også Helse Vest har klart høyere andel enn Sør-Øst og Midt-Norge. I Helse Nord har 12 prosent av pasienter avviklet fra venteliste hatt fristbrudd i 2021, og 7,2 prosent i Midt-Norge.

De samme regionene har også høyest andel fristbrudd innen *psykisk helsevern for barn og unge* (PHV-BU), med 12 prosent fristbrudd i Nord og 10 prosent i Midt-Norge. Andelen fristbrudd nasjonalt i 2021 følger de tidligere sesongvariasjonene, men ligger hele tiden over både 2019 og 2020.

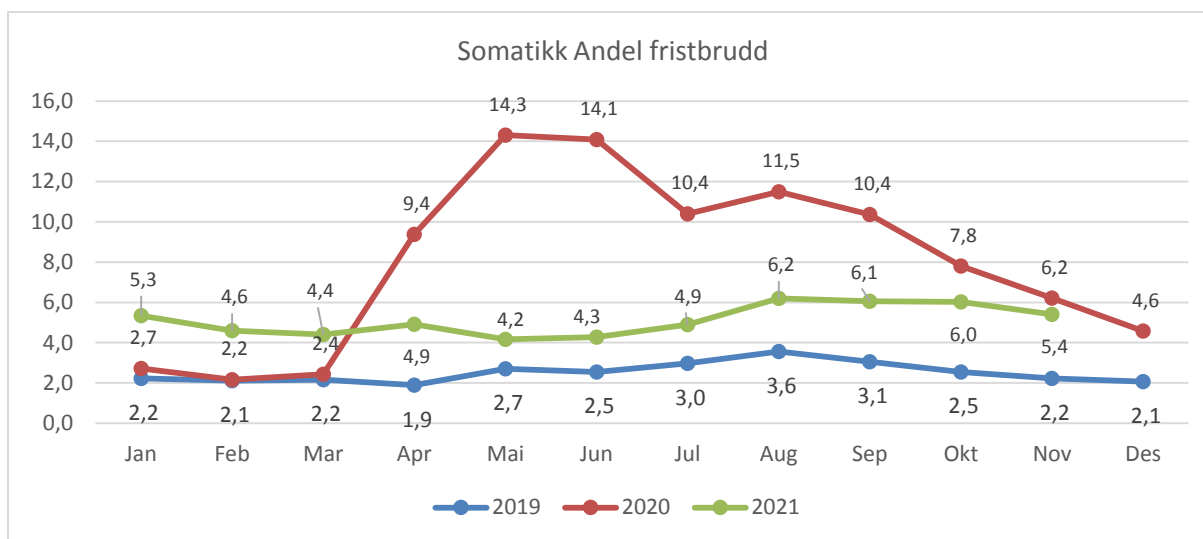
Innen psykisk helsevern for voksne var andelen fristbrudd dobbelt så høy som i 2019 første halvår 2021 (3-4 prosent vs rund 1,5 i 2019), for så å ligge på et enda høyere nivå utover høsten. I november var andelen litt lavere enn tidligere i høst. Igjen er det Helse Nord som avviker betydelig fra de andre, med 21 prosent fristbrudd så langt i år. Helse Midt-Norge ligger på 8 prosent. Det er registret lite fristbrudd i Helse Vest gjennom hele treårsperioden.

Det har vært litt økning i andel fristbrudd også innen spesialisthelsetjenesten for *rusbehandling* i alle regioner, men igjen er det Helse Nord som skiller seg negativt ut med 9,3 prosent fristbrudd. Dette er nesten dobling av nivået i 2019. De andre regionene spenner fra 1,2 prosent i Helse Vest til 2,9 prosent i Midt-Norge.

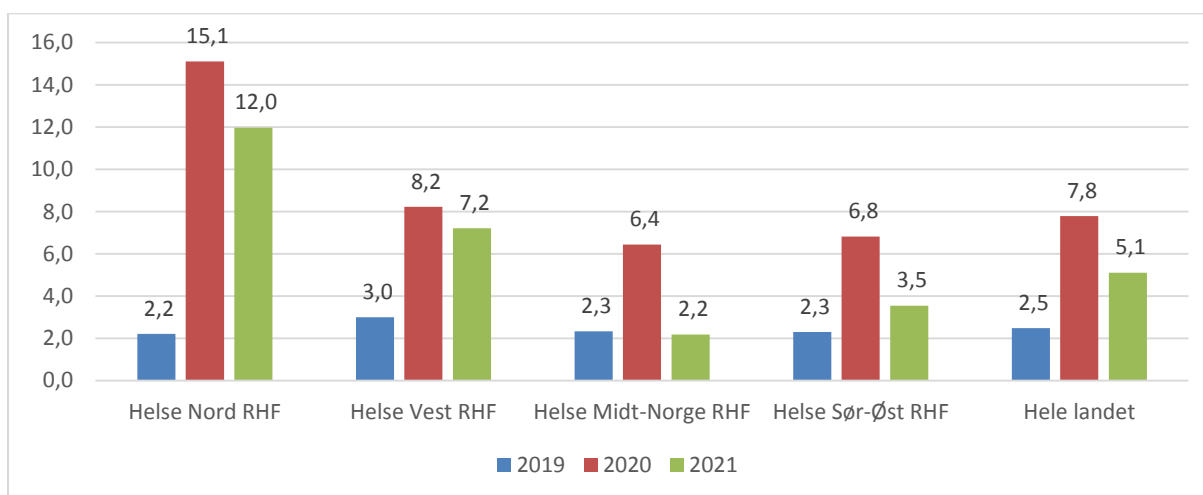
Tabell 2 Antall fristbrudd for ordinært avviklede fra venteliste 2021

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Jan-Nov
PHV-BU	67	85	103	114	115	137	63	170	190	116	61	1 221
PHV-V	193	181	165	162	162	242	142	286	273	276	232	2 314
Rusbehandling	19	16	38	34	13	0	12	24	19	18	0	193
Somatikk	4 459	3 700	3 864	3 991	3 194	3 862	2 175	4 314	5 292	4 729	4 841	44 421
Ubestemt	0	0	7	0	0	6	0	46	31	46	28	164
	4 758	3 997	4 185	4 308	3 497	4 264	2 407	4 846	5 814	5 192	5 188	48 456

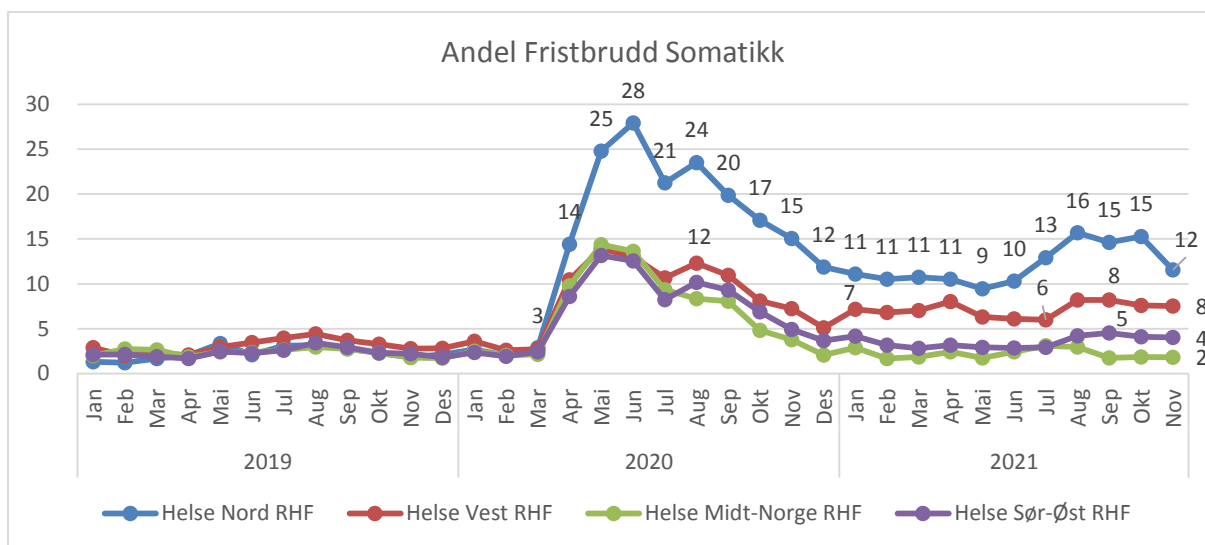
Figur 6 Andel fristbrudd etter måned i 2019, 2020 og 2021. Somatikk



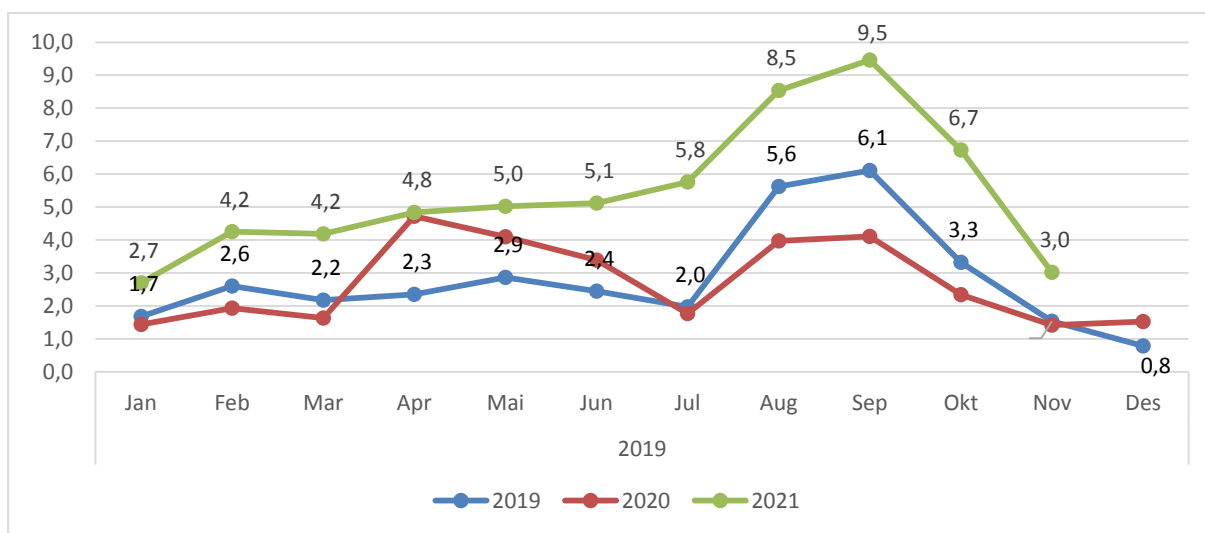
Figur 7 Andel fristbrudd etter måned i 2019, 2020 og 2021 fordelt etter RHF. Somatikk.



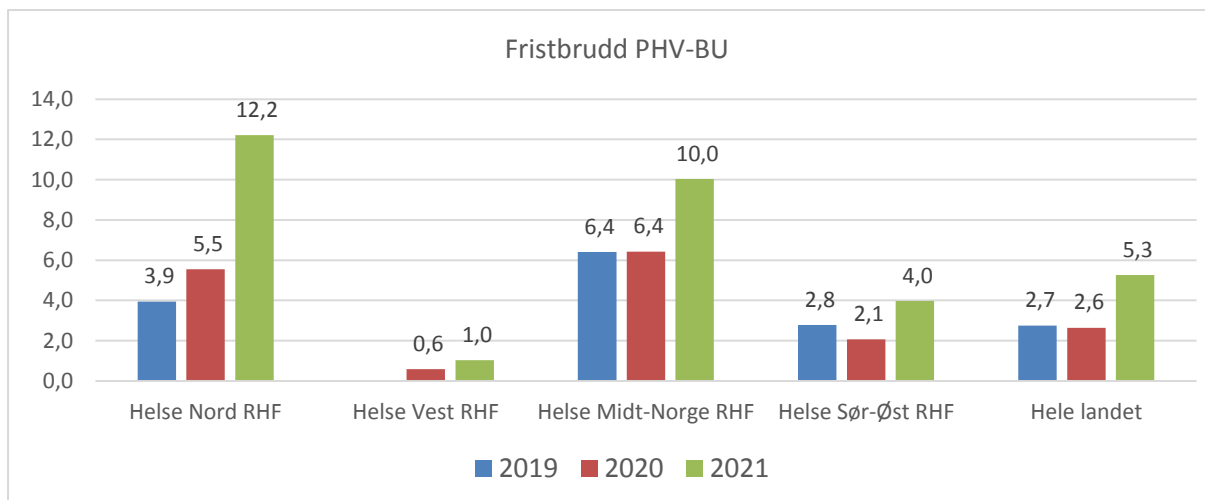
Figur 8 Andel fristbrudd etter måned i 2019, 2020 og 2021 fordelt etter RHF. Somatikk



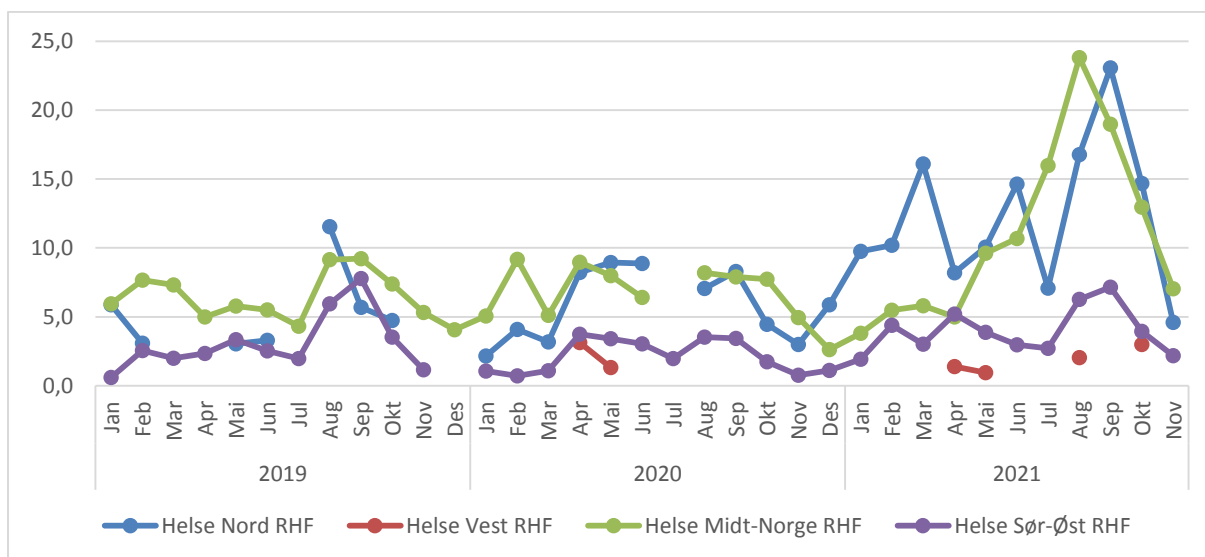
Figur 9 Andel fristbrudd etter måned i 2019, 2020 og 2021. PHV-Barn og unge.



