



## Norsk anesthesiologisk forening

### Prioriteringsråd under pandemien

Dagens situasjon med korona-pandemi handler dels om å unngå unødig smitteeksponering av helsepersonell og helseinstitusjoner, og dels om å fordele ressurser det potensielt er mangel på. Akkurat nå er intensivkapasitet en av de grunnleggende knapphetsfaktorene helsetjenesten må forholde seg til, og slik NAF ser det snakker vi derfor om rasjonering av denne ressursen. Før vi kommer dit, kan det være hensiktsmessig å vurdere hvordan man skaffer adekvate ressurser til flest mulig, og da gjelder det å forstå hva den grunnleggende kritiske ressursenheten er. Slik NAF ser det er denne enheten "intensivdøgn med forsvarlig bemanning og adekvat utstyr».

Det er mange forhold som kan begrense tilgangen til intensivplass, men det er ikke tvil om at vedvarende behandling av kritisk syke som krever mye ressurser, i seg selv er sterkt begrensende. Man bør derfor finne hensiktsmessige måter å begrense behovet for dette.

Initialt vil rasjonering av helsetjenestetilbud måtte følge flere helt ordinære prinsipper for avgrensning og tilbaketrekking av behandling hos pasienter med begrenset rehabiliteringspotensiale. Ved et massetilstrømningsscenario bør vi støtte opp om en pasienthåndtering som er basert på gode retningslinjer, med et likelydende tilbud til alle, uansett hvor de legges inn. Slik vil kapasiteten i helsetjenesten kunne utnyttes optimalt.<sup>1,2</sup>

Det er ikke tvil om at vedvarende intensivbehandling krever mye ressurser. Man bør derfor finne hensiktsmessige måter å begrense behovet for dette.

Spesifikke kompetansekrav er ikke beskrevet, utover de krav som er knyttet til prioriteringsanbefalingene under. Kompetansekrav til annet intensivpersonell (enn leger) bør defineres av de aktuelle faggrupper.

- Reduksjon av elektive inngrep.  
Risiko for smitteeksponering, behov for re-allokering av nødvendig personell og areal (eks. at anestesipersonell er avsatt til andre oppgaver, at postoperative arealer må avsettes til intensivpasienter etc) bør angis som begrunnelse, slik at dette gir mening. Når det gjelder elektive inngrep med beskjedne krav til postoperativ overvåking vil en reduksjon av dette måtte

---

<sup>1</sup> Surviving Sepsis Campaign Rapid Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019. <https://www.esicm.org/ssc-covid19-guidelines/>

<sup>2</sup> Triage in a pandemic <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/09/covid-19-triage-in-a-pandemic-iseventhornier-than-you-might-think/>



vurderes opp mot et stort etterslep som vil medføre en belastning på helsetjenesten i lang tid fremover.

- Vurdere effekt av de mest ressurskrevende tilbudene

Helsedirektoratets «Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien» angir at dette er et overordnet dokument, og at mer konkrete råd for ulike fagområder vil følge. Prinsippet for prioritering er imidlertid klart; «mest mulig god helse for ressursene brukt i helsetjenesten, rettferdig fordelt.» Det som kan være et poeng i denne situasjonen, og som man bør drøfte, er at

---

man på regionalt nivå vurderer effekter av å begrense de mest avanserte medisinske tilbudene, f.eks, transplantasjonsvirksomhet og ECMO-behandling.

*ECMO-behandling* er et tilbud til pasienter med kritisk respirasjonssvikt eller kritisk sirkulasjonssvikt. Dette er svært ressurskrevende behandling, som anses å være livreddende for en liten gruppe pasienter, men hvor indikasjonsstillingen ofte er gjenstand for diskusjon. Det kan ikke utelukkes at det kan være rimelig å forsøke ECMO på enkelte pasienter, men å opprettholde dette som et ordinært tilbud i forbindelse med pandemien er ikke i tråd med overordnede prioriteringsprinsipper. I et scenario med massetilstrømning av COVID-19 pasienter bør man vurdere følgende:

- 1) ECMO-behandling legger beslag på mer personell og flere liggedøgn enn konvensjonell respiratorbehandling;
- 2) Behandlingen er mindre aktuell for den aldersgruppen som synes å være hardest rammet av COVID-19 pandemien (eldre);
- 3) Et stående tilbud om ECMO-behandling skaper forventninger til at mindre sykehus skal overføre pasienter til regionsykehus som utfører ECMO-behandling, der de i realiteten er teknisk og mannskapsmessig rustet til å håndtere disse pasientene selv, så fremt man beslutter at dette skal skje innenfor rammene av internasjonale retningslinjer;<sup>ii</sup>
- 4) Med mange svært dårlige respiratorsykehus, vil intensiv-transportkapasiteten bli sterkt belastet, og vil som før måtte håndtere mange andre pasientkategorier.

*Transplantasjonsvirksomheten* er en av aktivitetene det er naturlig å vurdere ved prioritering av intensivkapasitet. Dette er svært ressurskrevende virksomhet som beslaglegger anesthesi- og operasjonspersonell, og intensivkapasitet ved både donorsykehus og på Rikshospitalet. Dessuten belastes transportkapasiteten. Man bør forsøke å belyse hvilket samlet prognosetap man påfører potensielle resipienter ved å innføre «pause» i denne virksomheten, og her kan det være hensiktsmessig å vurdere dette samlet og for hvert organsystem for seg selv.

