

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200216

Dato: 26-01-2022

Høring: Høring - Revidering av koronaveileder kap. 14 om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Legeforeningen takker for muligheten til å komme med et høringssvar.

Norsk forening for allmenntilleggsmedisin samt legeföreningens avdeling for jus og arbeidsliv har lest og uttalt seg om høringen. Den korte tidsfristen gjorde det vanskelig med bred involvering fra det allmenntilleggsmedisinske miljø, slik föreningen gjerne hadde ønsket.

Vi oppfatter at hensikten med revisjonen er å tydeliggjøre rådene i direktoratets koronaveileder for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, gitt alvorlig kapasitetsbrist eller alvorlig fase, og gitt kritisk kapasitetsbrist, eller kritisk fase.

Det det ønskes tilbakemelding på er om rådene er tydelige og lettfattelige så det blir enkelt for tjenestene/kommunene å benytte dem. Det presiseres at de også skal kunne leses og forstås av pasienter, brukere og pårørende.

I høringssvaret vil vi først komme med noen betraktninger knyttet til dokumentet som helhet. Deretter vil vi kommentere kapittel for kapittel.

Generelle betraktninger

Dokumentet bærer noe preg av at også Helsedirektoratet har hatt korte frister. Innledningen er ordrik og kan med fordel kortes ned. Det står i høringen at rådene kun skal komme til anvendelse dersom smittesituasjonen er slik at belastningen utfordrer kapasiteten i tjenesten. Dette poenget kunne godt vært utdypet med en presisering av at ingen av tiltakene skal iverksettes for å være føre var.

I dokumentet er ikke ansvarsforhold for ulike situasjoner definert godt nok. Det handler om hva som er kommunens ansvar, hva er den enkelte leges ansvar, annet helsepersonell sitt ansvar. Dette kommer vi tilbake til ved gjennomgang av de enkelte kapitler.

Bruken av forsvarlighetsbegrepet kan skape forvirring. Det er ikke kontroversielt at forsvarlighetskravet er dynamisk og situasjonsbestemt. En handling som i en normalsituasjon ville bli vurdert som uforsvarlig kan i en krisesituasjon bli vurdert til å være forsvarlig. I dokumentet presiseres det at tjenestene skal være forsvarlige også i alvorlig og kritisk fase. De som leser dokumentet kan oppleve det uklart hva som egentlig menes.

Legeforeningen synes ikke det kommer tydelig nok frem når kommunen befinner seg i de ulike beredskapsfaser, og hvem som bestemmer hvilken fase man er i. Forskjellen på tiltakene i de ulike fasene er det heller ikke helt lett å skille fra hverandre.

Under krav til beredskapsplanlegging står det at kommuner og helseforetak har stor frihet til å organisere sitt tjenestetilbud, innenfor forsvarlighetskravets rammer. Dette blir litt misvisende. Det er et omfattende regelverk som regulerer rettigheter og plikter for kommunen, helsepersonell og ikke minst pasientene. Disse endres ikke nødvendigvis i en krisesituasjon.

Det er i innledningen viet et avsnitt til spesialisthelsetjenesten sin beredskapsplanlegging. Slik det står virker det noe ute av sammenheng. Det savnes imidlertid refleksjon knyttet til overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunenes helse- og omsorgstjeneste i en situasjon der begge tjenestenivå er presset eller overbelastet.

Generelle råd til helsetjenesten

Bruken av forsvarlighetsbegrepet er allerede omtalt.

Legeforeningen støtter at beslutning om hvilken helsehjelp som skal tilbys den enkelte pasient baserer seg på en individuell medisinskfaglig vurdering. Vi er enige i at akutthjelp og lindrende behandling skal prioriteres. Likeledes at stabile kroniske tilstander hos voksne oftest kan vente.

Det er viktig at de pasientene som trenger mest får mest. Digitale konsultasjoner kan være lite egnet for de med lav digital kompetanse. De med minst helsekunnskap vil kunne ha større behov for helsehjelp enn en tilsvarende person med høy helsekompetanse.

Informasjon til befolkningen må gis på en slik måte at de syke fortsatt tør å "belaste" helsetjenesten, ringe og bestille en legetime. Dette var et problem i første fase av pandemien. Nyoppståtte og uavklarte symptomer må prioriteres selv om de ikke er av en slik karakter at de trenger akutthjelp.