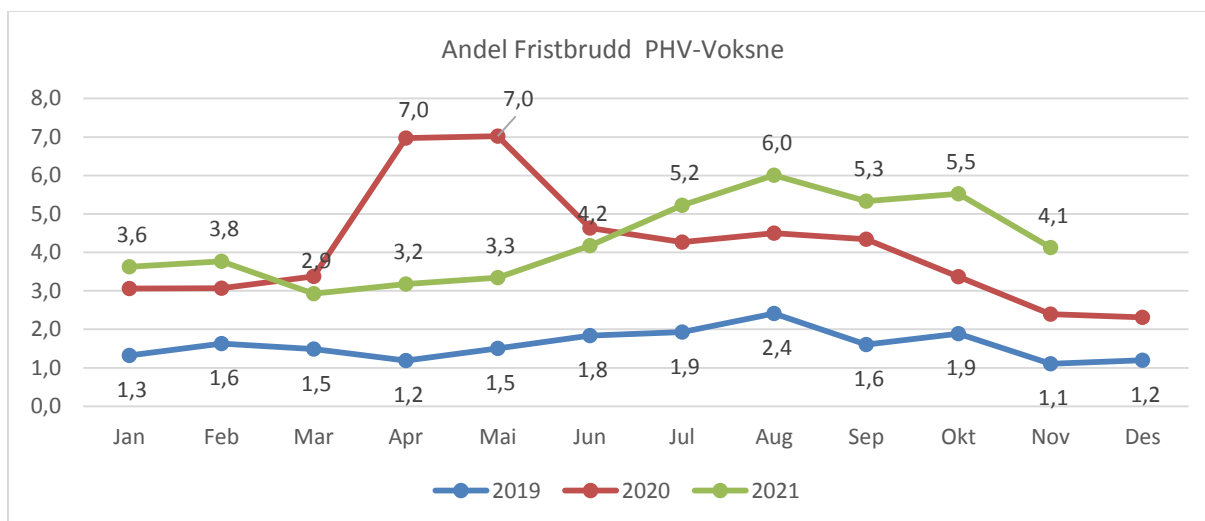
Figur 10 Andel fristbrudd etter måned i 2019, 2020 og 2021 fordelt etter RHF. PHV-Barn og unge.



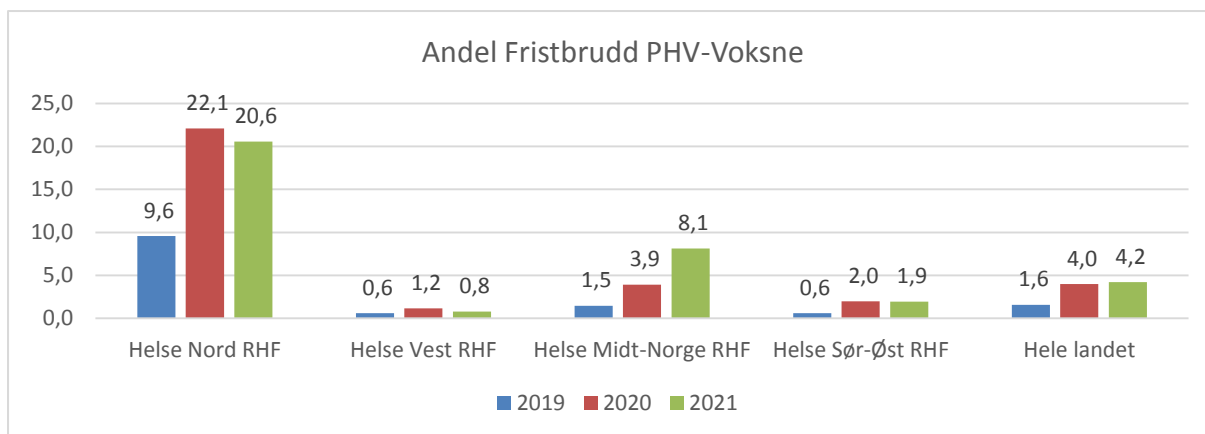
Figur 11 Andel fristbrudd etter måned i 2019, 2020 og 2021 fordelt etter RHF. PHV-Barn og unge.



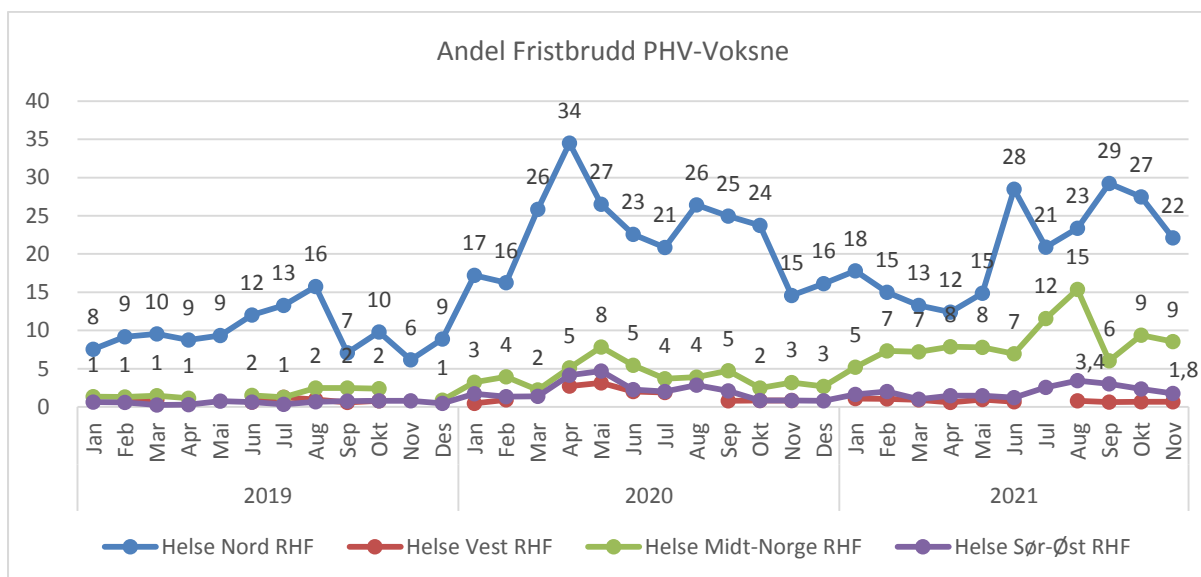
Figur 12 Andel fristbrudd etter måned i 2019, 2020 og 2021. PHV-Voksne.



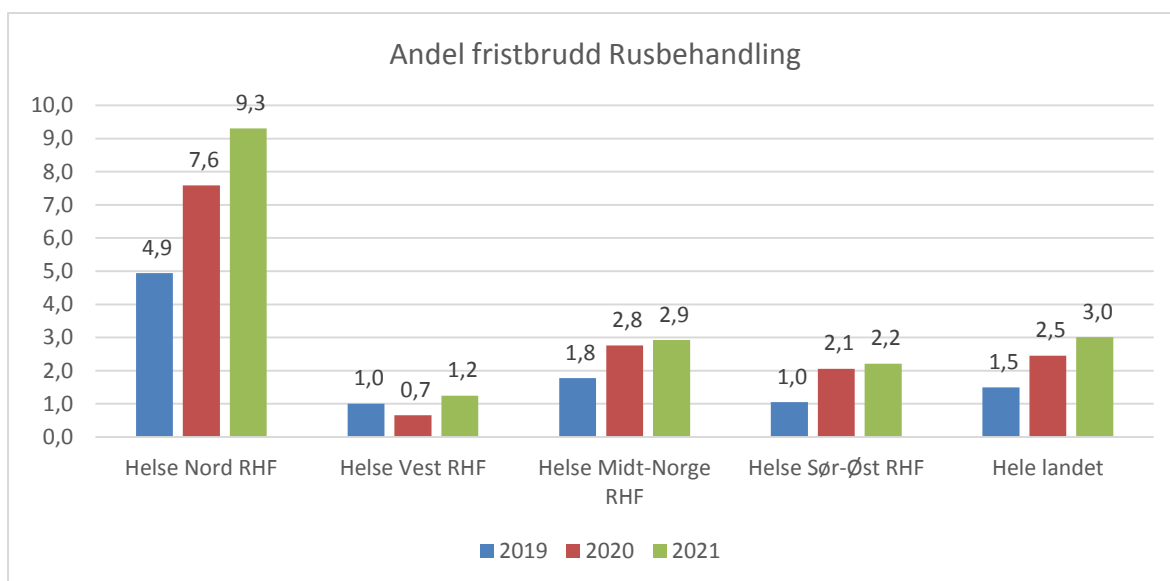
Figur 13 Andel fristbrudd etter måned i 2019, 2020 og 2021 fordelt etter RHF. PHV-Voksne.



Figur 14 Andel fristbrudd etter måned i 2019, 2020 og 2021 fordelt etter RHF.PHV-Voksne



Figur 15 Andel fristbrudd etter måned i 2019, 2020 og 2021 fordelt etter RHF. Rusbehandling/TSB.



Plikten til å varsle Helfo ved mulige fristbrudd etter pbrl § 2-2 andre ledd andre punktum

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen tidspunkt fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd. Det fremgår videre av forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) § 6 at "dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling før fristen for nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke kan overholdes, eller dersom fristen er oversittet, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b fjerde ledd. Dersom fristen er oversittet kan også pasienten kontakte HELFO"

Tall hentet ut fra fristbruddportalen ("Frida") viser at antall varsler om fristbrudd fra spesialisthelsetjenesten til Helfo Pasientformidling samt antall formidlede pasienter, sank betydelig i 2020 sammenlignet med året før, og så langt inn i 2021 (se tabell 4). Dette kan ses i sammenheng med at RHFenes plikt til å varsle Helfo ved fristbrudd og pasientens rett til å bli behandlet innen frist, ble suspendert i store deler av 2020 (fra 28. mars til 1. oktober 2020). Tallene indikerer at spesialisthelsetjenesten i liten utstrekning benyttet seg av pasientformidlingens tjenester for å avvike ventende pasienter. I tillegg må det også legges til grunn at helsemyndighetenes anbefaling om begrensninger i personers mobilitet og pasienters vurderinger rundt smitterisiko, kan ha vært medvirkende årsaker til at pasienter heller foretrakk å stå på venteliste på sitt opprinnelige sykehus enn å takke ja til et subsidiært behandlingstilbud formidlet via Helfo. Vi har ikke direkte innsikt i årsakssammenhengene, men konstaterer at det på tross av mange fristbrudd ble varslet særdeles få fristbruddsaker til Helfo gjennom 2020 (tabell 4), og at særdeles få pasienter ble formidlet til private fristbruddleverandører i 2020 sammenlignet med 2019, og også så langt i 2021 (tabell 6).

Antall varsler om fristbrudd til Helfo Pasientformidling har økt betydelig i siste halvdel av 2021, og på tross av lavt antall varsler i begynnelsen av året, ligger totaltallet pr 15. desember 2021 på 13.605 varsler. Dette utgjør et månedlig gjennomsnitt på 1183 varsler for 2021, mot et månedlig gjennomsnitt på 986 varsler i 2019, som i større utstrekning representerer et normalår (før effekten av pandemien slo ut).

Tabell 3: Antall fristbrudd varslet til Helfo årene 2019- 2021

	2019	2020	2021 ²
Antall varsler etter frist	1893	1398	3749
Antall varsler før frist	9939	3138	9856
Totalt antall varsler	11832	4536	13605
Gj.snitt varsler pr mnd	986	378	1183 ³

Tabell 4: Fristbrudd varslet Helfo siste tertial 2019- 2021

År	Måned	Antall varsler etter frist	Antall varsler før frist	Totalt antall varsler
2019	August	195	720	915
	September	256	1026	1282
	Oktober	305	991	1296
	November	232	873	1105
2020	August	57	53	110
	September	66	62	128
	Oktober	235	301	536
	November	308	251	559
2021	August	343	871	1214
	September	447	1076	1523
	Oktober	598	905	1503
	November	478	1198	1676

For 2021 gjaldt de aller fleste varslede fristbruddene ortopedisk kirurgi (2554 varsler) og fordøyelsessykdommer (2517). I 2020 gjaldt de fleste varslede fristbrudd primært fordøyelsessykdommer (622), psykisk helsevern voksne (486) og ortopedisk kirurgi (465). Vi har ikke fordelingen pr fagområde for 2019.

² Tall fra 1. januar til 15. desember 2021

³ Gjennomsnittet beregnet ut ifra 11,5 mnd

Fordelingen av varsler mellom RHFene viser at Helse Sør- Øst RHF stod for de fleste varslene til Helfo i både 2019 (6448 saker), 2020 (1613 saker) og i 2021 (5630 saker), tett etterfulgt av Helse Nord RHF i både 2020 (1449 saker) og 2021 (5581 saker).

Tall fra Helfo viser også at den store majoriteten av de formidlede pasientene blir formidlet til Aleris Helse. I 2019 ble 5410 av 6179 formidlede pasienter formidlet til Aleris Helse. I 2020 ble 1422 av totalt 2045 formidlede pasienter formidlet til Aleris Helse, mens så langt i 2021 har 4855 av 6270 formidlede pasienter blitt formidlet til Aleris Helse.

Tabell 5: Antall formidlinger og formidlingsprosent årene 2019- 2021

	2019	2020	2021
Antall formidlede pasienter	6179	2045	6270
Formidlingsprosent	52	45	46

Tabell 6: Antall formidlinger og formidlingsprosent august til desember 2019- 2021

År	Måned	Antall formidlede pasienter	Formidlingsprosent
2019	August	479	52
	September	672	52
	Oktober	613	47
	November	607	55
	Desember	492	50
2020	August	61	55
	September	67	52
	Oktober	257	48
	November	203	36
	Desember	168	33
2021	August	518	43
	September	815	54
	Oktober	728	48
	November	674	40
	Desember ⁴	112	16

Betraktninger rundt status varsling og formidling ved fristbrudd

Det presiseres at tallene fra Helsedirektoratets fristbruddportal ("Frida") kun gir innsikt i den delen av fristbruddordningen som omhandler Helfos formidlingsfunksjoner. Disse tallene vil følgelig inneholde andre elementer enn tallene fremskaffet av Helsedirektoratets Seksjon Registerkvalitet, som viser utvalgte forhold ved fristbruddordningen slik den rapportertes fra RHFene. Datasettene viser følgelig ulike forhold ved fristbruddordningen.

Imidlertid vil en sammenstilling av utvalgte data fra disse kildene kunne gi interessante observasjoner. Data fra Seksjon Registerkvalitet viser at det fra spesialisthelsetjenesten så langt i 2021 har vært rapportert over 48 000 fristbrudd knyttet til oppstart utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, dvs fristbrudd ved avsluttet ventetid. Samtidig viser tall fra fristbruddportalen at det kun har blitt varslet 13 605 saker til Helfo i 2021, hvorav kun 3 749 av sakene er varslet etter fristen har gått ut (se tabell 4). Dette betyr at om lag 7,8 % av de inntrufne

⁴ Tall til og med 15. desember 2021

fristbruddene så langt har blitt varslet til Helfo Pasientformidling. Dette er interessant, gitt at plikten til å varsle fristbrudd ble gjeninnført fra 1. oktober 2020. Det er også interessant, gitt at plikten til å varsle Helfo også gjelder i forbindelse med forventede fristbrudd. Statistikk hentet fra Seksjon Registerkvalitet inneholder ikke informasjon om antall forventede fristbrudd, men det må legges til grunn en viss størrelse som følgelig tilsier at varslingsplikten omfatter en god del flere saker enn de reelle fristbruddene rapportert fra RHFene. Dette indikerer at andelen varsler som Helfo mottar er en god del mindre enn 7,8 % av den varslingspliktige saksmengden.