- Livs avsluttende behandling

Den aktuelle situasjonen aktualiserer problemstillinger rundt tilgang til medisinske tilbud for personer i livets slutfase, enten pga høy alder eller alvorlig sykdom. Prognostiske vurderinger er i sin natur usikre. Fra før vet vi f.eks. at prognosen for pasienter med samfunnservert lungebetennelse og akutt organsvikt påvirkes i negativ retning av økende alder, ko-morbiditet



(herunder fysisk skrøpeligheit («frailty»)) og aktuell organsvikt. [1] På gruppenivå lar sannsynligheten for overlevelse seg beregne av validerte skåringsinstrumenter. Aktuelle spørsmål er hvor treffsikre slike instrumenter er på enkelt-pasientnivå, hvilken sannsynlighet for fatalt utkomme eller hvilket tap av livskvalitet som representerer en akseptabel beslutningsterskel for samfunnet.

Alder er derfor seg selv et uegnet kriterium for å begrense adgangen til livsforlengende behandling, og bør kombineres med vurdering av ko-morbiditet og fysisk skrøpeligheit. [2] [3] [4] Slike problemstillinger aktualiserer behovet for at man i hele helsetjenesten er seg bevisst på å drøfte hvilke terapeutiske siktemål man har i møte med pasienter med alvorlig kronisk og akutt sykdom. Dette gjelder ikke minst pasientene selv.<sup>3</sup>

---

- Rehabilitering av COVID-19 pasienter:

Et sterkt underkommunisert behov gjelder rehabilitering av pasienter innlagt i intensivavdeling grunnet alvorlig respirasjonssvikt pga COVID-19. Fra før vet vi at pasienter med akutt lungesviktsyndrom (ARDS) i mer enn halvparten av tilfellene har behov for langvarig oppfølging pga fysiske (lungefunksjon, myopati, nevropati, smerte), emosjonelle (angst, depresjon) og kognitive (nærhukommelse, konsentrasjonsevne) plager, og får sin arbeidsevne sterkt redusert i flere år etter intensivoppholdet. [5] [6, 7] Dette er forhold som man i mange undersøkelser finner at både pasienter og pårørende angir som helt sentrale når effekter helsetjenestetilbudet skal evalueres [8]. Rehabiliteringstilbudet for pasienter innlagt med alvorlig respirasjonssvikt i Norge er allerede fragmentert og lite systematisk. NAF vil advare mot konsekvensene av å svekke dette ytterligere. Man bør heller benytte anledningen til å systematisere og styrke dette tilbudet for den aktuelle pasientgruppen.

## Jon H Laake

*nestleder*

*Norsk anesthesiologisk forening*

### Litteratur:

1. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, et al (2020) The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Med* 46:57–69. doi: 10.1007/s00134-019-058531
2. Levinson M, Mills A, Oldroyd J, et al (2016) The impact of intensive care in a private hospital on patients aged 80 and over: health-related quality of life, functional status and burden versus benefit. *Intern Med J* 46:694–702. doi: 10.1111/imj.13079

---

<sup>3</sup> Rubenfeld G. The coronavirus is a chance to have the end-of-life conversations we need. *The Globe and Mail* (Toronto). 16. mars 2020. <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-the-coronavirus-is-a-chance-to-have-the-end-of-life-conversations-we/>



3. Guidet B, de Lange DW, Flaatten H (2018) Should this elderly patient be admitted to the ICU? *Intensive Care Med* 44:1926–1928. doi: 10.1007/s00134-018-5054-7
4. Guidet B, Vallet H, Boddaert J, et al (2018) Caring for the critically ill patients over 80: a narrative review. *Ann Intensive Care* 8:114–15. doi: 10.1186/s13613-018-0458-7
5. Eakin MN, Patel Y, Mendez-Tellez P, et al (2017) Patients' Outcomes After Acute Respiratory Failure: A Qualitative Study With the PROMIS Framework. *Am J Crit Care* 26:456–465. doi: 10.4037/ajcc2017834
6. Kamdar BB, Sepulveda KA, Chong A, et al (2017) Return to work and lost earnings after acute respiratory distress syndrome: a 5-year prospective, longitudinal study of long-term survivors. *Thorax* 73:thoraxjnl–2017–210217–133. doi: 10.1136/thoraxjnl-2017-210217

- 
7. Brown SM, Wilson EL, Presson AP, et al (2017) Understanding patient outcomes after acute respiratory distress syndrome: identifying subtypes of physical, cognitive and mental health outcomes. *Thorax* thoraxjnl–2017–210337. doi: 10.1136/thoraxjnl-2017-210337
  8. Dinglas VD, Faraone LN, Needham DM (2018) Understanding patient-important outcomes after critical illness: a synthesis of recent qualitative, empirical, and consensus-related studies. *Curr Opin Crit Care* 24:401–409. doi: 10.1097/MCC.0000000000000533