



Justis- Og Beredskapsdepartementet
Unni Folmoe Holstad
Postboks 8005 Dep.
0030 OSLO

Referanser:
Dykkar:
Vår: 22/119 - 22/63492

Saksbehandlar:
Terese Folgerø
terese.folgero@alver.kommune.no

Dato:
23.08.2022

Høringsuttale til Koronakommisjonen Del 2, NOU 2022:5

Alver kommune vil kome med innspel til fire kapittel i NOU 2022:5

Kapittel 4: «Myndighetenes styring og samhandling»

Kapittel 5: «Kommunelegers og kommunale smittevernlegers situasjon under pandemien»

Kapittel 6: « Sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene»

Kapittel 7: «Importsmitte, innreisesrestriksjoner og innreisekarantene»

1 Kapittel 4: «Myndighetenes styring og samhandling»

1.1 Pandemi- og epidemikomiteen

Koronakommisjonen del 1 NOU 2021:6 [peikte på at Pandemi- og epidemikomiteen](#) ikkje har fylt funksjonen som er skildra i mandatet. «Medlemmer fra komiteen har blitt invitert med til møter i sekretariatet til BUB, men komiteen har ikke selv hatt møter eller hatt en selvstendig rolle. Vi mener derfor at det er behov for å gå gjennom mandatet og funksjonen til komiteen. Dersom komiteen skal ha en rolle parallelt med BUB, bør grensene mellom de to arenaene gjøres klarere.» Pandemi- og epidemikomiteen er sett [saman breitt](#), og bruk av denne komiteen kunne ha bidrege til betre kommunikasjon og samhandling mellom sentrale helsestyresmakter, og kommunar og helseforetak.

1.2 Smittevernlova, lokale forskrifter, og beredskapsprinsippa

Smittevernlova har vist seg å ikkje gje tilstrekkeleg verktøy for handtering i ein pandemi. Det er best eigna for handtering av mindre og større lokale utbrott. Smittevernlova opnar for lokale forskrifter som bil vedtekne av kommunen, men sentrale myndigheter har gjentatte gonger funne det naudsynt å regulere desse lokale forskriftene. Koronakommisjonen skriv «Ansvarsprinsippet, nærhetsprinsippet og likhetsprinsippet tilsier at en epidemisk krise i stor grad bør bli håndtert av kommunen. Samtidig tilsier samvirkevirkeprinsippet at det må være et samarbeid med andre institusjoner/organer som har oppgaver og ansvar ved håndteringen av en pandemi, for eksempel nabokommuner, sykehus, FHI og Helsedirektoratet.» Vi sakna rein nærare drøfting av om «ansvarsprinsippet, nærhetsprinsippet og likhetsprinsippet» tilseier at ein [pandemisk](#) krise skal blir handtert av den einskilde kommune som sjølvstendige rettssubjekt. I byrjinga av pandemien var ikkje SARS CoV-2 viruset spreidd til heile landet, og lokale tiltak for å hindre og avgrense smitte lokalt kan ha vore føremålstenlege. Etter kvart som viruset vart oppdaga i alle kommunar, kunne ein tenke at

«ansvarsprinsippet, nærhetsprinsippet og likhetsprinsippet» skulle bety ein sterkare nasjonal og regional styring. Dette skjedde gjennom ulike samordningstiltak frå Statsforvaltar, og hyppige forskriftsendringar, utan at det var drøfta om beredskapsprinsippa no refererte til eit anna nivå.

2 Kapittel 5: «Kommunelegers og kommunale smittevernlegers situasjon under pandemien»

Koronakommisjonen gjev ein grundig og god gjennomgang av «Kommunelegers og kommunale smittevernlegers situasjon under pandemien», og Alver kommune støttar Kommisjonens vurderingar og anbefalingar.

Koronakommisjonen peiker på at omgrepet «kommunelege» blir nytta i lovverket, mens arbeidsavtalar og avtaler mellom KS og Legeforeningen nyttar omgrepet «kommuneoverlege». Sidan mange andre kommunalt tilsette legar ofte blir kalla kommunelege (sjukeheimslegar, kommunalt tilsette fastlegar), bør lovverket tilpassast, og «kommunelege» bør bli bytta ut med «kommuneoverlege».

3 Kapittel 6: «Sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene»

Gjennom pandemien har det vore eit stort fokus på kapasitet og utfordringar i helseforetaka.