Det presiseres at tallene i seg selv ikke gir noen årsaker til at andelen varsler Helfo mottar pr i dag er såpass lav sammenlignet med mengden som lovgivningen forutsetter at skal varsles til Helfo, men tallene viser likevel at Helfo Pasientformidlings funksjoner i relativt liten utstrekning blir anvendt i avviklingen av både forventede og inntrufne fristbrudd. Forklaringen på det lave antallet varsler i 2020 kan derimot knyttes til suspensjonen av fristbruddordningen i perioden mellom mai og oktober, der blant annet spesialisthelsetjenestens varslingsplikt bortfalt.

Et spørsmål som oppstår på bakgrunn av det ovennevnte, er hvorvidt pasientformidlingens funksjoner kan spille en større rolle i avviklingen av fristbruddpasientene enn det faktisk gjør i dag, eller om det er berettiget å vurdere hvorvidt fristbruddordningen igjen gjøres til gjenstand for midlertidig endring, eksempelvis i form av suspensjon. Så langt Helsedirektoratet ser, vil dette primært avhenge av den administrative byrden som oppgaven med å varsle fristbrudd til Helfo utgjør for helseforetakene på den ene siden, og Helfos formidlingskapasitet på den andre.

Administrativ byrde for sykehusene

Det presiseres at Helsedirektoratet ikke har innblikk i den administrative byrden som følger av å varsle fristbrudd til Helfo. Det vises imidlertid til informasjon som fremgår i RHFenes brev til HOD av 17.3.2020, hvor det orienteres om at det økende antallet fristbrudd som fulgte av utsettelsen av all planlagt aktivitet ville medføre et betydelig merarbeid i form av registreringer og rapportering til Helfo (opplasting av pasientopplysninger i Helfos fristbruddportal), og ville kreve ressurser som HFene ikke så seg i stand til å prioritere pr da. Direktoratet er usikker på om dette kan legges til grunn i dag. Helseforetakene opplyser i nevnte brev at registreringen av fristbrudd i journalsystemene opprettholdes, og direktoratet antar da at hovedtyngden av oppgavene relatert til fristbrudd (vurderinger av behandlingsbehov, prioritering og tildeling av behandlingstider) følgelig består også i en eventuell suspensjonsperiode. Direktoratet mener det kan vurderes om den administrative byrden som varslingen av fristbrudd til Helfo representerer for HFene berettiger en suspensjon av pasientens rett til behandling innen frist dersom hovedtyngden av oppgavene likevel opprettholdes.

Helfos formidlingskapasitet

For at Helfo Pasientformidlings funksjoner kan spille en større rolle i avviklingen av fristbruddpasientene enn det faktisk gjør i dag, forutsettes det også at Helfos formidlingskapasitet er tilrettelagt for dette. Helsedirektoratet har med henblikk til denne leveransen ikke undersøkt med Helfo hvordan formidlingskapasiteten er pr i dag, men har gjennom fagdialogen fått inntrykk av at det er kapasitet nok til at pasientformidlingens funksjoner kan anvendes i noe større utstrekning enn i dag. Unntak fra dette er imidlertid psykisk helsevern, der Helfo orienterer om at det pr i dag er manglende tilbud. Helfo er imidlertid i gang med en ny anskaffelse som Helfo forventer vil kunne bøte på situasjonen på området. Det vises for øvrig til (som tidligere nevnt) at de fleste pasientene formidles til en og samme leverandør, og derfor at formidlingsfunksjonene i seg selv bør være relativt strømlinjeformede innenfor flere av fagområdene. Det må videre legges til grunn at fristbruddleverandører kan bidra til avviklingen av fristbruddpasienter med hensyn til smitteverntiltak. Det opplyses videre om at Helfo tidligere i pandemien har foretatt en vurdering av egen og sine leverandørers kapasitet som vitner om utnyttet kapasitet.

Helsedirektoratet oppfatter at det er et behov for å få avviklet det store og økende antallet fristbruddpasienter. Dette er viktig av hensyn til den enkelte pasienten som venter over frist, og av hensyn til å frigjøre behandlingskapasitet i sykehusene. En målsetning bør derfor være å opprettholde "normalreglene" så langt som mulig. Gitt tilstrekkelig formidlingskapasitet i Helfo og blant Helfos fristbruddleverandører, samt en akseptabel administrativ belastning for sykehusene, kan fristbruddordningen bidra til en slik avvikling. En suspensjon av

ordningen vil i motsatt fall kunne stå som hinder for at de av pasientene som Helfo kan finne et subsidiært behandlingstilbud til faktisk får behandlingen de trenger innen medisinsk forsvarlig tid, og at pasienten blir stående på venteliste ved sykehuset. Gitt at det er et potensiale i formidlingsomfanget innenfor rammene av Helfo Pasientformidlings avtaler og at flere av Helfos leverandører også har egne avtaler med RHFene, antar vi for øvrig det kan være grunnlag for å utrede nøyere hvorvidt det finnes uutnyttet restkapasitet her som kunne blitt anvendt mtp å avvikle både ventende og fristbrudd.

Retten til fornyet vurdering etter pbrl § 2-3, og oppfyllelse av retten til fornyet vurdering

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3 at pasienter har rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra lege. Retten gjelder bare en gang for samme tilstand. Ved behov for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet gjelder retten til fornyet vurdering også etter henvisning fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen og sosialtjenesten.

Retten til fornyet vurdering vil nødvendigvis knytte seg til pasienter som allerede har fått vurdert sin helsetilstand. Med utgangspunkt i at pasientene allerede har fått vurdert sin helsetilstand, kan det stilles spørsmål om det er riktig å anvende ytterligere ressurser i spesialisthelsetjenesten på ytterligere vurdering av samme helsetilstand i en krisesituasjon. Samtidig må det legges til grunn at den enkelte pasients behov for second opinion kan være like relevant på tross av spesialisthelsetjenestens behov for å spisse innsatsen mot håndtering av pandemien. Helse- og omsorgsdepartementet har imidlertid ikke tall over tilfellene der retten til fornyet vurdering anvendes, ei heller innsikt i ressursanvendelsen i spesialisthelsetjenesten for å ivareta denne retten. Det er derfor vanskelig å fastslå om en eventuell avvikling av denne rettigheten vil bidra til å frigjøre noe særlig kapasitet i spesialisthelsetjenesten, ei heller hvorvidt frigjort kapasitet berettiger det samlede behovet for fornyet vurdering.

Retten til fritt behandlingsvalg etter pbrl § 2-4

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til fritt behandlingsvalg. Bestemmelsen regulerer både pasientenes rett til å velge hvor henvisningen skal sendes og hvor helsehjelpen skal finne sted. Retten til å velge gjelder alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, og gjelder i utgangspunktet hele landet. Retten skiller ikke på institusjonstype, og i utgangspunktet gjelder rettigheten alle typer virksomheter. For private tilbud gjelder blant annet godkjenningskrav etter spesialisthelsetjenesten § 4-3. Et grunnleggende vilkår for valget er at virksomheten som velges kan gi pasienten det tilbudet som pasienten har behov for. Retten til fritt behandlingsvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten.

Pasienten kan ikke velge nivå, men kan velge seg til et annet helseforetak, leverandør som har avtale med helseforetak eller leverandør med godkjenning for fritt behandlingsvalg.

Pasienter har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 rett til å velge behandlingssted før henvisning og på hvert stadium av helsehjelpen. I tillegg til å gi pasientene valgfrihet har retten til fritt behandlingsvalg blant annet til formål å redusere ventetider og bedre kapasitetsutnyttelse i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Retten til fritt behandlingsvalg kan tenkes innrettet slik at den begrenses på ulike måter, f.eks. ved at pasienten ikke kan velge seg til annet sykehus eller til godkjent fritt behandlingsvalg-leverandør. Rettigheten kan også begrenses til å gjelde for ulike typer spesialisthelsetjenester.

Ved regelendringen 28. mars 2020 ble § 2-4 begrenset slik at rettigheten kun gjaldt for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og intensiv rehabilitering barn i virksomhet godkjent etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 (godkjenningsordningen fbv)⁵. Pasienter som allerede var under utredning eller i behandling hos en godkjent virksomhet kunne fortsette pasientforløpet.

Retten til selv å velge behandlingssted forutsetter at pasienten gis tilstrekkelig godt grunnlag for å gjøre begrunnede valg.

⁵ FOR-2015-10.29-1232 [Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten](#)

For pasienten vil ofte ventetiden være av sentral betydning og kilden til denne informasjonen vil være VBS på helsenorge.no

I en situasjon med høyt press på spesialisthelsetjenesten vil sykehusene vanskelig kunne ha sikker kunnskap om forventet ventetid, og de ventetidene som presenteres på nettstedet vil derfor for mange behandlingssteder være preget av usikkerhet.

Behovet for å orientere om dette på VBS vurderes fortløpende.

Helsedirektoratet har ingen oversikt over hvor mange pasienter som *selv velger* å motta behandling ved et annet sykehus enn ved det sykehuset de venter på behandling. Videre antas det at bruken av avtaleleverandører hovedsakelig skjer innen eget RHF og også innen eget HF.

Når det gjelder fritt behandlingsvalg-godkjenningsordningen vil de fleste pasienter velge behandling i eget HF-område eller i område for tilgrensende HF. Det er generelt liten mobilitet. Det store flertallet av pasienter både bor og velger seg til et behandlingssted på det sentrale østlandsområdet. Derimot er det en større andel pasienter som reiser lenger for å motta døgnbehandling innen tjenesteområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette utgjør likevel et lite antall pasienter og med langvarige behandlingsopphold.

Vurdering av midlertidig oppheving av retten til å velge behandlingssted

Retten til å velge behandlingssted er en viktig pasientrettighet og det bør derfor gjøres en grundig vurdering av hvilke konsekvenser det vil få om rettigheten helt eller delvis suspenderes.

Det er presisert i forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 at den ikke gjelder i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Helsetjenestens behov for å disponere sine beredskapsressurser i konkrete situasjoner for å kunne håndtere eventuelle nye akutte skade- eller sykdomstilfeller, er tillagt større vekt enn pasientenes medbestemmelsesrett.

Retten til å velge seg til annet sykehus vil i disse situasjonene også fremstå som illusorisk da de oppgitte ventetidene på VBS kan være misvisende, og pasienten kan møte utfordringer ved å finne et alternativt sykehus som kan stå for behandlingen.

Private virksomheter som har avtale med regionalt helseforetak inngår som en del av kapasiteten i regionen.

Helsedirektoratet har ingen vesentlige motforestillinger til at retten til å velge behandlingssted i den offentlige spesialisthelsetjenesten, herunder avtaleleverandører, suspenderes i en kritisk situasjon.

Derimot er Helsedirektoratet av den oppfatning at dette kan stille seg annerledes for godkjente virksomheter. Disse leverandørene har ikke noen formell tilknytning til RHF eller HF, og vil av den grunn heller ikke inngå i planer som omhandler hvordan pasientene best mulig kan ivaretas i den foreliggende situasjonen.

En fullstendig suspensjon av retten til å velge behandlingssted vil innebære at ingen pasienter vil kunne motta behandling hos en godkjent leverandør.

Samtidig vil dette også innebære at behandlingsskapasiteten hos disse virksomhetene bortfaller.

Med mindre denne kapasiteten utnyttes på annet vis innen spesialisthelsetjenesten er det etter Helsedirektoratets vurdering vanskelig å se hva som oppnås med at disse behandlingssteder ikke lenger vil kunne behandle pasienter mot betaling fra staten.

I tillegg kommer de økonomiske og driftsmessige konsekvenser dette kan få for de godkjente virksomhetene. Finansieringen i godkjenningsordningen er fullt ut basert på aktivitet etter en ren stykkprisfinansiering (døgnpris eller for prosedyrer).

Det må påregnes at de økonomiske konsekvensene for de godkjente leverandørene vil kunne bli store ved at tilgangen på nye pasienter stopper helt opp.

Dersom retten til å velge behandlingssted midlertidig oppheves bør det derfor vurderes om denne ressursen disse virksomhetene representerer kan benyttes inn i spesialisthelsetjenesten.

Rett til individuell plan etter pbrl § 2-5

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, rett til å få utarbeidet individuell plan. Det påligger en tilsvarende plikt på den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Formålet med planen er å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Det registreres i journalsystemet hvilke pasienter som har blitt tildelt individuell plan. Imidlertid er det mangelfull registrering og data i NPR kan ikke benyttes til å beskrive situasjonen i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har ingen informasjon om retten er krevende å oppfylle.

Rett til kontaktlege etter pbrl § 2-5 a.

Pasient som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5a rett til å få oppnevnt kontaktlege. Det følger av spesialisthelsetjenesteloven at kontaktlegen skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten. Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal peke ut kontaktlege for pasienten så snart som mulig etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege, senest første virkedag etter innleggelse eller poliklinisk undersøkelse. Pasienten skal så snart som mulig få vite hvem som er hans eller hennes kontaktlege, og det skal orienteres om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kontaktlegen har. Kontaktlegen skal være pasientens faste medisinskfaglige kontakt

NPR har ikke data om kontaktlegeordningen. Helsedirektoratet har ikke mottatt informasjon om spesialisthelsetjenesten har utfordringer med å oppfylle plikten.

