

# Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien

25. mars 2020

Notat



## **Bakgrunn**

Verden er i en covid-19 pandemi<sup>1</sup>. I henhold til Folkehelseinstituttets inndeling av epidemier er vi nå i fase 2 de fleste steder i landet. Det er fortsatt usikkert hvordan covid-19 pandemien vil utvikle seg i Norge. Folkehelseinstituttet<sup>i,ii</sup> og Imperial college<sup>iii</sup> har publisert analyser som konkluderer med at pandemien vil prege samfunnet i mange måneder. Målet med alle tiltakene som settes inn, er å slå ned pandemien<sup>2</sup>. Helsetjenesten må være forberedt på at ressursituasjonen i helsetjenesten vil bli utfordret. Det forventes en stor vekst i antall pasienter med covid-19. Samtidig vil befolkningen ha sine vanlige helseutfordringer. Denne situasjonen vil gi ressursknapphet og stille krav til omstilling og krevende prioriteringer. Dette vil innebære å nedprioritere pasienter som kan vente på behandling, det kan redusere kvaliteten på behandlingen, og at noen som i dag får behandling ikke vil få behandling. Målet for helse- og omsorgstjenesten bør være å unngå smittespredning og øke kapasiteten til å ivareta alvorlig syke pasienter.

## **Rammer for notatet**

Målet med notatet er å gi helsepersonell og ledere i helse- og omsorgstjenesten overordnet støtte til krevende prioriteringsbeslutninger. Notatet redegjør for verdigrunnet for prioriteringer og faglige råd i den aktuelle situasjonen.

Notatet er utarbeidet og utgitt av Helsedirektoratet. Det har vært flere korte høringsrunder, hvor Helsedirektoratet har mottatt mange gode innspill fra sektoren, inkludert pasient- og brukerorganisasjoner. Notatet gjelder fra publiseringsdato til Helsedirektoratet kommer med ny informasjon.

Notatet gjelder for den offentlige helse- og omsorgstjenesten i Norge. Private virksomheter som yter tjenester etter avtale med kommune eller helseforetak må forholde seg til anbefalingene i notatet for den delen av virksomheten som omfattes av avtale med offentlig helse- og omsorgstjeneste. Private virksomheter som yter helsetjenester uten avtale med kommune eller helseforetak, omfattes ikke av notatet. Helsemyndighetenes råd vedrørende smitteverntiltak gjelder imidlertid for alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten.

## **Plan for videre arbeid**

Helsetjenesten har i flere høringsinnspill bedt om tydeligere prioriteringsråd, særlig på kritiske fagområder som intensiv medisin, allmennlegetjenesten og omsorgstjenesten. Dette notatet er på et overordnet nivå, men planlegges fulgt opp med mer konkrete råd innenfor ulike fagområder. Helsedirektoratet anerkjenner Legeforeningens arbeid med prioriteringsråd på mange fagområder. Helsedirektoratet vil samarbeide med Legeforeningen og andre profesjonsforeninger, regionale helseforetak, kommunesektoren, bruker- og pasientorganisasjoner, Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet om videre utvikling av prioriteringsrådene.

## **Status for helsetjenesten**

Helsetjenesten responderer på kriser med tiltak på ulike beredskapsnivå: grønn, gul og rød. Spesialisthelsetjenesten og mange kommuner er nå i gul beredskap. For kommunene betyr det for eksempel at tilbud om dag, korttidstilbud og praktisk bistand reduseres, og det omfordelles ressurser mellom tjenestene. For helseforetakene betyr det at planlagt behandling utsettes for å redusere smitterisikoen og være forberedt på behov for økt kapasitet. Både personell og andre ressurser omdisponeres for å kunne behandle pasienter på best mulig måte.

Det er nå store geografiske variasjoner i utbredelsen av covid-19. Tidspunkt for en eventuell overgang til rød beredskap kan bli ulik for ulike kommuner og regioner. Lokal variasjon i utfordringsbildet og organisering, gjør at noen beslutninger kan måtte gjøres lokalt i kommuner og i

---

<sup>1</sup> WHO erklærte Covid-19 pandemi 11/3-20

<sup>2</sup> Målet er en strategi med å "undertrykke" epidemien, ikke bare "bremse" den.

foretak. Helse- og omsorgstilbudet vil trolig kunne variere med geografi og over tid mens pandemien pågår. Rådene som gis i notatet kan være aktuelle i ulike faser av pandemien. Virksomhetsledelsen har ansvar for å vurdere konkret hvilke råd som skal komme til anvendelse når.

