



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**



**Norsk forening for
Fysikalskmedisin og
Rehabilitering**

INNSPILL TIL PRIORITERINGER VED COVID-19 PANDEMI

Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering (NFFR) ønsker å komme med innspill slik at kapasitet i helsetjenesten kan ivaretas best mulig under koronaepidemien. Vi har sendt mail til alle medlemmene i NFFR og bedt om innspill på videre prioriteringsarbeid. Følgende innspill er laget basert på tilbakemeldingene vi har fått.

Generelt

Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering støtter de sentrale rådene skissert av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet for befolkningen. Disse rådene er imidlertid i stadig endring, så dersom noen av de nedenfor stående innspill avviker fra dette må dette tas høyde for.

Det er viktig at alt prioriteringsarbeid knyttes til vurderinger opp mot gjeldende prioriteringskriterier: nytte, alvorlighet og ressursbruk (se vedlegg). Kliniske etiske komiteer ved de enkelte RHF bør involveres i dette arbeidet.

Alle avdelinger bør utpeke noen ansvarlige som holder seg oppdater ift. sentrale råd med daglig videreformidling til resten av avdelingene og spesielt mtp endringer.

Som en siste, generell betraktning ønsker vi å fremheve at spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering har en kjernekompetanse innen teamledelse og tverrfaglig samarbeid. Vi ser for oss at denne kunnskapen kan bidra positivt inn i det videre arbeidet i denne pandemisituasjon i flere arenaer, ikke kun avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Spesifikke innspill innen fysikalsk medisin og rehabilitering

1) Helsepersonell

Det vil bli behov for omdisponering av helsepersonell

Helseforetakene bør kartlegge både avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus samt de private rehabiliteringsinstitusjonenes personalressurser. Spesialister i



fysikalsk medisin og rehabilitering vil inneha sideutdanning fra forskjellige spesialiteter, mange vil også ha viktig erfaring fra primærhelsetjenesten.

2) Lokalteter/sengekapasitet

Avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) vil være lokalisert på ulikt vis, enkelte steder inne i akutt sykehus mens andre steder utenfor campus og private rehabiliteringsinstitusjoner. Ulik geografisk lokalisasjon kan være en styrke i denne settingen. Uansett lokalisasjon bør elektive innleggelser utsettes på ubestemt tidspunkt for å ivareta behov for akuttsenger.

Våre avdelinger kan bidra til å avlaste både overvåkningsavdelinger og akuttavdelinger ved tidlig i forløpet å tilby seng ved AFMR-er, både for å videreføre medisinsk utredning og behandling, men samtidig starte tidlig spesialisert rehabilitering hos pasienter som ikke er i stand til utskrivelse fra sykehus. Kompetansen vil mange steder særlig være høy mtp nevrologiske problemstillinger og traumatologi.

Poliklinisk drift inkludert gruppetilbud må reduseres/avlyses, eventuelt isoleres til eget bygg. Avdelinger må stenges for besøkende, og det må være ulike innganger til ulike avdelinger/deler av sykehus.

Møterom må oppfylle kriterier for å hindre smittespredning.

3) Pasienter

Det vil være en styrke både for sykehuset generelt og for kommunene med robuste avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehuset. Disse avdelingene vil kunne videreføre den medisinske utredningen og behandlingen parallelt med at viktige rehabiliteringstiltak iverksettes. Det vil også spare kommunene for de mest komplekse pasientene i tidlig fase. Vi er klar over at de ulike AFMR-ene vil ha ulike forutsetninger for det overnevnte, men her vil det være viktig «å tenke utenfor boksen» og se på hva man kan få til i nåværende pandemisituasjon. Enkelte avdelinger vil muligens ha behov for kompetanseøkning samt bedre tilgang på f.eks. supplerende undersøkelser som blodprøvetaking.

Prioriteringer for å opprettholde best mulig rehabiliteringstilbud

Det bør utarbeides skriftlig anbefalinger til alle avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering med tanke på forløpende prioritering av henvisninger og innlagte pasienter. Vi anbefaler en daglig vurdering ved driftsansvarlig overlege i fysikalsk medisin og rehabilitering på sengepost.

