

Betraktninger rundt kapasitetsbegrensning fra Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen

Covid-19 kan i verste fall ramme deler av Norge like hardt som i Italia, og det vil påvirke vår evne til å tilby fullverdig helsehjelp til alle. Det vil da være nødvendig å ha retningslinjer å forholde seg til. Den personlige belastningen ved å gjøre slike valg må gjøres så liten som mulig, og å forholde seg til retningslinjer kan være et slikt verktøy i en vanskelig prosess. Vi må på sikt ta direkte stilling til hvem som skal legges inn og ikke, vel vitende om de konsekvenser dette sannsynligvis har.

På bakgrunn av den kunnskapen vi besitter om COVID-19 på nåværende tidspunkt er det umulig å rangere hvilke pasientgrupper som har størst risiko for et alvorlig forløp. Vi kjenner flere risikofaktorer og kan anta at summen av flere gjør pasienten mer utsatt. Det er likevel ingen av disse som alene kan settes som kriterier for hvorvidt man skal legge inn eller ikke.

Det er nødvendig å gjøre etiske betraktninger nå, i forkant av den jobben vi står overfor.

Legeforeningen har betydelig medisinsk-etisk kompetanse gjennom ressurspersoner i Legeforeningens forskningsenhet og i Rådet for legeetikk – og begge anbefales invitert inn i dette arbeidet, sammen med allmennleger og sykehjemsleger. Vi bør også være i dialog med kliniske etiske komitéer ved sykehus, samt intensiv/anestesileger. Dette vil også kunne sikre tverrfaglighet i vurderingene som gjøres. De vil ha sine retningslinjer som gjelder for de pasientene som allerede er innlagt ved sykehus. Selv om disse ikke er like for populasjonen utenfor sykehus, bør vi ta debatten sammen, og lande på en viss enighet.

Norge har vært et foregangsland i å arbeide systematisk med prioriterings spørsmål i helsetjenesten. Fem offentlige utredninger har vurdert prioritering i helsetjenesten fra 1985 til 2015: Lønning I (1987) og Lønning II (1997), Grund-utvalget (1997) og Norheim-utvalget (2014). I tillegg ble alvorlighetskriteriets plass i prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten utredet av Magnussen-gruppen (2015). Disse arbeidene har i hovedsak tatt for seg prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.

Våren 2017 oppnevnte regjeringen Solberg et utvalg som skulle se på hvordan man best kan prioritere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette la til rette for en bred og solid prosess munnet ut i Blankholm-utvalgets rapport "Det viktigste først" som NFA avga høringsuttalelse til i april 2019

[\(https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Styrets-arbeid/politikk/hoeringsuttalelser/hoeringsuttalelse-til-nou-201816-det-viktigste-forst-blankholm-utvalgets-rapport/\)](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Styrets-arbeid/politikk/hoeringsuttalelser/hoeringsuttalelse-til-nou-201816-det-viktigste-forst-blankholm-utvalgets-rapport/). Vi har gjennom dette arbeidet fått en helhetlig gjennomgang av prioriteringsutfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som i den konkrete, svært så krevende prosessen kan vise seg å være et svært nyttig grunnlagsdokument. Rapporten konkluderer med at tiltak i (spesialist)helsetjenesten som slik det er i dag vurderes ut fra tre prioriteringskriterier:

- nyttekriteriet
- ressurskriteriet
- alvorlighetskriteriet

også kan benyttes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi har dermed mulighet for å vurdere tiltak på en sammenhengende måte gjennom alle nivåene i helsevesenet.

Det blir trolig behov for et nivå mellom de pasientene som klarer seg hjemme under sykdom og de som skal legges inn for mer avansert behandling. Kommunene bør oppfordres til å se på hvordan dette skal løses. En egen avdeling eller enhet for koronasmittede som betjener et visst opptaksområde (bydel, kommune, interkommunalt) vil kunne ivareta pleietrengende pasienter og pasienter som er i behov av lindrende behandling. Dette vil redusere risikoen for smittespredning og øke sykehusenes kapasitet til å ta imot øvrige pasientgrupper. Det er viktig å unngå at smittepresset på sykehusene økes ved at pasienter der behandlingsinnsatsen er bestemt å være begrenset, ikke legges inn i sykehus, men behandles utenfor sykehus. Vi mener forhåndssamtaler/innleggelsessamtaler bør gjøres til rutine ved innleggelse i kommunale institusjoner og samtaler om dette bør også gjøres mellom fastlege og pasient i større grad enn i dag. Kommunale institusjoner må sikre at de har gode rutiner for å gjøre vurderinger om eventuell hjerte/lungeredning (HLR) på en kvalitetssikret måte og ha gode tydelige føringer på dette i fagsystemer.

Det er viktig å avklare behandlingsnivå tidlig i sykdomsforløpet. Smitteavdelingene bør ha gode rutiner på dette ved innleggelse. Pasienter som er samtykkekompetente må få komme med sine ønsker og innspill. De som ikke er samtykkekompetente må det gjøres en vurdering for. Både fastleger og sykehjemsleger er allerede godt trent i å gjøre denne typen vurderinger, men veiledningsmateriell og beskrivelse av beslutningsprosesser bør gjøres enda mer tilgjengelige og enhetlige.

Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin peker altså i denne fasen av korona-epidemien på at det først og fremst er sykehusspesialistene som må høres i hvilke pasientgrupper de skal prioritere for behandling, men akkurat som beskrevet i Blankholmrapporten, kan sykehusenes prioriteringer få konsekvenser for kommunene. Det er viktig at en ser hele helsetjenesten i sammenheng. Vi er forberedt på å komme tilbake med mer konkrete beskrivelser av håndtering av pasientgrupper om det skulle vise seg at intensivkapasiteten mettes og sykehusenes kapasitet overskrides.

Allmennlegene vurderer indikasjon for innleggelse i sykehus av pasienter både med og uten covid-19. Indikasjon for akutt innleggelse ved mistenkt eller bekreftet covid-19 besluttet basert på Helsedirektoratets anbefalte kriterier (1) sammen med klinisk skjønn, vurdering av transporttid til sykehus mm. Samråd med vakthavende lege i sykehus skal alltid vurderes.

Personer i risikogruppe for covid-19 skal både ha god medisinsk oppfølging av sin medisinske tilstand og skjermes mot smitte med SARS-coV-2. Allmennleger og kommuneoverleger bør samarbeide tett om dette.

De allmenn- og samfunnsmedisinske fagmiljøene er sentrale premissgivere for utvikling og justering av kriterier for både sykehusinnleggelse og for praktisk gjennomføring av smittevern i kommunene.

Foreløpig nøyer vi oss i hovedsak med å beskrive ressursdokumenter, - miljøer og metodikk for å sikre best mulig prioritering for hele helsetjenesten.

1. Helsedirektoratet: Allmennleger bør kjenne til kriterier for vurdering av alvorlig syke covid-19-pasienter. (Hentet 02.04.20)
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunehelsetjenesten-og-tannhelsetjenesten/allmennlegetjenesten?malgruppe=undefined>