Rød beredskap innebærer en ekstrem situasjon, med mobilisering av betydelige ressurser og stor omlegging av drift. I denne fasen vil det være kritisk mangel på kapasitet og prioriteringen av helsehjelp blir strengere. Svært alvorlig syke vil prioriteres, og det kan være nødvendig å stanse andre helsetjenestetilbud (som polikliniske konsultasjoner og innleggelser).

### ***Juridiske utgangspunkter***

Kommunen og de regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester til befolkningen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Pasienter og brukere har tilsvarende rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a og § 2-1b. Dette er også utgangspunktet i en krisesituasjon.

Begrepene "nødvendig" og "forsvarlig" er rettslige standarder. Dette betyr at innholdet i begrepene kan endre seg basert på tilgang på ressurser, utstyr, personell, kompetanse og andre rammebetingelser. Dette gjør at helse- og omsorgstjenestenes plikter, og pasientenes/brukernes rettigheter, vil måtte justeres i en krisesituasjon.

Det kan være nødvendig å gjøre presiseringer i dagens lovverk for å understøtte de prioriteringene som helse- og omsorgstjenesten kan måtte gjøre.

Det kan eksempelvis være behov for å vurdere midlertidige endringer/dispensasjoner i enkelte deler av helselovgivningen for å kunne gjennomføre en strengere prioritering på en effektiv måte og minimere arbeidsbelastningen for helsetjenesten. Dette vil også gjelde når tjenester må omstruktureres og tildelte tjenester må endres.

Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere behovet for endringer og presiseringer i helselovgivningen.

### ***Verdigrunnlag og prioriteringskriterier***

En likeverdig tilgang til helsetjenester er et grunnleggende prinsipp for den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Kriteriene som legges til grunn for prioriteringer er viktige for at fordeling ikke skal skje tilfeldig. Prinsippene for prioritering skal bidra til mest mulig god helse for ressursene brukt i helsetjenesten, rettferdig fordelt.

Stortinget sluttet seg til prinsippene for prioritering som ligger til grunn for spesialisthelsetjenesten gjennom behandling av Prioriteringsmeldingen<sup>iv</sup>. De tre gjeldende prioriteringskriteriene er: **nyttekriteriet**, **ressurskriteriet** og **alvorlighetskriteriet**. I spesialisthelsetjenesteloven framgår det at de regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med prioriteringskriteriene om nytte, ressursbruk og alvorlighet.

I 2018 kom NOU'en om prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste<sup>v</sup>. Overordnet anbefaler den at de samme kriteriene brukes.

De tre kriteriene skal vurderes samlet. Alder er ikke et selvstendig prioriteringskriterium, men vil sammen med andre forhold ha betydning i den helhetlige prioriteringsvurderingen som må gjøres. Kriteriene gjelder for alle pasienter uavhengig av diagnose. Det betyr at også pasienter med covid-19 skal prioriteres etter de samme kriteriene som andre pasienter. Kriteriene må vurderes samlet for hver pasient.

Helsedirektoratet mener at prioriteringskriteriene er særlig viktig i en krisesituasjon. Nasjonal beredskapsplan<sup>vi</sup> drøfter etiske utfordringer ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Tilbud om helsehjelp ved ressursknapphet bør følge de samme prinsipper som ellers. I spesielle situasjoner innebærer det også at utøvende helsepersonell og definerte nøkkelpersoner må prioriteres. Å ikke prioritere helsepersonellet i en slik situasjon ville ramme alvorlig syke pasienter som vil ha stor nytte av bistand fra dette personellet. Dette er i tråd med regjeringens pandemiplan<sup>vii</sup>.

### ***Smittevern og kapasitetsutfordringer***

Tiltakene som anbefales iverksatt i helse og omsorgstjenesten begrunnes ut fra smittevernhensyn og/eller kapasitets hensyn. I førstnevnte tilfelle vil det være særlig viktig å finne gode alternativer, som telefon/videokonsultasjon, mens i sistnevnte er utsettelse eller ikke å gi helsehjelp aktuelt. Smittevern og kapasitets hensyn henger imidlertid sammen og mange tiltak vil derfor begrunnes ut fra begge hensyn.