Helsedirektoratets oppsummering

- Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge om regelverket er til hinder for mest mulig effektiv ressursbruk ute i tjenestene
- Helsedirektoratet har foretatt en kartlegging av den aktuelle situasjonen i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, på områder der det finnes regelverk som i dagens pressede ressursituasjon kan være til hinder for mest mulig effektiv ressursbruk.
- Oppdraget omfatter ikke å gi råd om hvilket regelverk som det kan være aktuelt å suspendere for en periode, for å bidra til mest mulig effektiv ressursbruk ute i tjenestene
- Helsedirektoratet har kartlagt og vurdert flere lov- og forskriftsparagrafer og som kan være til hinder for effektiv ressursutnyttelse.
- Data fra NPR/Helfo indikerer at spesialisthelsetjenesten har størst utfordringer med å innfri fristbruddordningen.
- Innrapportering via statsforvalterne viser at situasjonen i kommunenes helse- og omsorgstjenester har blitt betydelig forverret fra uke 48 til uke 50, men data gir i liten grad oversikt over omfang av fristbrudd
- Helsetilsynets register over tilsyns- og klagesaker gir ikke et dagsaktuelt bilde av situasjonen i tjenestene

Vedlegg

Oppsummering av rapportering fra kommuner og statsforvaltere 14.12.21

Oppsummering av rapporteringen fra kommuner og SF 14.12.21

Sammendrag av siste ukes nasjonale bilde

Hovedbudskapet er nå:

- Økende smitte i ALLE fylker
- Utfordringer på helsetjenestekapasitetene i noe over 50% av kommunene og andelen er økende
- TISK-kapasiteten er utfordret i kommuner med mye smitte
- Vaksineringsen er utfordrende i noen kommuner grunnet kapasitetsmangel
- Utfordringer knyttet til grensekontroll grunnet knapphet på tester og påstand om underrapportering i innreiseregisteret
- Det etterlyses tydeligere retningslinjer for bruk av selvtester
- Det har vært en gradvis økning siste 4 uker av kommuner som mener at smitten på rapporteringstidspunktet kan utvikle seg til en betydelig sykdomsbyrde

Situasjonsbildet i kommunene

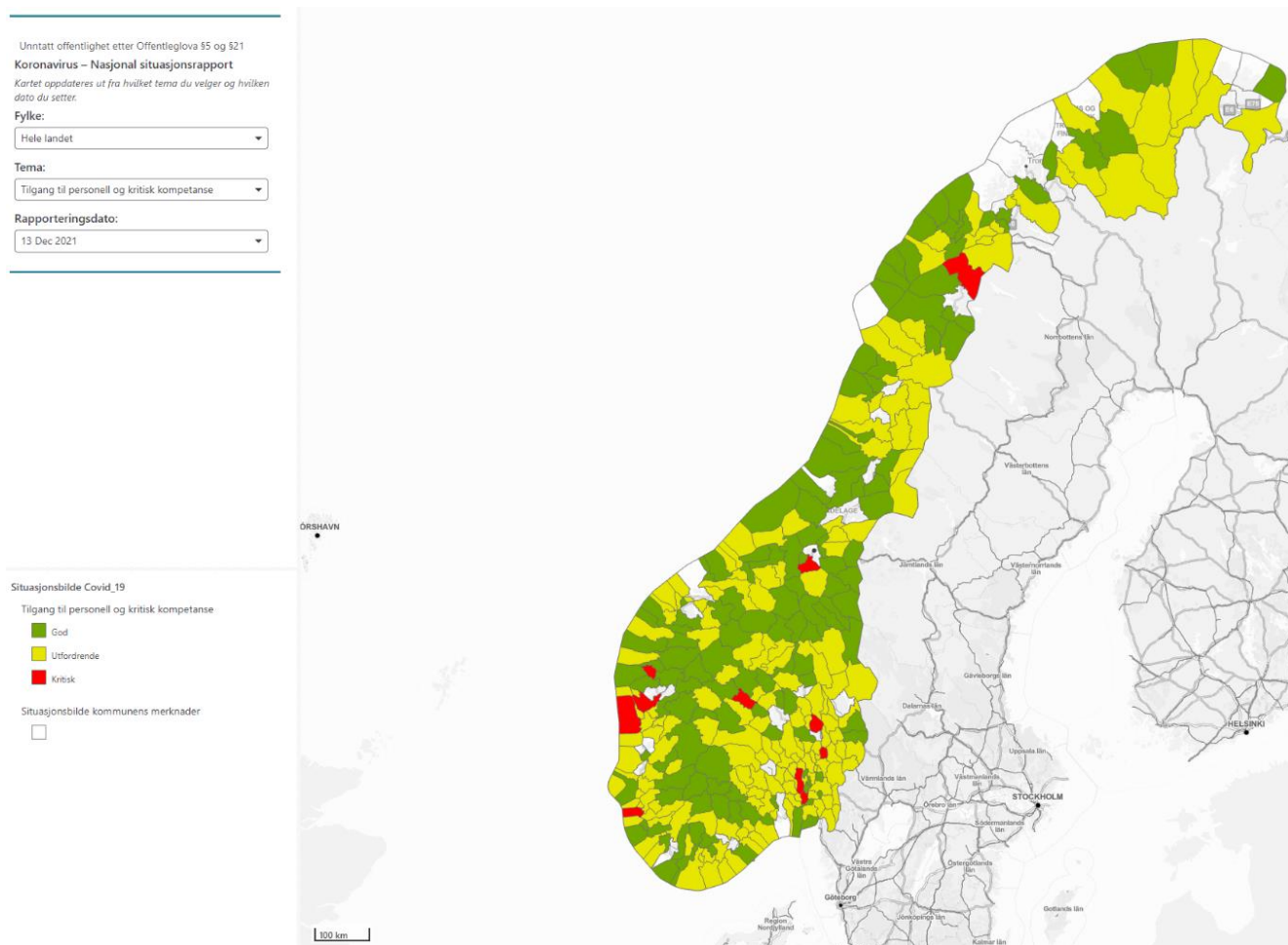
Vi har denne gang valgt å illustrere situasjonsbildet ved hjelp av tabeller og grafer som beskriver utviklingen i utfordringsbildet innenfor noen kritiske områder. Disse er utarbeidet i samarbeid med Divisjon Analyse og samfunn ved ASGH.

Nasjonale tall:

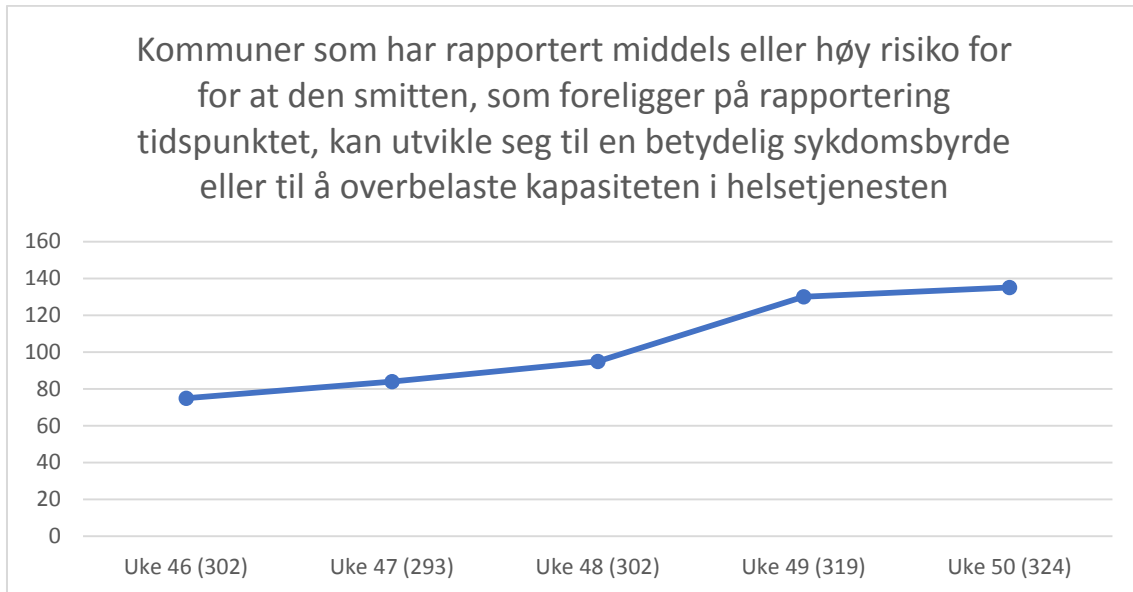
1. Tilgang til personell og kritisk kompetanse



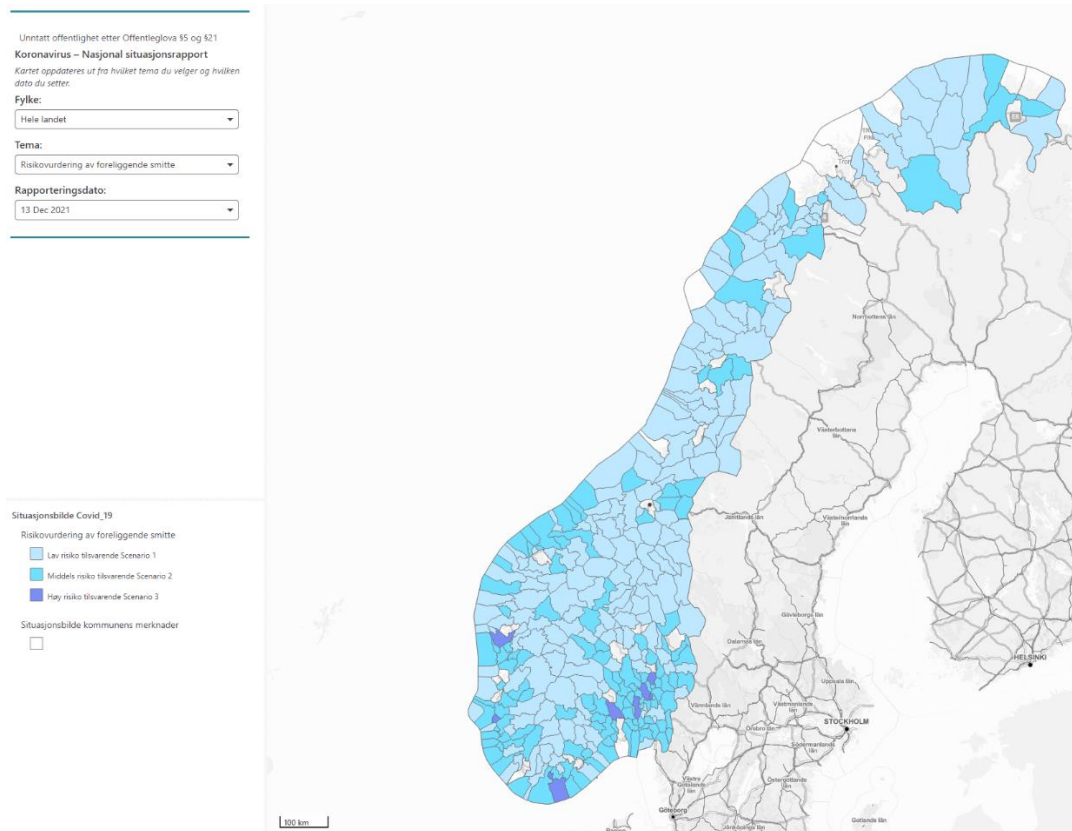
Uke 47 (293)			Uke 48 (301)			Uke 49 (318)			Uke 50 (320)		
God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk
192	97	5	187	114	2	158	148	9	133	177	11



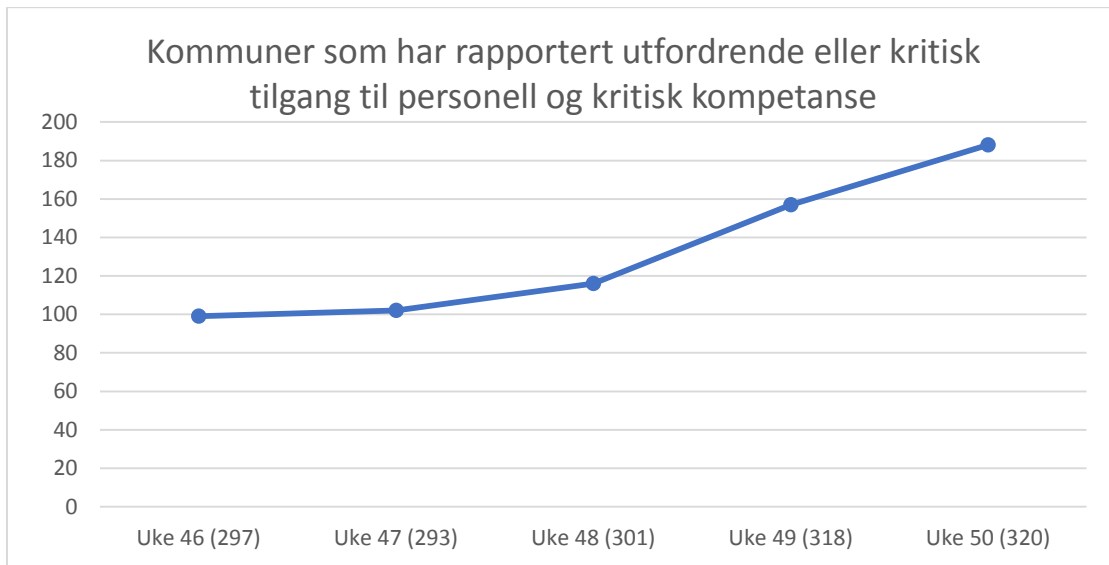
2. Hva er risiko for at den smitten, som foreligger på rapportering tidspunktet, kan utvikle seg til en betydelig sykdomsbyrde eller til å overbelaste kapasiteten i helsetjenesten?



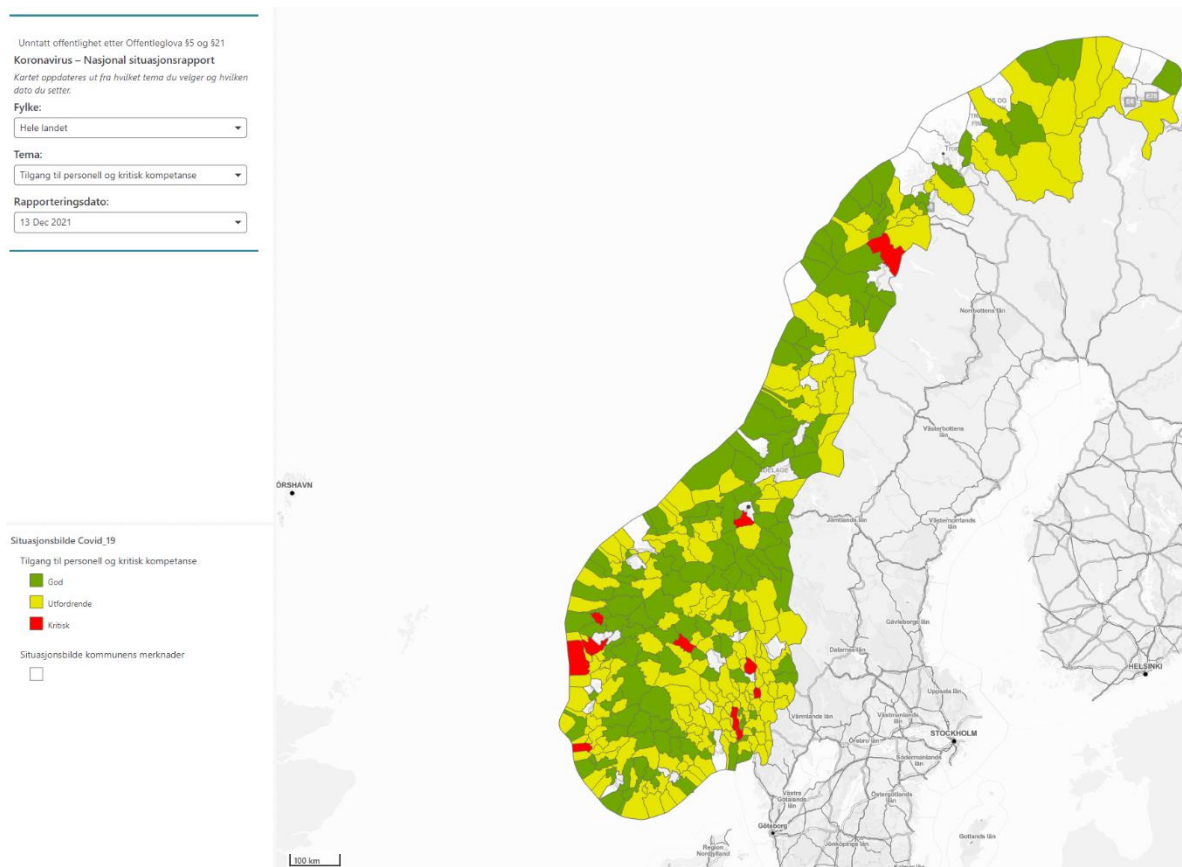
Uke 47 (293)			Uke 48 (302)			Uke 49 (319)			Uke 50 (324)		
Risikonivå 1	Risikonivå 2	Risikonivå 3	Risikonivå 1	Risikonivå 2	Risikonivå 3	Risikonivå 1	Risikonivå 2	Risikonivå 3	Risikonivå 1	Risikonivå 2	Risikonivå 3
210	83	1	208	95	0	190	129	1	190	127	8



