



HELSEDIREKTORATET  
Postboks 220 Skøyen  
0213  
OSLO

Deres ref.: (360): 20/19148

Vår ref: HSAK202000103

Dato: 16-11-2020

## **Høring: Høring - utkast til anbefalinger om prioritering for intensivbehandling ved kapasitetsbrist**

### **Generelle kommentarer**

Det foreliggende høringsutkastet omhandler viktige og verdiladede spørsmål vedrørende befolkningens rett til livreddende helsehjelp. Det er derfor nødvendig at prosessene fram mot en endelig veileder er transparente, og med bred involvering av berørte parter. Mandatet for dette oppdraget fremgår ikke av høringsutkastet, ei heller hvordan utvalget som har utarbeidet høringsutkastet, er sammensatt. Det bør synliggjøres og publiseres hvilke kompetanse og organisasjoner utvalgsmedlemmene representerer.

Problemstillingen høringsutkastet omhandler er kapasitetsbrist for intensivbehandling. Anbefalingene gjelder i enhver krisesituasjon uansett årsak, hvor det oppstår kapasitetsbrist som gjør det nødvendig å prioritere hvem som skal få intensivbehandling. Helsedirektoratet presiserer at pasienter som ikke prioriteres for intensivbehandling, skal få tilbud om annen helsehjelp, pleie og omsorg. Den viktigste berørte part er pasienter med behov for intensivmedisinsk behandling. Legeforeningen savner en bredere omtale av hele prioriteringskjeden, slik vi allerede nå har fått erfaring for i SARS-CoV-2 pandemien.

I Norge overlever drøyt 8 av 10 kritisk syke pasienter intensivoppholdet (Norsk intensivregister). Dersom vi antar at de fleste av disse ville ha dødd uten intensivbehandling gir dette en absolutt risikoreduksjon (ARR) på 80 prosent. Selv i land med svært høy intensivdødelighet er ARR oftest > 50 prosent. Dette gir «numbers needed to treat» for hele denne pasientpopulasjonen på mellom 1,25 og 2. Få andre behandlingsregimer kan oppvise tilsvarende nytte. De medisinske, menneskelige og økonomiske omkostningene ved et intensivopphold kan imidlertid være betydelige. Et snevert definert nyttebegrep er derfor lite egnet til å opplyse beslutningsprosesser rundt avgrensning av behandling/triagering hos kritisk syke.

I utkastet til veileder er populasjonen «pasienter som under normale omstendigheter ville ha fått tilbud om slik behandling». I det scenarioet vi nå står overfor vil dette i stor grad (men ikke

utelukkende) dreie seg om pasienter med alvorlig covid-19-sykdom. Her vil Legeforeningen bemerke følgende: Fram til midten av juni 2020 ble det registrert ca 220 covid-19-pasienter og drøyt 40 dødsfall i norske intensivenheter. Langt de fleste covid-19 relaterte dødsfall (ca 140) rammet pasienter som ikke var innlagt i sykehus, og mer enn halvparten av dødsfall i sykehus (drøyt 50) rammet pasienter som ikke var innlagt i intensivenhet. Normalsituasjonen synes derfor å være at det foretas en sterk prioritering i alle ledd av helsetjenesten før pasienter anses å være kandidater for intensivmedisinsk behandling. Det er et faktum at flertallet av de som døde tidlig i den norske epidemien ble vurdert til å ikke skulle innlegges i sykehus.

Legeforeningen stiller derfor spørsmål om det foreliggende utkastet til anbefalinger er utformet for å gjelde i hele helsetjenesten, eller om det vil komme en egen anbefaling for primærhelsetjenesten senere. Hvis dette er anbefalinger for hele helsetjenesten har de klare mangler for praktisk anvendelse i kommunehelsetjenesten. Ved kapasitetsbrist for intensivbehandling vil dette straks få direkte konsekvenser for primærhelsetjenesten. Riktig prioritering i primærhelsetjenesten vil bidra til å ivareta intensivkapasitet i sykehus.

Det er derfor nødvendig at anbefalingene beskriver hvordan samarbeidet mellom kommuner og helseforetak skal organiseres for å oppnå riktige prioriteringer og best mulig ressursutnyttelse ved kapasitetsbrist for intensiv behandling.

Dette må innebære konkrete anbefalinger for hvordan fastleger, sykehjemsleger og legevaktleger skal prioritere og når nødvendig i tett dialog med spesialisthelsetjenesten. Dette krever aktiv tilretteleggelse for dialog både i helseforetak og kommunene. Fastlege og sykehjemslege er viktige ressurser for å kunne vurdere pasientens nytte av innleggelser, både for covid-19 og andre sykdommer. Fastlegen og sykehjemslegen vil også kunne vurdere rehabiliteringspotensiale og har ofte god kunnskap om pasientenes verdier og preferanser for behandlingsinnsats ved alvorlig sykdom.