Folkehelseinstituttet har covid-19 smittevernråd til helsepersonell på sine nettsider<sup>3</sup>.

### ***Generelle råd om helsehjelp***

For å hindre smitte i helse- og omsorgsinstitusjoner, bør pasienter i minst mulig grad fysisk møte opp hos helsetjenesten.

Det må gjøres en individuell medisinsk faglig vurdering av om pasienter skal få helsehjelp under pandemien eller om helsehjelpen kan utsettes til etter pandemien. Vurderingen må ses i sammenheng med kapasiteten.

Konsultasjoner som skal gjennomføres under pandemien vurderes, hovedsakelig av smittevernhensyn, gjennomført via telefon/videokonsultasjon. Der det er mulig skal konsultasjoner, særlig kontroller av pasienter med kroniske lidelser, erstattes av digital hjemmeoppfølging. Dette gjelder alle fagområder.

Pasienter, brukere og pårørende, barn som pårørende bør involveres og ivaretas best mulig innenfor den kapasitet som er til rådighet.

Innenfor eksisterende rammer blir det klinikerne som må ta de endelige prioriteringsbeslutningene. Vanskelige prioriteringsutfordringer på sykehus kan tas opp med de kliniske etikk-komiteene (KEK).

Etiske utfordringer ved avslutning/endring av behandling, skal drøftes i fagmiljøet. Pasientene skal uansett gis lindrende behandling og verdig oppfølging<sup>viii</sup>. Det må planlegges for å sikre en verdig omsorg for døende. Døde skal behandles respektfullt.

### ***Spesialisthelsetjeneste***

#### *Somatisk spesialisthelsetjeneste*

- Pasienter må i størst mulig grad behandles på sitt lokalsykehus. Alvorlig syke pasienter med behov for nødvendig helsehjelp og som ikke kan gis forsvarlig helsehjelp lokalt, skal henvises til et høyere spesialiseringsnivå.
- Planlagte inngrep (innleggelser og dagbehandling) reduseres til et "absolutt nødvendig nivå". Dette må vurderes opp mot det totale behovet for kapasitet, især intensivkapasitet.
- Operasjoner hvor det må benyttes respiratorer eller ha respiratorberedskap, eller hvor pasienten postoperativt sannsynligvis vil få behov for intensiv behandling, må vurderes kritisk.
- Oppmøte til planlagte polikliniske konsultasjoner begrenses til et "absolutt nødvendig nivå" basert på en medisinsk, smittevernfaglig vurdering og kapasitet. Dette gjelder også radiologi.

---

<sup>3</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/>

- Organiserte masseundersøkelser (screening) mot kreft opphører inntil videre.
- Intensivbehandling vil være en av de viktigste mest kritiske begrensende faktorer for behandling av de mest alvorlig syke. Videre arbeid med å konkretisere prioritering av pasienter til intensiv/respiratorbehandling vil blant annet legge til grunn: stadielinndeling av kronisk obstruktiv lungesykdom og kronisk nyresykdom, klassifisering av funksjonsnivå, prognose for hjertesvikt og prognose for levetid for alvorlig syke.
- Sykehusene må være forberedt på å avlaste hverandre.

#### *Psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB)*

- Det polikliniske tjenestetilbudet og dagbehandling bør opprettholdes ut fra en samlet faglig vurdering av risiko, smittevern hensyn og kapasitet. Det bør som hovedregel benyttes telefonkonsultasjon eller videomøter. Oppmøte konsultasjoner må begrenses til kun der det er behov for å ivareta liv og helse.
- For pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse bør det legges til rette for ambulant oppfølging ved for eksempel ACT/FACT team. Planlagte døgninnleggelses innen PHV og TSB kan gjennomføres der det er etablert forsvarlige smittevernrutiner, men bør avgrenses.
- Spesialisthelsetjenesten må samarbeide med kommunen ved utskrivelse fra døgnopphold og ha en økt oppmerksomhet på faren for overdose eller suicid i tiden etter utskrivelse.