3. Tilgang til personell og kritisk kompetanse



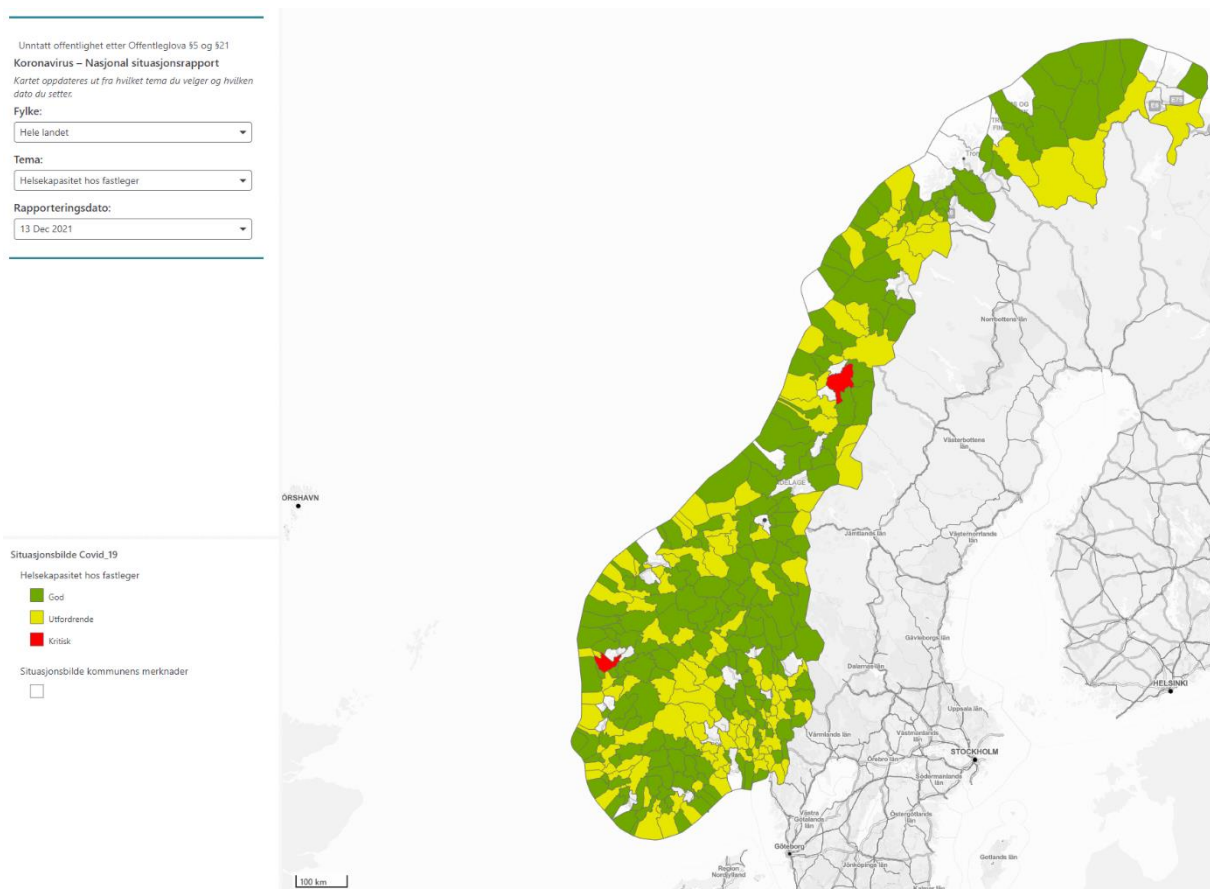
Uke 47 (293)			Uke 48 (301)			Uke 49 (318)			Uke 50 (320)		
God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk
192	97	5	187	114	2	158	148	9	133	177	11



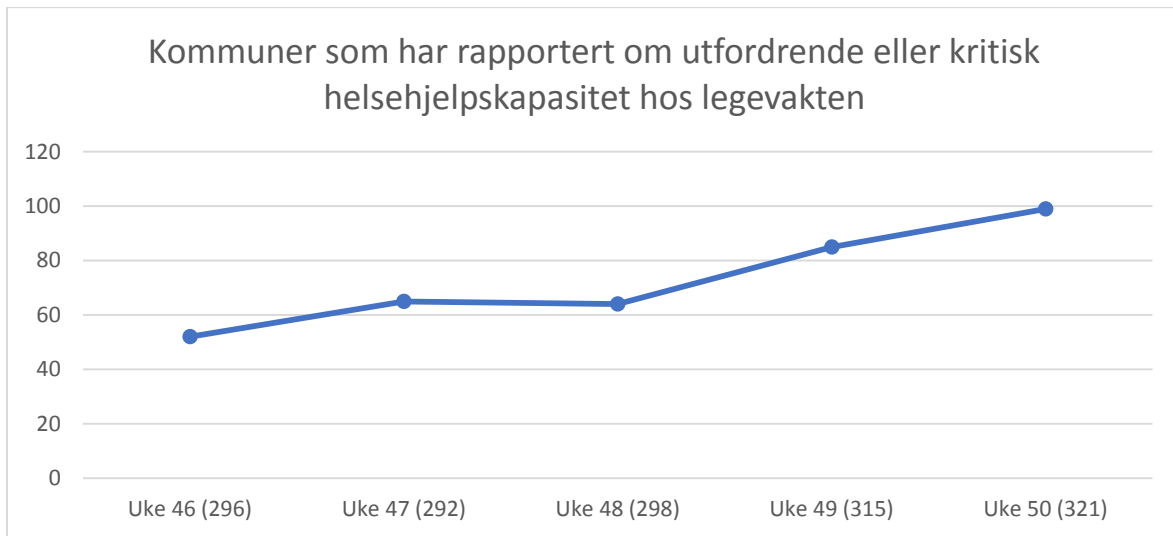
4. Hvordan er helsehjelpkapasiteten hos fastleger?



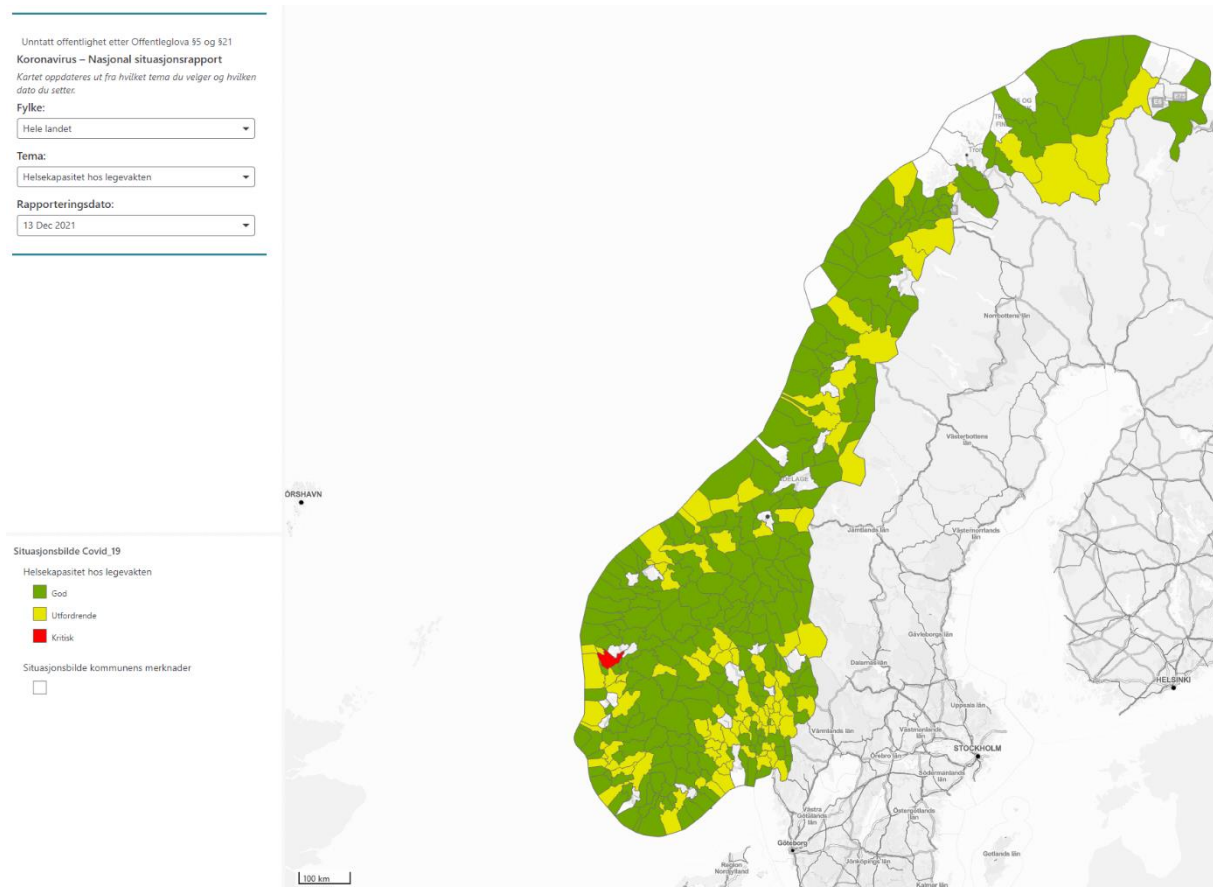
Uke 47 (292)			Uke 48 (301)			Uke 49 (317)			Uke 50 (320)		
God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk
212	79	2	211	90	1	208	105	5	189	130	2



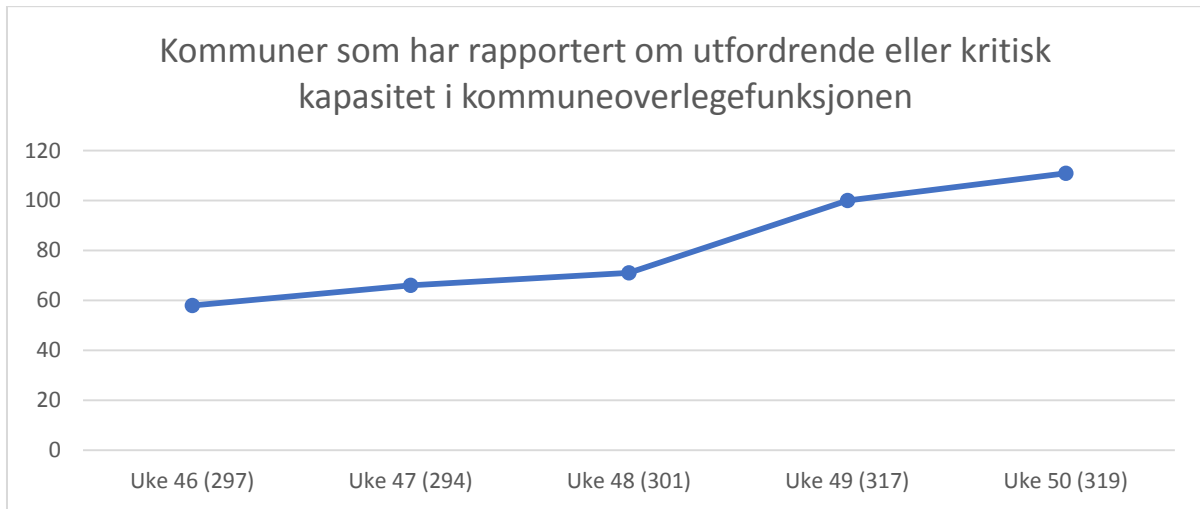
5. Hvordan er helsekapasiteten hos legevakten



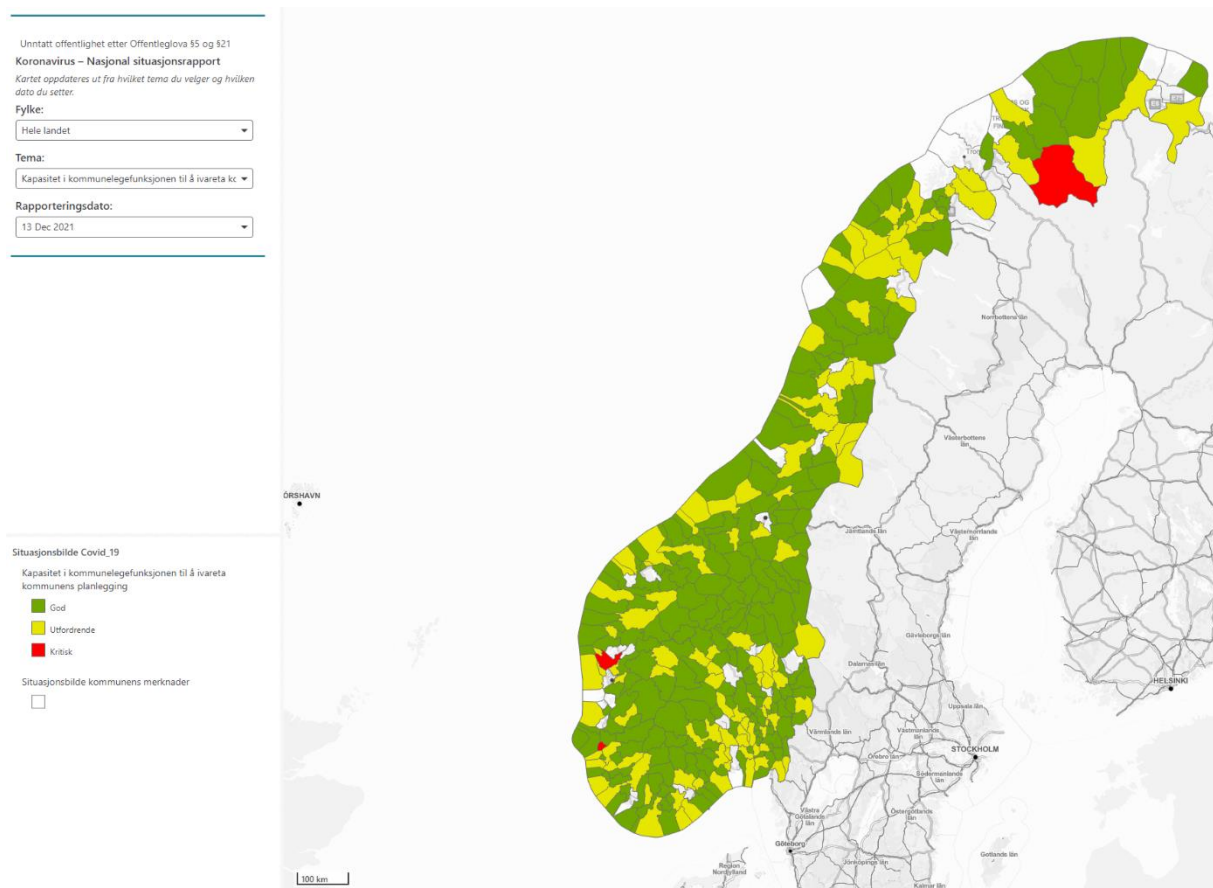
Uke 47 (293)			Uke 48 (300)			Uke 49 (317)			Uke 50 (321)		
God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk
229	63	2	237	62	2	233	83	2	223	98	1