Allmennlegetjenesten og legevakt

I dette kapittelet mener Legeforeningen at det innledningsvis må vises til lov og forskrifter som legger ansvaret for organisering og dimensjonering av allmennlegetjenesten på kommunen. Dvs at kapasiteten i fastlegeordningen er kommunens ansvar, både før og under en krisesituasjon. Slik kapittelet innledes, ved å gå rett på fastlegens plikter gis det et misvisende inntrykk av ansvarsforholdet. Først må kommunen sørge for kapasitet, så skal fastlegene bidra med prioritering innenfor sitt listeansvar. Vi foreslår en omformulering av de to siste kulepunkt i avsnittet om fastlegeforskriften og prioritering:

- Ved stor pågang og/eller ved utfordrende kapasitetssituasjon må kommunen prioritere hvilke oppgaver som legetjenesten kan eller skal nedprioritere. Dette må skje i tett dialog med statsforvalter.
- En forutsetning for at slik prioritering skal være mulig uten større helsetap enn strengt nødvendig vil kreve at ordinære krav til fastlegers attesting av ulike velferdstilbud som trygdeordninger, fornyelse av resepter, mm kan suspenderes.

I avsnittet om prioriteringsråd i beredskapsfaser er det utydelig hva som er kommunens ansvar og hva som er det enkelte helsepersonells ansvar. Det bør fremgå eksplisitt at forsvarlighetsbegrepet er dynamisk. Momentlisten under alvorlig kapasitetsbrist er god. Den kunne inneholdt et punkt om at NAV endret sine krav til sykemeldinger og attester. Enkelte punkter under overskriften kritisk kapasitetsbrist representerer gjentakelser. Vi anbefaler en gjennomgang av punktene for både alvorlig og kritisk kapasitetsbrist, både for å unngå gjentakelser, og for å tydeliggjøre skillet mellom de to nivåene.

Legeforeningen anbefaler å fjerne ordet "ikke- klinisk" i listen over oppgaver som kan nedprioriteres. Det anbefales å legge til screeningundersøkelser under punktet om helsekontroller av friske innbyggere. Det kan også vises til de allmenmedisinske "Gjør Kloke Valg" -anbefalinger ang kontroll av friske personer.

Det anbefales å legge til følgende kulepunkt:

- Pasienthenvendelser som etter en individuell medisinsk faglig vurdering kan vente.

På slutten av kapitlet er det omtalt et tredje nivå som skal gi grunn til varsel til Statsforvalteren hvis vi oppfatter teksten rett. Dette virker lite hensiktsmessig. Hva som egentlig menes må presiseres tydeligere.

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Legeforeningen støtter regjeringens strategi for Covid 19 hvor barn og unge har tydelig prioritet.

Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten opprettholder et tilbud til de som trenger det. Det gis råd om at anbefalte konsultasjoner for barn og ungdom i alderen 0 – 20 år i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal prioriteres. Vi støtter at anbefalte vurderinger gjøres av helsesykepleier, og er trygge på at de vil kunne peke ut de barna som i tillegg trenger en legeundersøkelse. Enkle sjekklister kan understøtte dette arbeidet. Vi forslår å legge til følgende kulepunkt:

- Involvering av lege kan forbeholdes barn som etter helsesykepleiers vurdering har særlig behov for det.

Det vil fort bli en diskusjon om primærforebyggende tiltak skal prioriteres hvis det foreligger kritiske kapasitetsutfordringer. Kontroll og oppfølging av de minste barna, samt oppfølging av vaksinasjonsprogrammet for barn er primærforebyggende tiltak som det er særlig betydningsfullt at opprettholdes i en krisesituasjon.

Psykisk helsetjeneste og rusomsorg

Viktig at tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenesten er tilgjengelige.

Heller ikke i dette kapitlet er det noen tydelig ansvarsplasing. Hvilke vurderinger skal gjøres av kommunen, hvilke av helsepersonell? Videre er det også her utydelig hva som er forskjellen på tiltakene i alvorlig fase og i kritisk fase.

Helse- og omsorgstjenester i sykehjem og private hjem, herunder omsorgsboliger.

Kommunen må i sin planlegging ta hensyn til evt samtidig kapasitetsbrist i spesialisthelsetjenesten. Oppgaver kan da overføres til kommunale institusjoner.

Siste kulepunktliste, "Sykehjemslegene bidrar med diagnostikk og behandling" er noe uklar. Hvis dette gjelder kun etter at kritisk kapasitetsbrist er overskredet må det presiseres. Hvis det ikke er det som menes må listen innarbeides i foregående liste over tiltak.

Rådene som gis i dette kapitlet har til dels høyt detaljeringsnivå. Mindre gulvvaske, sjeldnere dusjing osv. Ved reduksjon av hjelp og oppfølging må brukermedvirkning være sentralt, så de det gjelder kan si noe om hva som er viktigst for dem.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Kari-Jussie Lønning
Fagdirektør/lege

Elisabeth Selvaag
Spesialrådgiver/lege