#### *Rehabilitering/habilitering*

- Pasienter i et forløp etter nyoppstått betydelig funksjonsnedsettelse og behov for habilitering og rehabilitering prioriteres høyest. Dette kan gjelde pasienter innlagt på grunn av hjerneslag, hjerneskade, ryggmargsskade, multitraume, amputasjon, brannskade, nevrologiske tilstander og andre skade- og sykdomsforløp der manglende rehabilitering kan medføre alvorlig varig funksjonstap. Også noen pasienter i senere faser som har fått ny betydelig funksjonssvikt, bør prioriteres høyt.
- Det er viktig å prioritere oppfølging av pasienter med utfordrende adferd, og der det er aktuelt å bruke tvang og makt. Samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten må sikres for oppfølging av denne pasientgruppen.
- All helsehjelp som medfører fysisk kontakt mellom rehabiliteringspersonalet og pasient, bør utsettes hvis ikke utsettelse vurderes å medføre betydelig funksjonstap. Dette gjelder også habilitering.
- De private rehabiliteringsinstitusjonene kan lokalt vurderes omdisponert til å avhjelpe sykehusene. Dette kan dempe presset på sykehusene ved eventuell eskalering av smitte.

#### ***Kommunal helse- og omsorgstjeneste***

##### *Allmennlegetjeneste og legevakt*

- Fastlegen skal ivareta innbyggere med behov for legetjenester, både som følge av covid-19 og andre akutte og kroniske medisinske tilstander. Nødvendig behandling av akutte tilstander og forverring av alvorlig kronisk sykdom, inkludert palliasjon, skal fortsatt være prioriterte fastlegeoppgave.
- I en situasjon hvor kapasitet i allmennlegetjenesten forverres ytterligere, skal pasienter med behov for akutt og livsnødvendig helsehjelp prioriteres.
- Kommunen må sørge for tilstrekkelig allmennlegebemanning i alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og prioritere personell der behovet er størst. Dette kan medføre behov for rekruttering av fastleger/andre leger med allmenmedisinsk kompetanse til å ivareta funksjoner på legevakt, sykehjem, øyeblikkelig hjelp døgntilbud og i særlig opprettede klinikker for pasienter med mistanke om covid-19. I samarbeid med primærhelsetjenesten i kommunen bør legevakten opprette en enhet for mottak av pasienter som ikke har behov for spesialisert behandling på sykehus, men behov for medisinsk observasjon.

- Det vil kunne bli behov for økt kapasitet på fastlegekontor og legevakt for å bistå i behandlingen av pasienter med alvorlige sykdomsforløp og betydelig komorbiditet. Det vil kreve tilstrekkelig med støttepersonell. Opplæring av annet helsepersonell til å utføre oppgaver delegert fra fastleger/allmennleger bør iverksettes.

#### *Fylkeskommunal tannhelsetjeneste*

- Befolkningen vil ha behov for tilgang til akutt nødvendig tannhelsehjelp. Annen tannbehandling skal utsettes der det er faglig forsvarlig.

#### *Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*

- Alle nyfødte skal følges opp med tilpasset kontaktform for mor og barn. Anbefalte konsultasjoner bør opprettholdes<sup>x</sup>.
- 6 ukers konsultasjon med lege og helsesykepleier gjennomføres.
- Barnevaksinasjonsprogrammet skal gjennomføres.
- Barn og unge med spesielle behov eller familier det er bekymring for, skal følges opp.
- Ved stenging av skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom må elever det er bekymring for sikres oppfølging med helsesykepleier eller annet helsepersonell per telefon eller ved å møtes ute.

#### *Gravide/svangerskapsomsorg*

- Anbefalte svangerskapskonsultasjoner for gravide skal prioriteres<sup>x</sup>.
- Gravide Rh-negative kvinner må få profylakse og nødvendig oppfølging.
- Det skal gis prioritet til gravide som har påvist sykdom eller er i risiko for å utvikle sykdom eller skade for seg selv og fosteret eller barnet på sikt. Gravide hvor det er usikkerhet om fosterets trivsel og vekst skal prioriteres.
- Konsultasjoner som sikrer at barselkvinner og nyfødte får forsvarlig oppfølging etter fødsel skal prioriteres.