3.1 Kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar

I forbindelse med samhandlingsreforma, ble det innført kommunal medfinansiering av sjukehusopphald. Denne var først samansett at to komponentar: kommunane skulle betale 20 % av kostnadene for en rekke innleggingar, og i tillegg skulle kommunane betale frå første dag, dersom en pasient ikkje ble tatt imot i kommunen etter at pasienten var definert som "utskrivingsklar". Ordninga med 20 % finansiering av innleggingar ble oppheva etter kort tid, mens kommunal betaling for "utskrivingsklare pasientar" bestod. Ordninga er regulert i [«Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter»](#). Det er usikkert om denne ordninga bidrar til gode pasientforløp i en normaltilstand, og det er fleire forhold som taler for at den burde ha vore suspendert under pandemien.

Når pasientar ikkje blir utskrivne som planlagt frå sjukehus, er det grunn til å tru at årsaka er overbelastning av kommunale helse-, pleie- og omsorgstenester. Fakturering av kommunar inneberer ekstraarbeid for begge parter. Kommunal betaling på over kr. 5000 pr. døgn for pasientar kommunen ikkje har kapasitet til å ta imot, bidrar til å svekke kommunane sin økonomi og dermed moglegheita for å finansiere kommunale helse og omsorgstenester av god kvalitet.

Erfaringa frå mange kommunar i en normaltilstand er at ikkje alle pasientar som blir meldt som «utskrivingsklar» til kommunane fyller kriteria gitt i «Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter». For å unngå urettmessig fakturering på kr 5000 pr. døgn, må kommunane bruke helsepersonell til å kvalitetssikre meldingane som kjem frå sjukehus. Det er meir bruk for helsepersonell til andre oppgåver i en normalsituasjon, og særleg i en pandemi.

Helsedirektoratet har nyleg (oktober 2021) fått overlevert en kunnskapsoppsummering om kommunale helse- og omsorgstenester: «Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt - En hurtigoversikt over forskningslitteratur». Denne er publisert på [Omsorgsbiblioteket](#). Det er misforhold mellom oppgåvene som skal utførast, og ressursane som er til rådighet.

3.1.1 Kva er ein utskrivingsklar pasient?

Begrepet «utskrivingsklar» kan ha ulik betydning for de som har ansvaret for behandlinga av den enkelte pasient i sjukehuset, og dei som forvaltar avtaleverk og har ansvar for dialog med kommunar om pasientar med vidare behov for helse-, pleie- og omsorgstenester etter utskrivning. Sjølve omgrepet gjev assosiasjonar til at ein pasient nærmar seg tidspunktet for å bli utskriven, altså er klar til å bli skriven ut av sjukehus slik at hen kan reise heim.

Det er viktig å merke seg at dei aller fleste pasientar i sjukehus som er klar til å skrivast ut, faktisk blir utskriven når sjukehuset meiner det er tid for det, utan at det utvekslast meldingar mellom sjukehus og kommunar. Det er derfor heller ikkje behov for å vurdere om krava i «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» er oppfylt for desse pasientane.

Behovet for å definere nokon som «utskrivingsklar» etter forskrifta oppstår dersom ein pasient skal skrivast ut til nye eller meir omfattande helse-, pleie- og omsorgstenester i kommunen, enn det vedkommande hadde før sjukehusopphaldet i sjukehus.

Ikkje alle behandlarar i sjukehus kjenner godt nok til at det er tydelege krav til kva som skal ligge til grunn for at ein pasient kan definerast som «utskrivingsklar» etter forskrifta.

Forskrifta stiller følgjande krav:

1. Dersom sjukehuset vurderer at pasienten har behov for helsehjelp etter utskrivning, skal kommunen varslast innan 24 timer etter innlegging (§8).
2. Følgjande punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen (§9):
 - a) problemstillingane ved innlegging, slik desse var formulert av innleggjande lege, skal vere avklart
 - b) øvrige problemstillingar som har framkomme skal vere avklart
 - c) dersom enkelte spørsmål ikkje avklarast skal dette gjerast greie for
 - d) det skal føreligge eit klart standpunkt til diagnose(r), og vidare plan for oppfølging av pasienten
 - e) pasientens samla funksjonsnivå, endring frå forut for innlegginga, og forventa framtidig utvikling skal vere vurdert. (§9).
3. Kommunen skal varslast straks når pasienten er definert som utskrivingsklar f) (§10).
4. Ved utskrivning skal epikrise sendast til helsepersonell som trenger opplysningane for å kunne gje pasienten forsvarleg oppfølging (§12).