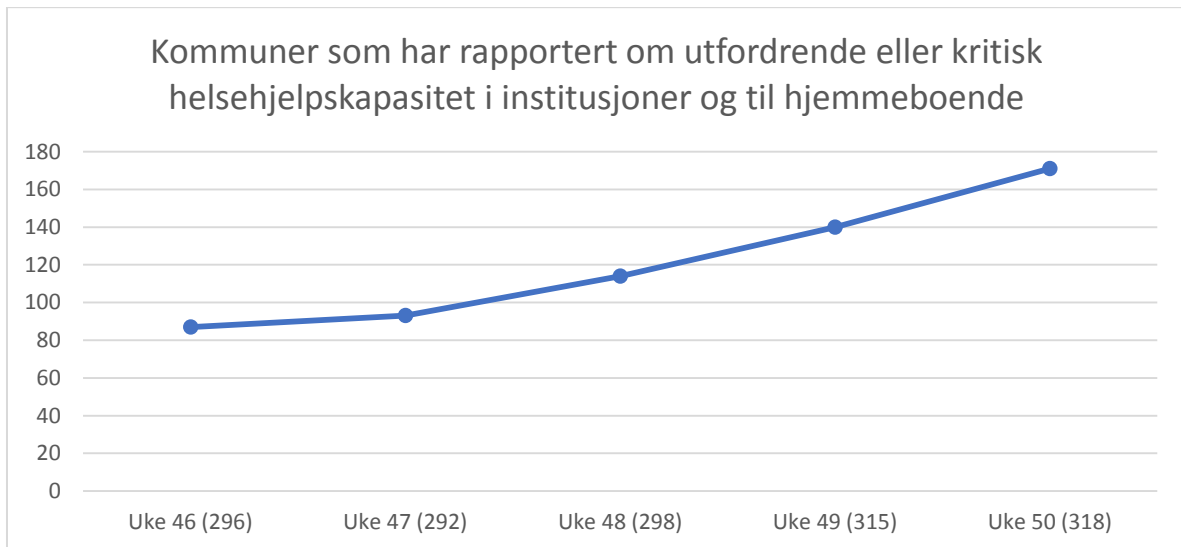
6. Kapasiteten i kommunelegefunsjonen til å ivareta kommunens planleggingsbehov for smittevern- og pandemihåndtering



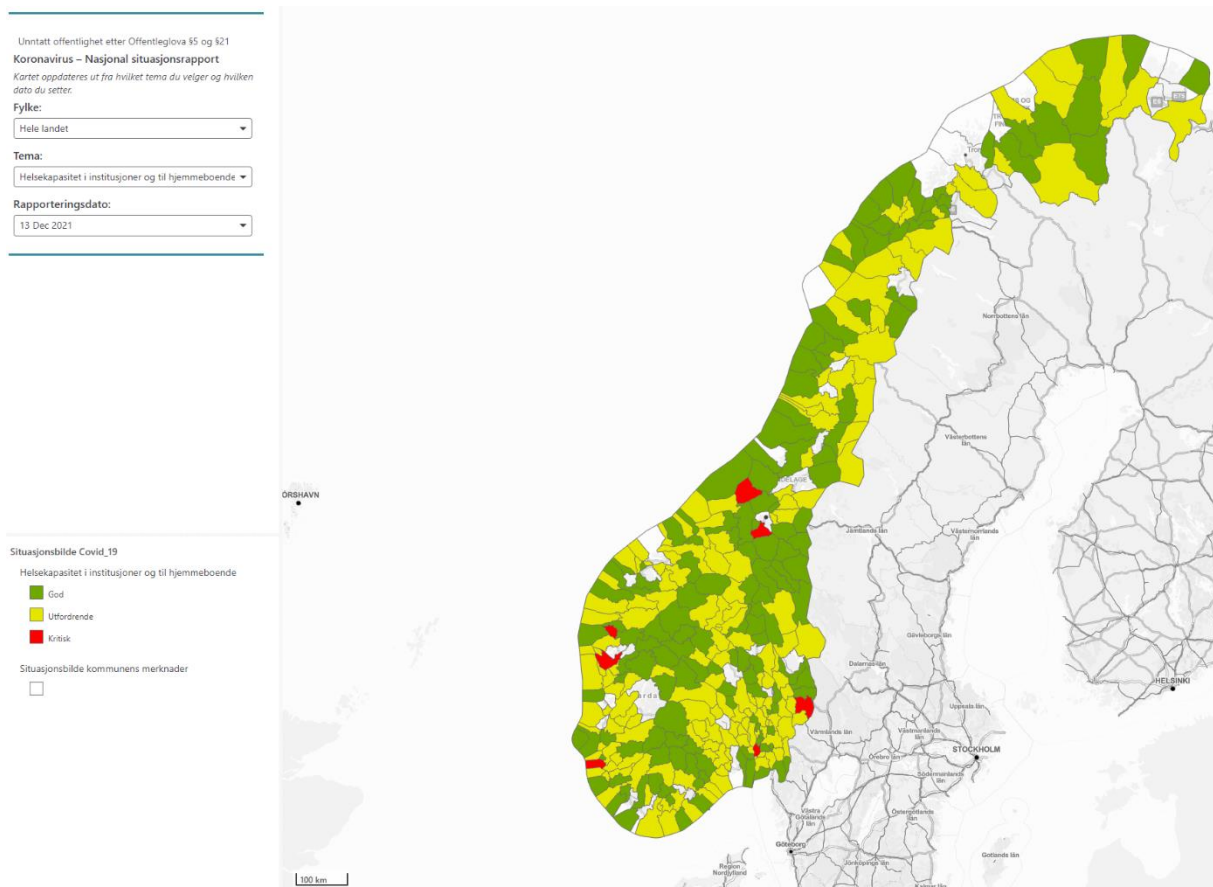
Uke 47 (294)			Uke 48 (301)			Uke 49 (317)			Uke 50 (319)		
God kapasitet	Utfordringer	Kritisk	God kapasitet	Utfordringer	Kritisk	God kapasitet	Utfordringer	Kritisk	God kapasitet	Utfordringer	Kritisk
229	64	2	231	70	1	218	96	4	208	109	2



7. Hvordan er helsehjelpskapasiteten i institusjon og til hjemmeboende



Uke 47 (292)			Uke 48 (298)			Uke 49 (315)			Uke 50 (318)		
God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk
200	90	3	185	110	4	176	132	8	148	164	7

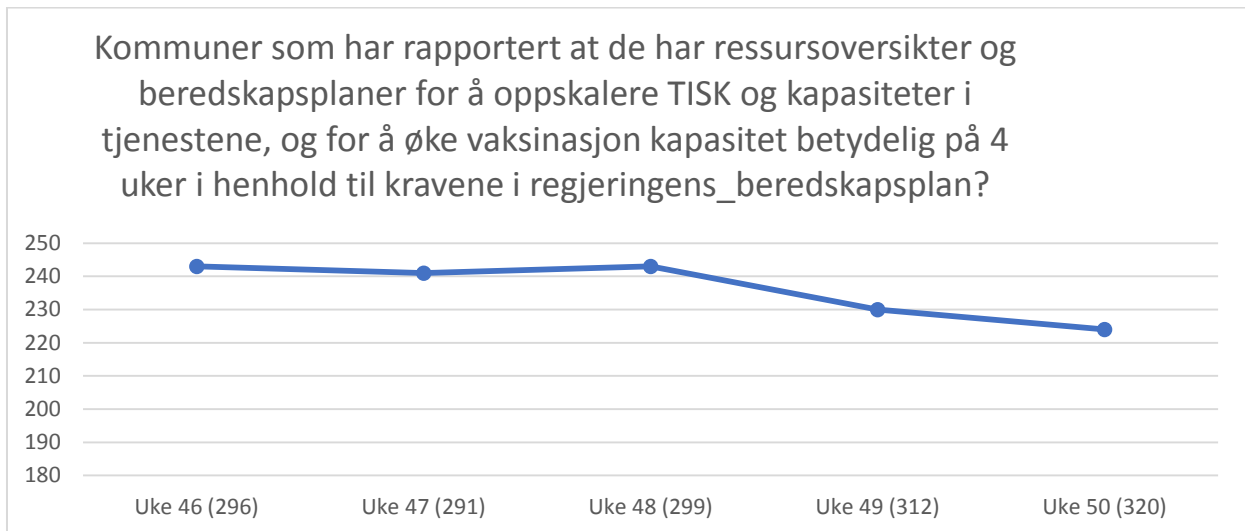


8. Antall inneliggende personer i kommunene med covid-19

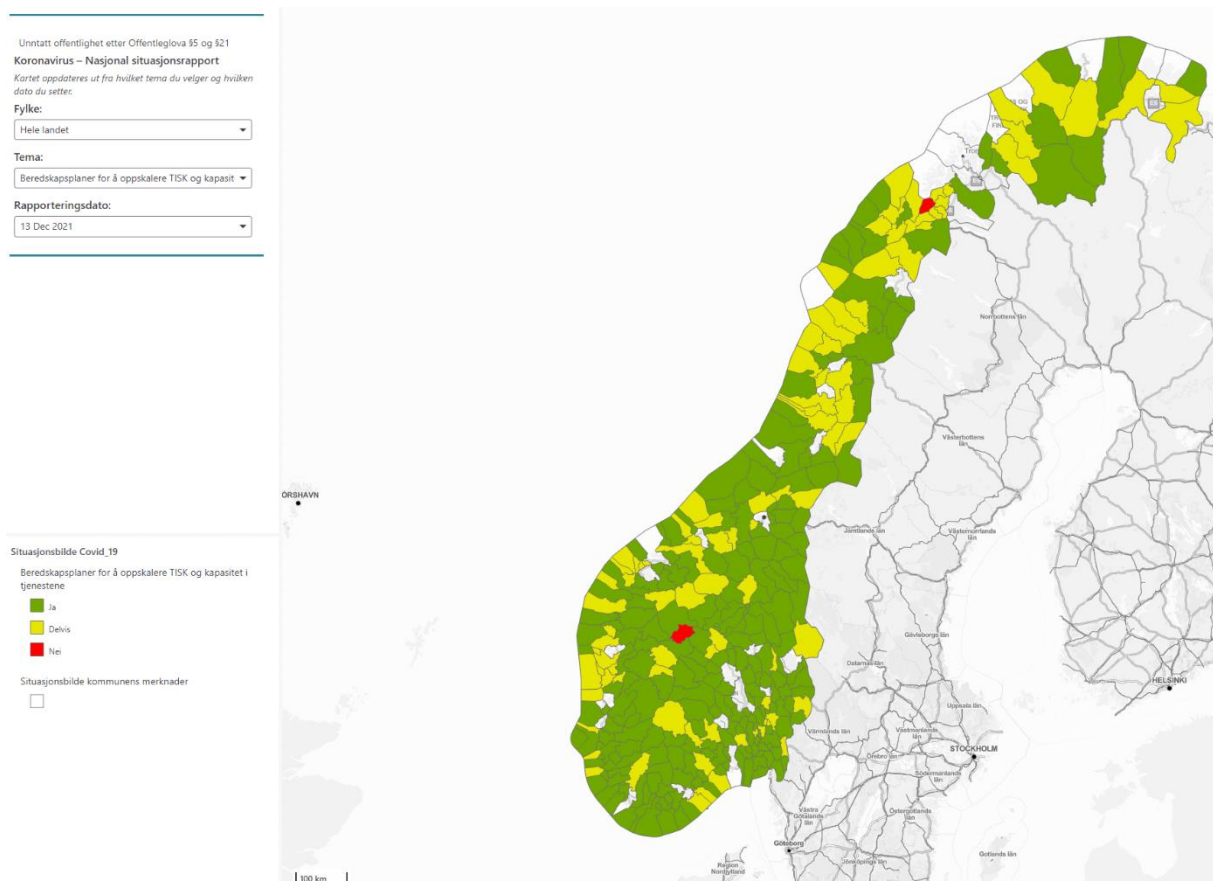
Uke 46 (297)	Uke 47 (293)	Uke 48 (301)	Uke 49 (318)	Uke 50 (322)
185	242	217	135	217

I uke 46 og 49 har ikke Oslo kommune rapportert, og det er en av grunnene til at tallene er betydelig lavere de ukene.

9. Har kommunen ressursoversikter og beredskapsplaner for å oppskalere TISK og kapasiteter i tjenestene, og for å øke vaksinasjon kapasitet betydelig på 4 uker i henhold til kravene i regjeringens beredskapsplan?