#### *Institusjon (sykehjem, omsorgsbolig) og hjemmetjenester*

- Kommunal helse- og omsorgstjeneste må planlegge for å ta imot flere pasienter fra sykehus. Pasienter som skrives ut fra sykehus før de er ferdig med behandlingen skal i samarbeid med kommunen sikres god medisinsk faglig oppfølging uavhengig av diagnose og alder.
- Det må påregnes å måtte prioritere i forhold til omfang og type helse- og omsorgstjenester som skal tilbys pasientene i sykehjem og brukerne av hjemmetjenester.
- Pasienter i sykehjem som blir syke med covid-19 bør behandles i sykehjemmet og ikke innlegges i sykehus med mindre det er særlig tungtveiende grunner for at innleggelse i sykehus åpenbart vil forlenge livet vesentlig og gi økt livskvalitet.
- Pasienter som allerede er innlagt i sykehjem, vil i de fleste tilfeller være best tjent med å bli i sykehjemmet. Disse pasientene bør i de fleste situasjoner kunne få tilnærmet den samme behandlingen i sykehjemmet som de ville fått på sykehus.
- Personer med alvorlig sykdom i livets slutfase må sikres god lindrende behandling og omsorg som ivaretar verdigheten til pasienten og de pårørende. Der dette ikke kan ivaretas i eget hjem, må pasienten legges inn i kommunal institusjon eller lokalsykehus.
- Hvis tilbud om praktisk bistand, dagsenter, aktivitetstiltak og lignende nedtrappes eller stenges må kommunen sikre tett dialog med bruker og pårørende om situasjonen. Hvis pårørende får større omsorgsoppgaver, må kommunen trygge dem i denne situasjonen.
- Det bør vurderes bruk av frivillige organisasjoner til nødvendig oppfølging av enkelte oppgaver.

### ***Psykisk helsetjeneste og rusomsorg***

- Lavterskeltilbud i kommunene for brukere med alvorlige rusmiddelproblemer eller psykisk lidelser bør opprettholdes for å gi tilbud til de mest sårbare personene og for å avdekke alvorlig sykdomsutvikling. Forekomst av selvmordsproblematikk, psykoseutvikling og akutte stressreaksjoner kan øke i krisetider.
- For brukere med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse bør det legges til rette for ambulant oppfølging i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, som for eksempel ved ACT/FACT team.

### ***Samhandling mellom tjenestenivå***

- Den enkelte kommune må sikre et tett samarbeid med lokalsykehuset om akutte og planlagte innleggelser og utskrivning av pasienter. Det må etableres samhandlingskanaler med rask 24/7 respons fra begge parter.
- Kommunene må forberede seg på raskt å kunne ta imot pasienter utskrevet fra sykehus. De kommunale øyeblikkelighjelp plassene må utvides i antall og forsterkes med riktig kompetanse.
- Spesialisthelsetjenesten må være lett tilgjengelig for rådgivning til kommunene i håndtering av akutt syke pasienter. Mulighet for å unngå innleggelse på sykehus, sammenholdt med kommunens mulighet for å ivareta pasientene, bør vurderes i hvert enkelt tilfelle.

## Vedlegg 1

### Tekstlig beskrivelse av prioriteringskriteriene

(Fra: Meld. St. 34 (2015–2016) – Verdier i pasientens helsetjeneste )

Prioriteringsmeldingen grupperer beslutninger i helsetjenesten i fire nivåer: kliniske-, gruppe-, administrative- og politiske-beslutninger. Meldingen sier at de samme prioriteringskriteriene skal brukes i beslutningssituasjoner på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten.

#### *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 tiltaket øker sannsynligheten for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- økt fysisk, psykisk og sosial mestring (NOU Blankholmvalget)

#### *Ressurskriteriet*

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

#### *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 eller psykisk funksjonstap
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- graden av fysisk, psykisk og sosial mestring.

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet.

Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket/helsehjelpen.

#### *Samlet vurdering av kriteriene*

Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav.

---

#### Referanser:

<sup>i</sup> COVID-19-EPIDEMIEN: Risikovurdering og respons i Norge Versjon 3 Utbruddsgruppa ved Folkehelseinstituttet, 12.03.2020

<sup>ii</sup> COVID-19-EPIDEMIEN: Risiko, prognose og respons i Norge etter uke 12. Folkehelseinstituttet, 24.03.2020

<sup>iii</sup> Ferguson et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. 16. March 2020

<sup>iv</sup> (Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – melding om prioritering) i 2016, jf. Innst. 57 S 2016-2017

<sup>v</sup> NOU 2018:16 Det viktigste først

<sup>vi</sup> Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. HOD. 2019

<sup>vii</sup> Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa, 2014

<sup>viii</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

<sup>ix</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

<sup>x</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>