Prioriteringene gjøres på bakgrunn av både medisinsk behov, henvisninger som foreligger og status på personalressurser.



Prioritet 1:

Fortsatt behov for å være innlagt i sykehus som følge av komplekse medisinske problemstillinger.

Prioritet 2:

Kan skrives ut ved stort behov for frigjøring av seng.

Prioritet 3:

Kan skrives ut på kort varsel.

God og riktig informasjon til pasienter og pårørende om prioriteringsnivå bør gis fortløpende samt journalføres. På denne måten sikrer man at man raskt kan frigjøre nødvendig kapasitet samt en forsvarlig drift av sengepost ihht ressurser og behov.

Noen **rehabiliteringspasienter** kan ikke utskrives til kommunehelsetjenesten. Den medisinske kompleksiteten må være avgjørende for disse avgjørelsene og tas av spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. Disse pasientgruppene kan for eksempel være store hjerneslag, traumatiske hjerneskade, ryggmargsskade, multitraumer og amputasjoner.

Pasientene som vil ha behov for **høyspesialisert behandling** parallelt med tidlig spesialisert rehabilitering bør prioriteres til spesialiserte rehabiliteringsavdelinger. Overflytting bør skje tidligst mulig i pasientforløpet, optimalt sett direkte fra intensivopphold. På denne måten kan man spare overvåkningskapasiteten sentralt på sykehuset. Dette tilbudet vil sannsynligvis kun være mulig ved utvalgte spesialiserte avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Dersom pasientene ikke kan prioriteres til **spesialiserte rehabiliteringsavdelinger** som følge av pandemisituasjonen er det svært viktig at spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering likevel involveres i forløpet mtp anbefalinger om hvor videre rehabilitering da kan finne sted. Dersom pasienter skrives tidligere ut enn deres medisinskfaglige behov skulle tilsi må dette følges opp via medisinsk avstandsoppfølging om mulig. Disse bør kontaktes på et senere tidspunkt mtp ev. senfasebehov.

Noen pasienter vil bli **skrevet ut til hjemmet** på et tidligere tidspunkt enn normalt og ivaretas av pårørende og kommunale tjenester. Det er viktig at pasient og pårørende får best mulig informasjon om sin situasjon og hvordan ivareta framgang i sin egen rehabiliteringsprosess.

Lungerehabilitering bør oppskaleres da flere pasienter under og etter gjennomgått Covid-19 kan ha behov for et slikt tilbud for å gjenvinne best mulig funksjon.



Fysikalsk medisinske problemstillinger bør også ivaretas så langt det er mulig da dette er en viktig årsak mye lidelse hos den enkelte og medfører store kostnader for samfunnet. Dersom poliklinisk virksomhet ikke er mulig, bør medisinsk avstandsoppfølging gjennomføres.

Medlemmer av NFFR er klar til å bidra i pandemien, både mtp kompetanse, personalressurser og sengekapasitet.

Hilsen styret i Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering ved leder Maja Wilhelmsen.

Vedlegg: **Prioriteringskriterier**

Nyttekriteriet:

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- *overlevelse eller redusert funksjonstap*
- *fysisk eller psykisk funksjonsforbedring*
- *reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag*

Anvendt på gruppenivå skal nytte måles som gode leveår, og kvalitetsjusterte leveår (QALY) skal benyttes som mål på gode leveår.

Alvorlighetskriteriet:

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- *risiko for død eller funksjonstap*
- *graden av fysisk og psykisk funksjonstap*
- *smerter, fysisk eller psykisk ubehag*

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**



**Norsk forening for
Fysikalskmedisin og
Rehabilitering**

Anvendt på gruppenivå kvantifiseres alvorlighet gjennom å måle hvor mange gode leveår som tapes ved fravær av den behandlingen som vurderes, det vil si absolutt prognosetap.

Ressurskriterier:

Ressurskriterier kan best formuleres som «alt annet likt velger man den minst ressurskrevende løsningen»