Omgrepet «utskrivingsklar» erstatta i 2002 det tidlegare omgrepet «ferdigbehandla», fordi stadig meir av behandlinga fortset etter utskrivning. Sidan kommunane er ulike, vil moglegheita til å utføre behandlingar kunne variere mellom kommunar, og det er kommunen sjølv som kan avgjere kva tilbod som kan gis den enkelte pasienten.

Tidspunktet i behandlingsforløpet og behovet for vidare behandling i kommunane er ikkje eintydig definert i forskrifta, og praksis viser også at sjukehusa si definisjon av når ein pasient er «utskrivingsklar», varierer. Ein artikkel publisert i [Tidsskrift for Omsorgsforskning i 2020](#) bekreftar dette:

- «Sjukehuslegene hevder at pasientene blir meldt utskrivningsklare på riktig tidspunkt, og beslutningene blir fattet ut fra en skjønsmessig medisinsk vurdering. Likevel har flertallet erfaringer med at pasienter blir meldt utskrivningsklare for tidlig.

- Det blir overlatt til sykepleierne å tilse at de formelle kravene rundt utskrivningsbeslutningene blir oppfylt, men sjukehuslegene forholder seg i liten grad til disse.»

“De fire respondentene i de kvalitative intervjuene var noe mer entydige og klare når det gjaldt å vise hvordan en presset situasjon fikk dem til å senke terskelen for når en pasient er utskrivingsklar.”

Artikkelen viser også til at «hovedtyngden av forskningslitteraturen om samhandlingsreformen har vært orientert mot det kommunale nivået (Norges forskningsråd, 2016). Flere av studiene har reist kritiske

spørsmål ved om reformen har ført til at pasienter skrives ut for tidlig til oppfølging i kommunene (Aarseth, Bachmann, Gjerde & Skrove, 2015; Gautun & Syse, 2013; Grimsmo, 2013; Hermansen & Grødem, 2015). Samtidig pekes det på at interne forhold i sjukehusene heller enn økt behandlingskompetanse og -kapasitet i kommunehelsetjenesten, ligger bak nedgang i liggetid (Hermansen & Grødem, 2015; Riksrevisjonen, 2016).»

3.1.2 Manglende kapasitet i sjukehus og kommunar samtidig

Kommunar erfarer at presset om å ta imot pasientar aukar i periodar med ferieavvikling i sjukehus, som sjølvsgd fell samen med ferieavvikling i kommunehelsetenesta. Også ved stort (sjuke)fråvær i sjukehus er det aukande press på utskrivingar til kommunane. Under pandemien og særleg hausten 2021 med samtidig topp med andre luftvegsinfeksjonar, var det høgt sjukefråvær både i sjukehus og i kommunehelsetenestene. I tillegg kom fråvære blant tilsette i barnehagar og skuler, og tilsette var heime med sjuke barn. Dette som bidrog til eit høgt fråvære i alle deler av helse- og omsorgstenestene, og i andre deler av arbeidslivet.

Når sjukehusa har behov for å frigjere senger til andre pasientar, blir det søkelys på at kommunar har «utskrivingsklare» pasientar liggande «unødvendig» lenge på sjukehus. Merksemda blir retta mot overbelasta sjukehus, utan at samanhengen mellom belastninga i sjukehus og kommunar belysast.

Storparten av helsetenestene i Norge ytes i kommunane, og berre ein liten del av dei sjuke blir innlagt i sjukehus. Mange innleggingar i sjukehus på grunn av infeksjonssjukdomar gjenspeiler ein enda større belastning i kommunehelsetenesta. Opphoping av «utskrivingsklare» pasientar (definert etter forskrifta) i sjukehus, er eit resultat av overbelastning i kommunane.

3.1.3 Behov for koordinering av oppgåver og ressursar på tvers av forvaltningsnivåa

Pandemien har ført til stort press på sjukehusa. I tillegg kjem innleggingar på grunn av andre luftvegsagens og andre sjukdomar og skader som skal behandlast. Det har vore høgt sjukefråvær og anna fråvær i sjukehusa bl.a. fordi helsepersonell og andre etterlever koronaråd og -reglar. Dette fører til eit auka behov for å frigjere senger i sjukehusa, og presset blir overført til kommunane.