Det bør beskrives hvordan samarbeidet mellom kommuner og helseforetak skal organiseres for å oppnå riktige prioriteringer og best mulig ressursutnyttelse ved kapasitetsbrist for intensiv behandling. Publisering/bekjentgjøring må understøttes i lederlinjen i helseforetak og kommuner.

Anbefalingene ligger i et digitalt format som er enkelt tilgjengelig. Dette kan bidra til god spredning av disse viktige føringene. Vi vil gjerne understreke viktigheten av at anbefalingene både er enkelt søkbare, og at de også enkelt lar seg finne ved å navigere på nettsidene til Helsedirektoratet. I tillegg må de ansvarlige sørge for partene sikre at leger i klinisk arbeid blir gjort kjent med innholdet og hvor dokumentene er publisert.

For øvrig bemerkes at referansen til norsk versjon av Frailty index ikke er korrekt, det er leger ved Haukeland sykehus og ikke legeforeningen som har laget denne.

### **Anbefaling 1: Ved mulig kapasitetsbrist for intensivbehandling bør plan for økt intensivkapasitet iverksettes.**

Veilederen benytter tre kategorier av kapasitet med forskjellige grader av prioritering. En slik kategorisering illustrerer behovet for å prioritere, men er samtidig ikke helt dekkende for de utfordringene vi står overfor. Et realistisk scenario er muligheten for bruk av et stort antall sengeplasser med tilhørende medisinsk teknisk utstyr, men med begrenset tilgang på kompetent

personell. I en slik situasjon må man forvente at kvaliteten vil synke og dødeligheten øke i tråd med at personellressursene strekkes og alternativt helsepersonell må bidra i behandlingen. Avveiningene mellom økt behandlingsskapitet, reduksjon i kvalitet og bærekraft over tid vil være blant de vanskeligste prognostiske og etiske vurderingene slik pandemien ser ut til å utspille seg. Veilederen kan med fordel omtale slike problemstillinger.

## **Anbefaling 2: Intensivpasienter med størst forventet nytte av intensivbehandling bør prioriteres.**

Legeforeningen støtter at høringsutkastet tar utgangspunkt i de gjeldende prioriteringskriteriene.

Vi har noen bemerkninger til inndelingen av pasienter i tre grupper, A, B og C;

Det er ikke redegjort for hvorvidt det eksisterer noe empirisk grunnlag for en slik inndeling eller hvordan helsepersonell skal innrette seg rent praktisk for å gjøre slike prognostiske vurderinger.

Behandlingsbegrensninger basert på inndelingen i tre grupper kan synes å hvile på et implisitt premiss om at den akutte sykdomstilstanden (som medfører behov for intensivmedisinsk behandling) er en interkurrent hendelse, altså løst fra pasientens premorbide tilstand og uten påvirkning på pasientens sykdomsforløp etter intensivoppholdet. Det er imidlertid som kjent verken tilfeldig hvem som utvikler alvorlig sykdom, eller slik at pasienter raskt innhenter sin premorbide livsprognose etter et intensivopphold. Tvert om er prognosetapet ofte betinget i selve intensivoppholdet.

Slike forhold må sees i sammenheng, og vi savner konkrete råd med hensyn til hvordan man bør vektlegge akutt og kronisk sykdom. Når det gjelder covid-19 vil majoriteten av kritisk syke være eldre pasienter med akutt viral pneumoni og ledsagende akutt alvorlig respirasjonssvikt. Majoriteten (i Norge ca 70 prosent) vil ha én eller flere risikofaktorer eller ko-morbide tilstander som vil ha bragt dem i kontakt med helsetjenesten før intensivoppholdet. Respirasjonssvikt ved covid-19 utvikler seg som regel over en periode på flere dager. Ved påvist covid-19 vil derfor mange pasienter ha tid til å reflektere over egen livssituasjon og foreliggende behandlingsalternativer, og det er derfor både mulig og nødvendig at behandlingsansvarlige leger kommuniserer godt med den enkelte pasient om muligheter og begrensninger i behandlingstilbudet.

I prioriteringsforskriften angis det at *«et førende prinsipp [er] at alder ikke er et selvstendig prioriteringskriterium.»* Det er imidlertid godt dokumentert at høy alder på gruppenivå er den viktigste risikofaktoren for alvorlig sykdom og død ved noen sykdommer, for eksempel covid-19. Forøvrig viser vi til at det nylig er publisert to store epidemiologiske studier som angir presist den relative betydningen av ulike risikofaktorer ved covid-19 sykdom i befolkningen generelt, og blant sykehusinnlagte spesielt<sup>12</sup>.