Uke 47 (291)			Uke 48 (299)			Uke 49 (312)			Uke 50 (320)		
Ja	Delvis	Nei	Ja	Delvis	Nei	Ja	Delvis	Nei	Ja	Delvis	Nei
241	50	1	243	55	2	230	82	1	224	95	2

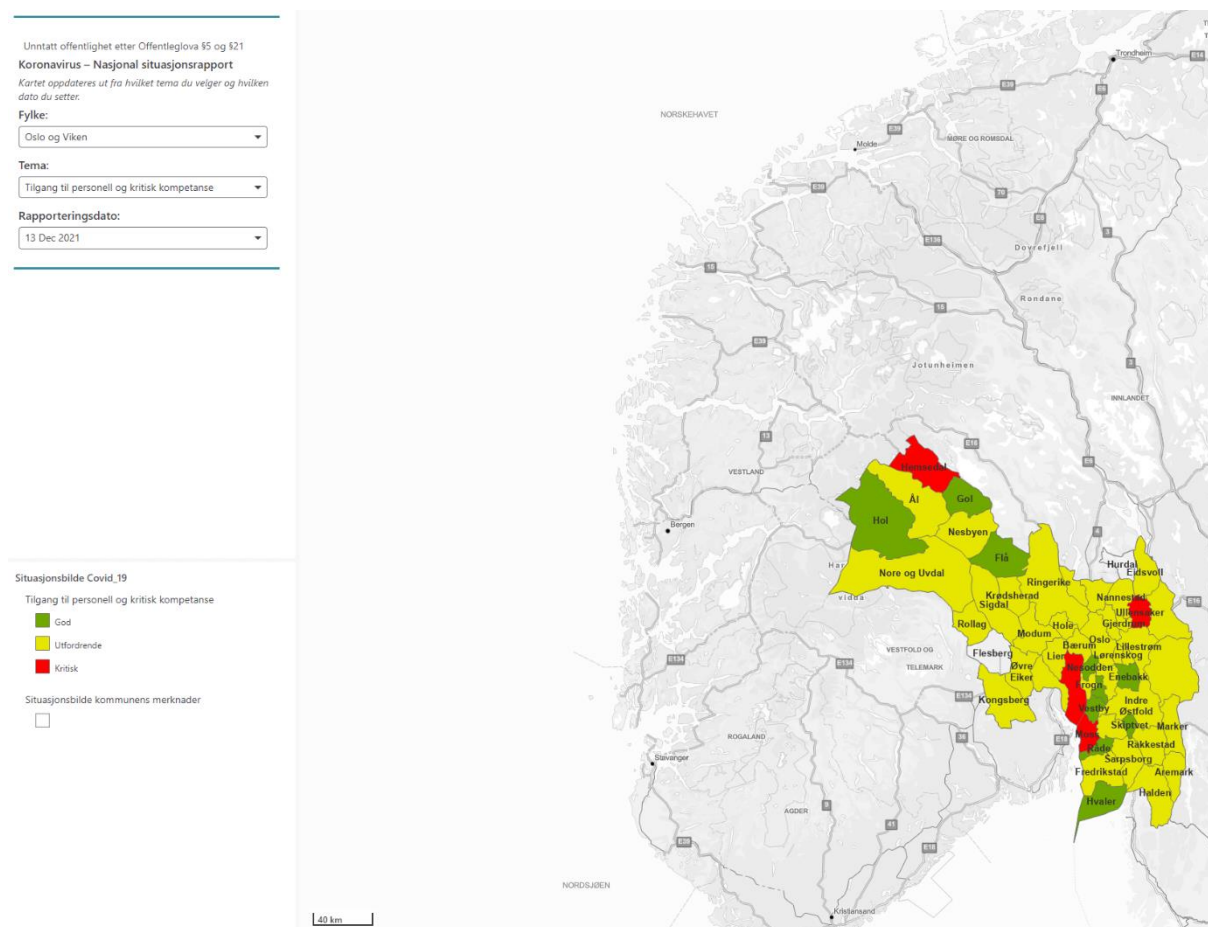


Tall for Oslo og Viken

1. Tilgang til personell og kritisk kompetanse



Uke 47 (49)			Uke 48 (50)			Uke 49 (49)			Uke 50 (49)		
God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk	God tilgang	Utfordringer	Kritisk
27	21	1	27	24	0	16	33	1	10	36	4



Her følger en kort oppsummering fra Statsforvalternes rapportering for hvert embede

Troms og Finnmark; 23 av 39 kommuner har rapportert. Smitten er igjen stigende etter en liten nedgang i forrige uke. Insidens i fylket er 704/100 000 mot 669/100 000 uken forut. 17 kommuner har stigende smitte, mot 7 kommuner ved forrige rapportering. 50 kommuner har en insidens på under 50/100 000 mens åtte kommuner har 400/100 000 eller høyere.

Smittesituasjonen er stabil på ca 300/100.000/ 14 dager i vårt fylke etter vårt høyeste nivå i pandemien på ca 500 i uke 46. Hammerfest, Tromsø og Alta ligger fortsatt høyt, men stabilt på omkring 1000. Dette driver opp det regionale smittenivået. Sporadiske utbrudd i andre kommuner, siste uke utbrudd i Vardø (2.000 innbyggere) med 20 tilfeller, samt på Senja og i Harstad

Det er som tidligere utfordrende helsehjelpkapasitet i noen kommuner.. Kommunene rapporterer at det er utfordrende å skaffe kvalifisert personell til testing, smittesporing og vaksinasjon på grunn av sykefravær og ferieavvikling ifm. jul. Flere kommuner melder om at situasjonen fort kan bli kritisk ved omikron-utbrudd. En kommune melder om kritisk kapasitet vedrørende kommunelegefunksjonen. Det er videre krevende for kommunene å bygge opp smittesporingskapasitet, på grunn av konkurrerende oppgaver, fravær blant helsepersonellet, vanskeligheter med å rekruttere alternativt personell og komplisert smittesporing i det som har vært et mer åpent samfunn. Mindre kommuner oppgir færre problemer med å få kontroll på smitte, på grunn av mer oversiktlige forhold.

Vaksinering

Statsforvalteren har nylig gjort en kartlegging på status for oppfriskningsdose i vårt fylke og evt. hindringer for gjennomføring/oppskalering etter forespørsel fra FHI. Alle kommuner har svart «ja» på at alle over 65 år og eldre vil få en oppfriskningsdose før jul. Den største begrensningen i vaksineringstempo er fortsatt intervallet mellom 2. og 3. dose. Kommunene ser ikke at den meldte reduksjonen i intervall (ned til 4,5 måneder) vil utgjøre en stor forskjell i tempoet. Utfordring nummer to er slitasje på personell som må være aktivt påkoblet vaksinering hver eneste uke. Det er lite reservekapasitet dersom små kommuner får utbrudd og personell må i karantene.

Spørsmål/kommentarer til Helsedirektoratet

- Kommunene ønsker en rask avklaring på når man kan gå videre med oppfriskningsdoser til aldersgruppen 18-45 år. De melder at det ressursmessig vil være til stor hjelp å kunne arrangere massevaksinasjonsdager for større grupper, enn å vaksinere litt og litt hver uke. Det har allerede blitt meldt fra regjeringen at alle over 18 år skal få tilbud om dose 3, og flere kommuner tror at blant annet studenter vil henvende seg til dem når de kommer hjem på juleferie.
- Det er ønskelig at endringer i koronavirusprogrammet (intervaller, bestillingsmåter, endring av prioritering) raskt meldes om skriftlig. Det blir ofte gitt muntlige beskjeder i møter med kommunene og/eller statsforvalterne, men disse beskjedene får ikke alle med seg.
- Det ønskes en avklaring for julen (spesielt uke 52) i sammenheng med forskriftsfesting av vaksinetilbud. Må kommunene ha et drop-in tilbud oppe også denne uken?

Karantenehotell for 2022

I tråd med føringer fra DSB og Hdir opprettholder vi karantenehotelltilbudet i Tromsø (universitet/internasjonalt lufthavn) og Kirkenes (ytre Schengen grense) med en kapasitet tilsvarende gjennomsnitt siste 8 uker + 25% (omtrentlig). I tillegg ønsker vi å ha en viss

redundans i denne ordningen på grunn av uklart situasjonsbilde med nye virusvarianter og potensielt skjerpede tiltak på grenseovergangene. Kommunene våre trenger forutsigbar i disse ordningene og vi har derfor også beholdt en viss kapasitet i kommuner som p.t. har relativt lavt belegg.

Nordland; 37 av 41 kommuner har rapportert. Smitten viser flat tendens og insidens i fylket er 387/100 000 mot 385/100 000 uken forut. 6 kommuner har stigende smitte, det samme som ved forrige rapportering. 7 kommuner har en insiden på over 400/100 000 siste 14 dager, mens 50% av kommunene har mindre enn 50/100 000. 3 kommuner hadde til sammen 11 inneliggende pasienter i kommunen med covid-19 forrige uke.

Her følger en oppsummering av de øvrige punktene:

- Tilgang til personell og kritisk kompetanse er utfordrende i 17 kommuner og kritisk i en kommune.
- Helsehjelpkapasiteten hos fastleger er god i 27 av kommunene (65%), og utfordrende i 10 (24%). En kommune melder om kritisk kapasitet. Åtte kommuner melder om utfordringer hos legevakten
- Helsehjelpkapasiteten hos helsestasjon og skolehelsetjenesten er utfordrende i ca 50% av kommunene
- Kapasitet i kommunelegefunksjonen til å ivareta kommunens planleggingsbehov for smittevern- og pandemiberedskapsbehov er utfordret i 40% av kommunene
- Status for vaksinerings med 3. koronavaksinedose til utsatte grupper og alle over 65 år er ferdigstilt i 50% av kommunene
- 33 kommuner rapporterer om god test – og smittesporingskapasitet, mens de øvrige 5 melder om utfordringer
- Det meldes ikke om mangel på tester, smittevernutstyr, vaksineutstyr og legemidler
- 30 kommuner melder om lav risiko for at den smitten som foreligger på rapporteringstidspunktet, kan utvikle seg til en betydelig sykdomsbyrde eller til å overbelaste kapasiteten i helsetjenesten. Ingen melder om høy risiko., og sier det går greit å håndtere situasjonen med de ressursene de har.
- Alle kommunene har helt eller delvis ressursoversikter og beredskapsplaner for å oppskalere TISK og kapasiteter i tjenestene og for å øke vaksinasjonskapasiteten betydelig i løpet av fire uker i henhold til kravene i regjeringens beredskapsplan

Trøndelag; 33 av 38 kommuner har rapportert. Der er ingen store endringer i smittesituasjonen. Insidens i fylket er 595/100 000 mot 565/100 000 uken forut. 10 kommuner har stigende smitte, mot 11 i forrige rapportering. Situasjonen i Trondheim er nærmest uendret den siste uken med en insidens på 754/100 000.

Det har vært jevnt høy smitte i Trøndelag siden begynnelsen av november, men smittetallene har stabilisert seg. Nærmere 60% av de positive prøvene er fra Trondheim, men det er også høye smittetall fra flere andre kommuner. De siste to ukene har det vært registrert smitte i 31 av 38 kommuner. Trondheim er den eneste kommunen som har egen forskrift, men mange kommuner har anbefalinger.

Situasjonsbildet kan oppsummeres på følgende måte:

- I alt 31 av 38 kommuner har registrert smitte i uke 48 og 49

- Fortsatt en flat smittetrend i Trøndelag. Omikronsmitte er bekreftet
- Situasjonen stadig mer krevende og noen kommuner rapporterer om kapasitetsutfordringer i helsesektoren, hvorav 10 kommuner om utfordrende helsehjelpskapasitet hos fastlege.
- Stort behov for selvtester i kommunene. Stor variasjon i kommunene på bruken - tydeligere retningslinjer etterlyses
- Vaksinasjon i rute
- Svært krevende situasjon for barnehager og skoler i Trøndelag som følge av høyt totalt sykefravær, slitne ansatte og prekær mangel på vikarer.
- 12 av 40 rom belagt på karantenehotell, god kapasitet på karantenehotellene
- Fortsatt underrapportering i innreiseregisteret. Sannsynligvis større andel som ikke registrerer seg ved grensepassering langs vei. Kommunene ønsker at både testpliktige og karantenepliktige fyller inn adresse ved registrering. Dette vil hjelpe kommunenes smittesporing i en meget krevende situasjon. Samtidig gi bedre mulighet til oppfølging og veiledning av et regelverk som for mange framstår som komplisert.

Statsforvalter i Møre- og Romsdal: Det fremgår ikke hvor mange av dei 26 kommunane i fylket som har rapportert. Smitten aukar og ligg no på 443/100 000, og 11 kommunar har stigande smitte. Det er stort sprik blant kommunane i kor mykje smitte dei har. Nokre kommunar har lite eller ingen registrert smitte, mens ni kommunar har en insidens på over 400/100 000. Det er uttbrot mellom anna på skoler og institusjon. FHI har bekreftet at det er oppdaga to tilfelle med omikron i vårt fylke.

Kommunane gjer sitt ytterste og brukar store ressursar i førebygging og handtering av smitte. Men vårt inntrykk er at alle kommunar har lav reservekapasitet etter ei utarming av kapasiteten i helsetenesten som følgje av langvarige oppgåver knytt til smittesporing og vaksinerings. Det er lite kapasitet igjen til å hjelpe andre kommunar. Etter helsesektoren er det oppvekstsektoren som er mest utfordrande for kommunane. Det er generelt høgt sjukefråver, og enkelte kommunar balanserer mellom forsvarleg bemanning og samfunnsoppdraget. Dersom ein må omfordele personell kan det gå ut over andre tenester i kommunane.

12 kommunar rapporterer at det er middels risiko for at smitten kan utvikle seg til ein vesentleg byrde eller overlaste kapasiteten i helsetenesta. Dette er ei auke på 3 kommunar sidan veke 49. Over halvpartene (16) av kommunane rapporterer om at tilgangen til personell og kritisk kompetanse er utfordrande..Antall kommuner som rapporterer at helsehjelp hos fastlegar er utfordrande er aukande, og utgjør no nære 50%.

Helse Møre og Romsdal har heva beredskap fra GRØNN til GUL beredskap 9 desember.

Tiltak: Fire kommuner har lokale forskrifter med noe strengere tiltak enn de som gjelder fra 14.12.:

Vaksinering: 82 % over 65 år har no fått si oppfriskingsdose.

Vestland: 41 av 43 kommunar har rapportert. Smitten har økt og insidens i fylket er ved utgangen av rapporteringsperioden 880/100 000 mot 636/100 000 i forrige uke.. 20 kommuner har stigende smitte, det samme som uken forut. Dei fleste kommunane har rapportert at det er låg risiko

(tilsvarende scenario éin) for at dagens smittenivå kan føre til ei betydeleg sjukdomsbør, eller overbelaste helsetenestene. Ein kommune melder om høg risiko for det.

Fleire av kommunane melder om utfordringar med kapasitet i helsetenestene, og at marginal tilgang på personell og kritisk kompetanse særleg gjev utfordringar ved utbrot. Det er uro for at auka koronasmitte, auke i pasienttilstrøyinga på grunn av andre luftvegsinfeksjonar og sjukdomar og auka sjukefråvær, vil kunne svekke totalkapasiteten i helsetenestene endå meir i tida som kjem. Per no trur vi likevel ikkje at kommunane ikkje klarar å levere forsvarlege helsetenester, eller ivareta andre kritiske samfunnsfunksjonar. Fleire kommunar seier likevel at dei nærmar seg grensa for eigen kapasitet. Denne veka har 20 kommunar meldt om ein utfordrande eller kritisk situasjon når det gjeld tilgang til personell og kritisk kompetanse. Det er lite ledig kapasitet og små marginar i kommunane, og dei er avhengige av å omdisponere personell. Det gir auka belastning, både på dei som skal inn i nye oppgåver og dei som må sitje att med meir arbeid. Det er slitasje på kritisk personell, og fleire seier at arbeidsbelastninga no er den største så langt i pandemien.

Vaksinering: Kommunane er i gang med å vaksinere med tredje dose. Vaksineringa er i hovudsak fullført i 16 kommunar (seks fleire enn i førre veke). Kommunane seier at dei klarer å handtere situasjonen i dag, men er heilt avhengig av å nytte pensjonert helsepersonell. (ca

TISK- kapasitet: : Ca 25% av kommunane seier at teskapasiteten er utfordrande eller kritisk. Det rapporteres ikkje om mangel på tester.

Tiltak: Åtte kommunar, herunder Bergen, har per no regulert smitterverntiltak gjennom lokale forskrifter.

