



Oslo 26.januar 2022

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

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har fra Helsedirektoratet mottatt høringen om revidering av kapitelet om prioritering i koronaveilederen.

Igjen er dette en hastehøring som umuliggjør bred involvering fra vårt allmennmedisinske miljø. Det bør utarbeides en generisk prioriteringsveileder som vi kan hente frem ved neste pandemi eller når alvorlig kapasitetsbrist oppstår.

Alvorlig kapasitetsbrist

Det er bra at det poengteres at beslutning om helsehjelp skal tilbys er basert på en individuell medisinskfaglig vurdering. Vi er enige i at akutt hjelp og lindrende behandling skal prioriteres. Likeledes at stabile kroniske tilstander hos voksne kan vente.

I momentlisten over oppgaver som vurderes for nedprioritering/utsettelse bør to punkter legges til. Ordet "ikke-kliniske" kan med fordel strykes.

- Helsekontroller av friske innbyggere og "risikanter" og *screeningundersøkelser*
- pasienthenvelser som etter en individuell medisinskfaglig vurdering kan vente

Prioriteringsrådene kan fortsatt bli mer konkrete, f.eks hvor ofte må blodtrykk, puls, ødemer sjekkes hos pasienter med ulike grader av hjertesvikt, hvor ofte må kreatinin måles ved ulike stadier av nyresvikt eller hvor ofte bør pasienter med diabetes mellitus type to kontrollere HbA1c? Dette kunne vært fremstilt i en tabell hvor vanlig anbefalt kontrollhyppighet og kontrollhyppighet ved kapasitetsbrist fremkom. Nyoppståtte og uavklarte symptomer må prioriteres før kontroll av kjent sykdom som er stabil.

Det er viktig at det er de riktige pasientene som prioriteres for oppfølging og at informasjonen til befolkningen ikke blir slik at noen som har behov tenker at «nå er det så travelt hos fastlegen at jeg ikke oppsøker fastlegekontoret/avbestiller timen». Vi så at dette skjedde i første fase av koronapandemien både hos fastlegene og på legevakt.

[Leger frykter at pasienter med annen alvorlig sykdom kvier seg for å ta kontakt \(aftenposten.no\)](https://aftenposten.no)

Informasjon til befolkningen er en krevende balansegang. Kanskje bør det også skilles mellom pasienter vi vet har god helsekompetanse eller god digital helsekompetanse og overlate dem mer til å vurdere selv, mens pasienter med lav helsekompetanse eller dårlige digitale ferdigheter bør prioriteres når de tar kontakt? Også her gjelder at de som trenger det mest skal få mest.

Mange pasienter har en tro på at årlige kontroller er gunstig for å bevare god helse. Vi har dette som en av våre allmenmedisinske «Gjør Kloke Valg»-anbefalinger:

<https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/til-helsepersonell/fagmedisinske-anbefalinger/norsk-forening-for-allmenmedisin/ikke-oppfordre-friske-mennesker-til-regelmessig-helseundersokelse-uten-symptomer-eller-kjent-risikotilstand/>

Unngå å oppfordre friske mennesker til regelmessig helseundersøkelse uten symptomer eller kjent risikotilstand

Helseundersøkelse av friske i betydningen screening for mer enn én sykdom eller risikofaktor genererer diagnoser og kostnader uten å bedre helsen. I følge en kunnskapsoppsummering i 2019 basert på 17 studier og opplysninger om utfall for 251 891 deltakere, reduserer ikke helsesjekk morbiditet eller mortalitet, verken totalt sett eller relatert til kreft eller hjerte- og karsykdom. Det ble heller ikke funnet nedgang i sykehusinnleggelse, funksjonstap, bekymringer, konsultasjoner hos lege eller fravær fra arbeid.

Referanse:

- [Krogstøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub3. Accessed 14 May 2021.](#)

Under kapasitetsbrist nivå 1 er det i momentlisten nevnt å unngå helsekontroller av friske innbyggere og «risikanter». En prioriteringsveileder kan også vise til Gjør Kloke Valg-kampanjen?

Momentlisten er konkret og god, den kunne også inneholdt noe om at NAV kan endre kravet til sykemeldinger eller helseattester (utvidet rett til egenmeldinger)?

Kritisk kapasitetsbrist

Her hadde det vært bedre å vise til betraktningene for alvorlig kapasitetsbrist, og poengtere hvilke prioriteringer som endres/intensiveres ved kritisk svikt. Slik det står nå er formuleringene ganske like og det blir uoversiktlig hvilke endringer som skjer ved kritisk. Alternativt kunne man laget et tabelloppsett.

Vi foreslår å legge til: “Ordinære krav til fastlegers attesting av ulike velferdstilbud som trygdeordninger, fornyelse av blå resepter mm suspenderes.”

Etter kulepunktlisten for kritisk brist er det lagt inn et tredje nivå, med råd som vi tolker slik at man kun skal følge dersom forsvarlighet ikke kan oppnås på andre måter, og særskilt varsel om dette er meldt til statsforvalteren. Vi tolker det som at man ber om tre varslinger til statsforvalter: Først ved alvorlig kapasitetsbrist, dernest ved kritisk kapasitetsbrist, og til sist ved kritisk kapasitetsbrist som overskrider muligheten for forsvarlig behandling. Dette anser som veldig detaljert, de to siste nivåene bør kunne slås sammen (og punktlisten kan innarbeides med listen ovenfor i teksten.). Vi ber om at teksten presiseres slik at det er enklere å forstå hva som menes. Dette bør presiseres tydeligere hvis forståelsen er korrekt.

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Under punktet om alvorlig kapasitetsbrist (fase 1) står det fortsatt at anbefalte konsultasjoner for barn og ungdom 0-20 år i helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør prioriteres. Vi støtter at anbefalte vurderinger gjøres av helsesykepleier, men er trygge på at helsesykepleier vil kunne vurdere og velge ut de barna som har behov for legeundersøkelse i tillegg. Det kan utarbeides enkle sjekklister for dette for å sikre at barn med astma eller tegn til andre sykdommer fanges opp. I veilederen står det f.eks tydelig at alle 1.klassinger skal undersøkes av lege, vi mener at dette ikke riktig prioritering av legeressurser. Forslag til tillegg til første kulepunkt:

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

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

Kommunen må i sin planlegging ta hensyn til at dersom det er samtidig kapasitetssvikt i spesialisthelsetjenesten kan kommunene måtte overta oppgaver som normalt ivaretas i helseforetakene, inkludert eventuell avlastning som er avtalt i lokale samarbeidsavtaler.

Det er uklart hvordan man skal forstå siste kulepunktliste om sykehjemslegenes bidrag i diagnostikk og behandling. Dersom det menes at dette er et nivå man kun kan legge seg på i en situasjon der man har overskredet punkt 2 og forsvarlighetskravet ikke ivaretas, må dette presiseres. Hvis det ikke er dette som menes bør listen innarbeides i foregående liste med tiltak.

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen
leder