---

<sup>1</sup> Clift AK, Coupland CAC, Keogh RH, et al (2020) Living risk prediction algorithm (QCOVID) for risk of hospital admission and mortality from coronavirus 19 in adults: national derivation and validation cohort study. *BMJ* 371:m3731. doi: 10.1136/bmj.m3731

<sup>2</sup> Knight SR, Ho A, Pius R, et al (2020) Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. *BMJ* 370:m3339. doi: 10.1136/bmj.m3339

En beslutning om å avstå fra intensivmedisinsk behandling bør i så stor utstrekning som mulig ha slike empiriske data som utgangspunkt. Da kommer man ikke utenom at pasientens kronologiske alder veier tungt. Det bemerkes at «clinical frailty scale» (CFS) inntar en mindre fremtredende rolle i ovennevnte risikomodeller. Det britiske Intensive Care Society har imidlertid nylig utgitt egne retningslinjer for å hjelpe klinikere i vurderingen av om pasienter vil ha nytte av intensivmedisinsk behandling. Her fremholdes alder, CFS og ko-morbiditet som de viktigste risikofaktorene<sup>3</sup>. Denne retningslinjen inneholder et infogram som illustrerer betydningen av ulike faktorer, og en god drøfting av viktige fallgruver ved bruk av CFS som seleksjonskriterium: CFS er ikke validert for pasienter yngre enn 65 år og heller ikke for pasienter med stabil funksjonsnedsettelse (varig funksjonshemming som f.eks. medfører hjelpebehov).

Det må også vektlegges at eldre er en svært heterogen gruppe, med tanke på grad av aldring, sykdomsbelastning, organkapasitet, og funksjonsnivå. Et estimat er at en frisk og velfungerende 80-åring i Norge, har en forventet levetid på ytterligere 13 år. Det reflekteres ved at en økende andel av eldre i Norge blir godt over 90 år. En 65-åring kan ha høyere biologisk alder, med betydelig mer sykdomsbelastning og reduserte organreserver, enn en frisk 80-åring. Dette understreker betydningen av konkrete, individuelle og tverrfaglige vurderinger av hvilken type behandling som skal tilbys den enkelte pasient.

### **Anbefaling 3: Beslutningsprosessen for prioritering av intensivbehandling ved kapasitetsbrist bør ledes av ansvarlig overlege ved intensivavdelingen.**

Ved alvorlig kapasitetsbrist vil man dele pasienter inn i tre kategorier etter forventet nytte av intensivbehandling. Det anbeføres at vurderingen bør gjøres i form av et «tett samarbeide mellom ansvarlig overlege ved intensivavdelingen og andre aktuelle medisinskfaglige spesialiteter som har kompetanse på pasientens tilstand», og at «ved uenighet bør endelig beslutning om intensivbehandling tas av ansvarlig overlege ved intensivavdelingen.» Legeforeningen er enig i den endelige plasseringen av ansvar.

### **Anbefaling 4: Forventet nytte av behandlingen av intensivpasienter bør jevnlig evalueres.**

Her anbeføres utvalgte vanlige rutiner for fortløpende vurdering av intensivpasienter. Ved alvorlig ressursvikt må andre vurderinger legges til grunn. Man har da tre hovedprinsipper:

1. «First come, first served» - Dette prinsippet innebærer at den som først er blitt tilbudt en intensivplass, beholder denne inntil man utfra vanlige kriterier velger å avslutte behandlingen eller pasienten blir frisk.
2. Tilbakeholdelse av behandlingstilbud ved økende sykdomsbyrde

– Dette prinsippet innebærer at man konsekvent ikke tilbyr behandling utover et visst nivå. For eksempel slik at kritisk syke pasienter kun tilbys respiratorbehandling og vasoaktive legemidler, og at ingen pasienter vil motta nyreerstattende behandling eller ekstrakorporal sirkulasjon. Et slikt prinsipp

---

<sup>3</sup> Montgomery J, Stokes-Lampard HJ, Griffiths MD, et al (2020) Assessing whether COVID-19 patients will benefit from critical care, and an objective approach to capacity challenges during a pandemic: An Intensive Care Society clinical guideline. *J Intensive Care Soc* 175114372094853. doi: 10.1177/1751143720948537

er rasjonelt fordi det selekterer pasienter med svært alvorlig prognose, og er reelt ressursbesparende. Her vil man også kunne anslå hvor mange tapte liv et slikt tiltak innebærer.

### 3. Loddrekning om gjenværende ressurser. – Tilfeldighetene rår.

I virkeligheten vil en kombinasjon av slike kriterier anvendes. Dette er godt beskrevet i lett tilgjengelig litteratur<sup>456</sup>. Man bør også være oppmerksom på at pasienters og pårørendes preferanser og opplevelse av hva som er «rettferdig» varierer betydelig<sup>7</sup>.