Rogaland: 23 av 23 kommuner har rapportert. Smitten har økt vesentlig siste uke. Insidens i fylket er nå 806/100 000 mot 522/100 000 uken forut. Dette utgjør en stigning på 54% 16 kommuner har stigende smitte mot 12 ved forrige rapportering. Bokn kommune har en 14 dagers insidens på 3259. Statsforvalteren har hatt kontakt med kommunen som innfører rødt nivå på skolen. Kommunelegefunksjonen er kritisk da kommuneoverlegen i tillegg er fastlege og legevaktslege. Det er også vedvarende høy smitte på omtrent 1000 per 100 000 i resten av nord-fylket. Barneverntjenesten i Haugesund kommune er presset grunnet sykefravær, både covid-19 og annen sykdom. Akuttberedskap prioriteres.

Kapasiteten i helsetjenestene er presset i mange kommuner. Dette er fremdeles knyttet til stor pågang, sykefravær hos personell og rekrutteringsutfordringer. Det er fremdeles utfordrende for mange kommuner å rekruttere til arbeid med TISK. Stavanger legevakt (interkommunal) vipper fremdeles mellom utfordrende og kritisk. Det er også utfordrende på Sandnes legevakt. Sola kommune rapporterer at situasjonen er kritisk i hjemmetjenesten. Sola og Stavanger klarer ikke lenger å kontakte alle som tester positivt og har mistet oversikt over det epidemiologiske situasjonsbildet. Sola kommune skriver at de ikke er rustet for å klare et utbrudd med omikron. Stavanger kommune kommenterer at det er uforståelig at en nå tenker at byrden med hjemmeskole er større enn hundrevis i karantene gjennom julen.

Både Helse Fonna og Helse Stavanger er på gult beredskapsnivå. Laboratoriet på SUS er bekymret for at de ikke lenger skal klare å screene alle positive prøver med variant-pcr, for å kunne identifisere de som ikke er delta og helgenomsekvensere disse, dersom antall positive prøver fortsetter å øke.

Vaksinering: Kommunene er i all hovedsak ferdige med oppfriskningsdose til de over 65 år, som fikk 2. dose for mer enn 5 måneder siden. Noen kommuner vil ikke oppnå fullt 90% dekning av

oppfriskningsdose til denne gruppen før jul. Det er intervallet mellom dosene som er det største hinderet. Det rapporteres om mangel på selvtester.

Grensekontroll: Sola melder om stor økning i antall tester etter forskriftsendring som innebærer testplikt innen 24 timer for alle som ankommer fra utlandet. De fleste passasjerer ønsker å teste seg på flyplassen ved ankomst og ikke utsette dette. De kan doble sin kapasitet dersom det fra sentralt hold kommer føringer om dette. Det etterlyses også informasjon og forutsigbarhet i ny vurdering av den nåværende forskriften. Dette handler blant annet om fremtidig oppskalering i bemanning, spesielt i helger med økt trafikkmengde

Statsforvalteren undrer seg over forholdsmessigheten over ressursbruken ved innreise når kontrollen ikke er bedre og politiet ikke har fått oppdrag som motsvarer det kommunale ansvaret. Det vil kunne undergrave tilliten til myndighetens generelle håndtering av pandemien.

Agder: XX av 25 kommuner har rapportert. Smitten har økt betydelig siste uke. Insidens i fylket er nå 901/100 000 mot 536/100 000 uken forut. Dette er en økning på 67%. 14 kommuner har stigende smitte, mot 9 kommuner uken forut..

Svært mange kommuner melder om utfordringer knyttet til bemanning. Både i forhold til smittesporing, men også til ordinær drift for å kunne yte forsvarlige tjenester. Personell er slitne/har lite restkapasitet. I tillegg påvirkes situasjonen av mye fravær knyttet til også annen sykdom/luftveisinfeksjoner. Og på toppen kommer fravær på grunn av mistanke om smitte. Slik Statsforvalteren i Agder nå leser situasjonsbildet fra kommunene, er bemanningssituasjonen nå så sårbar at den truer en effektiv innsats mot videre smittespredning. Det virker ikke som at det er stor avstand frem til en situasjon der oppgavene knyttet til smittesporing og testing overgår flere av kommunenes kapasitet. Noen kommuner vurderer å være der allerede og har derfor iverksatt tiltak for å ikke miste helt kontroll. Høye smittetall, presset personellkapasitet og mye fravær var blant forklaringene til at enkelte kommuner nå har innført gult nivå i skoler. Dette gjelder blant annet Grimstad, Lillesand og Kristiansand.

Koronapass vurderes av noen kommuner som verktøy dersom smitten øker, men Statsforvalteren ser ikke at bruk av koronapass har noen funksjon i smittevernhandtering nå som smitten spres såpass bredt – også blant de som har både 2 og 3 doser vaksine. Det kunne vært nyttig om det kom nasjonale tydelige oppklaringer rundt dette, slik at ikke smittehandtering sporer av i tiltak som ikke har tilstrekkelig effekt.

Foreløpige data fra kommunene viser at så å si alle regner med å være ferdige med boosterdose innen jul. Se vedlegg.

Vestfold og Telemark: 22 av 23 kommuner har rapportert digitalt. 1 kommune har rapportert muntlig til SFVT grunnet utfordringer med innlogging. Smitten har økt betydelig siste uke. Insidens er nå 962/100 000 mot 689/100 000 uken forut. 14 kommuner har stigende smitte, mot 18 kommuner uken forut. En stor del av smitten er blant barn og unge

Situasjonsbildet kan oppsummeres slik (tall fra forrige uke (49) i parentes):

- Meget bratt økende smitte for fylket som helhet, både i sentrale strøk og i distriktene. Økende grad av smitte som ikke lar seg spore
- 20 (16) kommuner rapporterer nå om smittetall på 400 – 2100/100 000 siste 14 dager.

- FHI rapporter om 99 omikrontilfeller i fylket. Tilfellene er fordelt på flere kommuner. Kommunen rapporterer at 56 av tilfellene er i Sandefjord kommune (omfatter ikke Sandefjord Lufthavn)
- Kommunene rapporterer om totalt 13 (21) inneliggende personer med covid-19 fordelt på 7 (5) kommuner. 5 tilfeller rapporteres fra Horten, 1 fra Bamble, 1 fra Midt-Telemark, 1 fra Nome, 1 fra Notodden, 3 fra Tønsberg og 1 fra Vinje
- Ingen kommuner melder om kritiske utfordringer, men kommunene melder om en bemanningssituasjon som blir stadig mer problematisk.
- Helhetlig tilgang til personell og kritisk kompetanse: Ingen rapporterer dette som kritisk, men 14 (12) kommuner rapporterer dette som utfordrende. Vaksinering: Ingen rapporterer dette som kritisk, men enkelte kommuner melder om utfordringer med å skaffe personell til vaksineringstjenester
- TISK: Ingen rapporterer dette som kritisk, men ca 50% av kommunene rapporterer om utfordringer knyttet til testing og smittesporing.

Meldte behov:

- Tiltak for å styrke fastlegeordningen – haster: I pressemeldingen 03.12.21 sa helseministeren at det skal bli mulig for fastlegene å kunne ha en vikar i fastlegepraksisen som kan arbeide på samme liste og samtidig som fastlegen
- Sårbarhet ved privat laboratorie Statsforvalteren er kjent med at et mindre privat laboratorie i Telemark (Unilabs Skien) har bemanningsutfordringer grunnet sykefravær. Gir redusert analysekapasitet for pcr-tester. Ber Hdir ta dette opp med helseforetaket som drifter avtalen.
- Behov for samordning av kommunenes rapportering Kunnskapsdepartementet ber i mail 10.12.21 om ukentlig rapportering fra kommunene gjennom høst/vinter 2021/2022. Spørsmålene er omfattende og lite spissede og er tenkt å være i tillegg til kommunenes ukentlige rapportering i helsesporet (nasjonal løsning for særskilt rapportering til Hdir ifm. covid-19). Det har under hele pandemien vært formidlet fra statsforvalterne til sentrale myndigheter behov for samordnet rapportering fra kommunene for å ikke belaste de unødig i en allerede presset kapasitetssituasjon. **Videre er det behov for revidering av rapporteringen i helsesporet med nedkorting av antall rapporteringspunkt.** Vi vurderer at en eventuell rapportering i skolesporet inkluderes i en revidert ukentlig rapportering i helsesporet slik at kommunene får en ukentlig samlet rapportering til statsforvalterne/helsemyndighetene. En eventuell inkludering i rapporten i helsesporet bør bestå av få og spissede spørsmål der svar lett kan sees opp mot hverandre og enkelt oppsummeres fylkesvis og nasjonalt.

Innlandet: Det er 43 av 46 kommuner som har rapportert. Smittetrenden er fortsatt stigende. Insidens i fylket er nå 586/100 000 mot 421/100 000 i forrige uke. uken forut. 25 kommuner har stigende smitte, mot 23 kommuner ved forrige rapportering. Det er registrert smitte i alle regioner, men det er de mest folkerike regionene som har det høyeste antall nye påviste. Det er meldt om utbrudd med enten påvist eller mistenkt Omikron i flere regioner. Aldersfordeling viser fortsatt at de aller fleste aldersgrupper har smitte. Andel positive av tester er høy og økende. Antall innlagte viser også nå en økende trend etter å ligget på et stabilt nivå over flere uker.

De fleste kommunene rapporterer om pressete tjenester innen helse- og omsorg. Høyt sykefravær, både på grunn av korona og andre sykdommer gir store utfordringer. Det er i økende grad problem med å rekruttere personell og skaffe nok vikarer. Pandemien har innvirkning også på andre sektorer, først og fremst skole- og barnehage. Majoriteten av

kommunene skriver at de leverer forsvarlige helsetjenester, men situasjonen er krevende og få har kapasitet til å avlaste spesialisthelsetjenesten.

Det er varierende lagerbeholdningen av hurtigtester, noe som fører til problemer med grensetesting. Bruk av dype tester går ut over grensependlere som får problemer da de testes svært ofte. Det er videre problematisk med lang svartid på PCR-tester. SFIN er bedt om å adressere dette problemet.

SYSVAK-tall viser en fortsatt høy vaksinasjonsaktivitet i Innlandet i tråd med forrige ukes statistikk.

Oslo og Viken (OV); 50 av 52 kommuner har rapportert innen 13. desember 2021. Ingen kommuner har meldt om områder innen helsetjenesten som driftes uforsvarlig i øyeblikket, men enkelte kommuner rapporterer denne uke at tilgangen til personell er på et kritisk nivå. Insidens i Oslo er nå 1853/100 000 mot 1351/100 000 for en uke siden. Insidens i Viken er nå 1427/100 000 mot 1001/100 000 uken forut. 43 kommuner (86%) i Viken viser stigende trend, mot 38 kommuner i forrige uke. Nesten alle kommunene forventer fortsatt høyt smittetrykk, kun to-tre kommuner forventer en nedgang i antall smittetilfeller

Hovedgruppen av de smittede er barn i skolealder. Flere kommuner har innført gult nivå i skoler og barnehager. Det rapporteres også om flere smitteutbrudd i institusjoner og hjemmetjenester. Flere kommuner melder om høy andel med ukjent smittevei. Det er påvist smitte med omikron i flere kommuner og antall smittede er raskt stigende.

Fem kommuner mener at smitten per nå utgjør en risiko tilsvarende scenario 3, herunder Oslo, mot 2 forrige uke. Kommunene oppgir høyt smittetrykk og press på tjenestene, særlig TISK, samtidig med personellmangel/økende sykdomsfravær. 35 kommuner mener at smittebilde tilsvarer scenario 2, mot 28 i forrige uke.

29 kommuner melder at håndteringen av situasjonen med foreliggende ressurser er utfordrende, mot henholdsvis 15 og 6 de to foregående ukene. Kommunene viser til en meget krevende bemanningssituasjon, med høyt sykefravær i tjenestene, samtidig som pandemirelaterte oppgaver som TISK og vaksinasjon må skaleres opp. Flere kommuner beskriver at de må nedprioritere ikke lovpålagte oppgaver og redusere tjenestetilbudet. Det er et stort press på helsetjenestene og Statsforvalteren i Oslo og Viken vurderer at det er behov for overordnede føringer slik at kommunene som ikke har tilstrekkelig kapasitet, kan nedprioritere lovpålagte oppgaver.

En rekke kommuner melder om utfordringer knyttet til tilgang på hurtigtester og flere etterlyser klarere testkriterier for å sikre lik testpraksis. Statsforvalteren bidrar med omfordeling ved behov så langt dette lar seg gjøre. Vi viser ellers til oversendt brev i uke 49 vedrørende behov for tydeligere føringer for testkriterier og prioriteringer ved mangel på hurtigtester. Oslo og Viken har per 14.12. ca. 0,3 selvtester per innbygger.

30 kommuner melder om utfordrende smittesporingskapasitet som følge av raskt stigende smitte og høyt trykk på smittesporingsarbeidet. Tilsvarende tall forrige uke var 10. Mange kommuner oppgir at de har betydelige utfordringer med å få på plass nok personell til å skalere opp.

Kommunene har stort fokus på vaksinasjon og svært mange kommuner melder at de vil ha gitt tilbud til alle over 65 år innen jul. Ca. 60% av kommunene anslår at de vil oppnå en dekningsgrad på 90% med 3.dose til de over 65 år innen jul.

70% av kommunene melder at det er utfordrende å opprettholde tilgang til kritisk personell, en økning fra 60% forrige uke. I tillegg melder 4 kommuner at situasjonen er kritisk. Utfordringene er

som tidligere knyttet til betydelig sykefravær blant helsepersonell i tjenestene, stor slitasje på personellet, økt etterspørsel etter tjenestene og en vedvarende og svært krevende rekrutteringssituasjon. Det meldes fortsatt om stor pågang på fastlege- og legevaktstjenestene av personer med luftveissymptomer selv om RS - infeksjoner har avtatt. Flere kommuner trekker frem slitasje på personellet som følge av høy belastning over lang tid og flere melder om utstrakt bruk av overtid/doble vakter.

40% av kommunene melder at kapasiteten i kommunelegefunksjonen er utfordrende. Det er særlig siste ukers smitteøkning og utfordringer i kommunenes TISK -apparat som har medført at arbeidsbelastningen på mange kommuneoverleger er meget høy.

Hyttekommunene ønsker en tydelig nasjonal kommunikasjon av at personer i karantene, isolasjon eller med symptomer oppfordres å ikke reise på hytta i ferien.

Det vurderes og arbeides med følgende tiltak i Vikens kommuner

- Kjøp av tjenester på testing hos private aktører som supplement
- Økt bruk av karantene for elever i skole og barn i barnehager er under vurdering.
- Ytterligere samarbeid med nabokommuner om oppgaveløsning vurderes.
- Vurderer å starte juleferien tidligere (flytte skoledager/planleggingsdager)
- Befaring/tilsyn på byggeplasser.

- Rekruttere og lære opp flere smittesporere.
- Sette alle skoler og barnehager på gult eller rødt nivå

14.12.21

Per Magne Mikaelson

Smittevernteamet

Helsedirektoratet