Kommunane er samtidig pressa av koronapandemien, med krevjande smittevernrutinar, og mange nye oppgåver som krev helsepersonell (TISK, vaksinerings), og det er høgt fråvær. Det er ikkje tilgang på helsepersonell til alle disse oppgåvene, og mange har jobba ekstra over svært lang tid. Sengekapasiteten i kommunane er under normale forhold pressa. Dette har blitt tydelegare under pandemien, og samtidig har heimetenestene stor belastning. Sidan kommunane ikkje har nokon plass å skrive pasientar ut til, blir det fort overbelastning i kommunane, med risiko for eit betydeleg misforhold mellom oppgåvene som skal utførast, og ressursane som er til rådighet.

Både kommunane og sjukehusa strekker seg langt for å få best mogleg utnytting av ressursane, og samen gje pasientane best mogleg tilbod. Det er tvilsamt om krav om betaling mellom forvaltningsnivåa er hensiktsmessig. Ordninga løyser ikkje kapasitetsproblema, og den kan bidra til å hindre identifisering av dei underliggende utfordringane.

4 Kapittel 7: «Importsmitte, innreisesrestriksjoner og innreisekarantene»

4.1 IHR-forskrifta

Koronakommisjonen nemner at det har vore «[uklarheter knyttet til regelverket for på- og avmønstring for utenlandsk skipsmannskap](#)» Det er først og fremst fokus på karantenerregler i rapporten.

Det har vore merksemd rundt nokre utbrott på passasjerskip og på fiskefartøy, og særleg Tromsø kommune hadde krevjande oppgåver knytt til dette.

Sentrale styresmakter og Statsforvaltarar har sendt nokre brev om skipsfart og IHR- forskrifta, men det har ikkje på noka tidspunkt blitt klart korleis ein skal oppfatte IHR-forskrifta i forløpet av pandemien. [Brev frå Helsedirektoratet](#) 9. mars 2020 omtaler «utpekt hamn». Helsedirektoratets sendte så [brev](#) 2. april 2020 til kommunar og hamner (skipsinspektørar) mellom anna med informasjon om «Generelt om håndtering av hendelser av betydning for folkehelsen om bord på skip og om et eventuelt covid-19 utbrudd» . Den 11. august 2020 sendte Helsedirektoratet brevet «Kartlegging av aktuelle havner for håndtering av Covid-19» (Helsedirektoratet sin referanse 20/32199-1). Fylkesmennene ble bedt om å kartlegge andre hamner som kunne ta imot skip. Så vidt vi kjenner til, kom det ikkje ein slik kartlegging, og korleis utpekte hamnar og andre hamnar skulle samarbeide, vart ikkje nærare avklara.

Mongstadbase i Alver kommune er Norges største forsyningshamn når det gjeld tonn over kai, og ein av dei største [ISPS](#)-hamnene i Europa. Hamna på Mongstad handterte meir enn 3000 skipsanløp og 1,5 millionar tonn gods i 2018. Det er hyppige anløp av skip i internasjonal trafikk, med internasjonalt mannskap. Skipa er oftast så store at dei ikkje kan gå til Bergen, som er næraste «utpekte havn». Gjennom heile pandemien har det vore varsla om smitte om bord på skip på veg til Mongstad hamn. Uklårt regelverk har gjort det kjervande å handtere.

Det finst og andre store industrihamner i relativt små kommunar langs kysten, og belastninga på kommuneoverlegar, smittesporarar og teststasjoner har vore stor mange plassar. Det er store kostnader for aktørane dersom ein kommuneoverlege bestemmer at eit skip skal haldast tilbake, og det er derfor naudsynt at regelverket her er klarast mogleg. Det kan synast som om helsedirektoratet har anerkjent at regelverket ikkje har vore godt nok, men det er ikkje blitt følgt opp.

Med helsing

Alver kommune Kommunedirektør

Terese Folgerø
kommuneoverlege

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har difor ingen signatur.

Mottakarar:

Justis- Og
Beredskapsdepartementet

Postboks 8005 0030
Dep.

OSLO