## **Anbefaling 5: Pasienter som ikke prioriteres for intensivbehandling skal tilbys annen helsehjelp.**

Hvis man skulle komme i en situasjon med kapasitetsbrist, må det enkelte sykehus ha gode planer og forståelse av mulige følgekonskvenser for både i akuttmottak og ikke-intensivavdelinger. Slike planer finnes, men ikke overalt. Erfaringer fra topper i sesonginfluensa viser at akuttmottak kan måtte stå i krevende situasjoner hvor mange personer med alvorlig forløp av Covid-19 sammen med øvrige akuttpasienter må prioriteres strengt for innleggelse overhodet. Det må da foreligge planer for involvering av relevant spesialistkompetanse i akuttmottak, inklusive anestesi, og det må foreligge forhåndsavtalte kommunikasjonssløyer med kommunale legevakter og pleie- og omsorgstjenester, hvor personell med rett beslutningskompetanse må være tilgjengelige 24/7. Dette må omtales i veileder.

Videre bør anbefalingene vise til gjeldende lovkrav i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2 om samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, herunder lovbestemte avtaler om *"omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden"*.

Eksisterende nasjonale faglige råd for lindrende behandling og beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling må gjøres godt kjent i alle deler av helsetjenesten.

## **Anbefaling 6: Helseforetak bør ha tilbud til helsepersonell for å håndtere etiske dilemmaer og stress i krisesituasjoner der tjenestenes kapasitet utfordres.**

Amerikanske studier indikerer at fluktuerende tilgang på medikamenter, medisinske engangsprodukter, smittevernutstyr og ulike uforutsette hindringer som hemmer klinikere i deres arbeid og omsorg for pasientene, oppleves som vanskelig lenge før det oppstår kritisk

<sup>4</sup> White DB, Lo B (2020) A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. JAMA 323:1773–1774. doi: 10.1001/jama.2020.5046

<sup>5</sup> Truog RD, Mitchell C, Daley GQ (2020) The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. N Engl J Med 382:1973–1975. doi: 10.1056/NEJMp2005689 Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med 382:2049–2055. doi: 10.1056/NEJMs2005114

<sup>6</sup> Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med 382:2049–2055. doi: 10.1056/NEJMs2005114

<sup>7</sup> Fallucchi F, Faravelli M, Quercia S (2020) Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19: what do people think? Journal of medical ethics 8:medethics–2020–106524. doi: 10.1136/medethics-2020-106524

kapasitetsbrist<sup>8</sup>. Det anbefales derfor at det etableres systemer for å håndtere slike mindre kriser i god tid før kapasitetsbegrensninger gjør seg gjeldende.

Ivaretagelse av helsepersonell i primærhelsetjenesten er ikke tilfredsstillende drøftet i utkastet. En henvisning til en veileder fra KS og Senter for medisinsk etikk ivaretar ikke behovet for hjelp til å håndtere etiske dilemmaer og moralsk stress i eller etter en krisesituasjon for fastleger, legevaktleger, sykehjemsleger og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Det vil ved brist på intensivkapasitet overføres mye ansvar til primærhelsetjenesten, som pr. i dag i for stor grad mangler rammer og vilkår for å håndtere dette på en god måte. Særlig vil leger ofte stå alene om beslutningene, og mangler da system og personell til å bistå med debriefing. Ledelsen i helseforetak har ansvar for å organisere og tilrettelegge tilbud til helsepersonell som har behov. Likeledes burde ansvaret for denne organiseringen og tilretteleggingen i kommunehelsetjenesten beskrives. Legeforeningen vil også bemerke at leger i legevakt er å anse som ansatte arbeidstakere.

Legeforeningen er glad for at vår kollegastøtteordning er omtalt. Dette er en tradisjonsrik og viktig ordning for leger som opplever særskilt yrkesmessig eller personlig stress. Ordningen er imidlertid på ingen måte dimensjonert for utfordringer som vil oppstå ved alvorlig kapasitetssvikt i helsetjenesten. Ansvar for ivaretagelse av personell som utsettes for høy grad av arbeidsmessig og/eller etisk stress ligger i sin helhet på arbeidsgiver, og må planlegges for av den enkelte virksomhets ledelse. Kommunene har som sørge-for part et særlig ansvar for å ivareta ikke bare kommunalt ansatt personell men også avtaletilknyttet personell som fastleger og fysioterapeuter.

Vi velger å vedlegge Norsk anesthesiologisk forening sitt høringssvar, som ytterligere bakgrunn for vårt.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Geir Riise  
Generalsekretær

Kari-Jussie Lønning  
Fagdirektør/lege

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

---

<sup>8</sup> Butler CR, Wong SPY, Wightman AG, O'Hare AM (2020) US Clinicians' Experiences and Perspectives on Resource Limitation and Patient Care During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open 3:e2027315–e2027315. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.27315