

Den norske legeforening



Legeforeningens erfaringsrapport om covid-19

Her følger innspill til *Legeforeningens erfaringsrapport om covid-19* fra Norsk anesthesiologisk forening.

Manglende beredskap og planlegging

Covid-19 var en forventet hendelse. Selv om det de fleste så for seg var en pandemisk influensa har covid-19 pandemien klare fellestrekk med forventede scenarier. I 2009 fikk vi et forvarsel med svineinfluensa-pandemien. Etter dette ble det utarbeidet planer for hvordan man skulle forberede seg på, og respondere, ved senere pandemier. Dette ble i liten grad fulgt opp med konkrete tiltak i form av beredskapslagre, fysiske kapasiteter, og kompetanseutvikling, slik at vi stod like uforberedt som for 11 år siden da covid-19 pandemien var et faktum. Vi kan så langt ikke se at noen av de ansvarlige offentlig har reflektert over sin egen unnfalighet.

Intensivkapasitet

Det har vært påpekt flere ganger at norsk intensivkapasitet er beskjedent sammenliknet med andre europeiske land. Dette har skjedd i internasjonale vitenskapelige publikasjoner, [1][2] og i offentlige dokumenter og utredninger, senest detaljert i en rapport om regional intensivkapasitet utfordring på vegne av de regionale helseforetakene. [3][4] Likefullt ble Stortinget feilinformert om tilgjengelig intensivkapasitet den 10. mars d.å. Årsaken er trolig at departementet baserte seg på tall fra Helsedirektoratet, som i sin tur hadde innhentet et estimat fra leder av Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin (CBRNE-senteret) ved Ullevål sykehus (vedlagt). Hvorfor Direktoratet valgte et «*behandlingssenter for personskader forårsaket av særlig farlige kjemiske stoffer, giftig røyk, radioaktiv stråling og biologiske smittestoffer*» som kilde til data om norsk intensivkapasitet fremstår som nokså gåtefullt. De regionale helseforetakene og Norsk intensivregister har bedre oversikt.

Regional intensivorganisering og ko-ordinering

Våren 2020 tok det tid å få på plass regional ko-ordinering av intensiveneheter, noe som burde ligge i planverket. På grunn av ujevn pasienttilstrømning var behovet størst i Helse Sør-Øst. Ved massetilstrømning av kritisk syke pasienter med smittsom sykdom vil dette utfordre både kapasiteten på det enkelte sykehus og kapasiteten til å transportere slike pasienter mellom sykehusene.

Gitt gode retningslinjer for behandling av koronapasienter - som er sanksjonert av myndighetene - bør det i prinsippet være ukontroversielt at pasientene behandles der de først tas imot. Dette vil spare transportkapasitet til de mest kritiske oppdragene. Dette forutsetter at sykehusene har personell som i) er trent i å følge slike retningslinjer, og ii) har erfaring med å håndtere pasienter med alvorlig respirasjonssvikt.

Samlet dødelighet i norske intensiveneheter våren 2020 var i underkant av 20 prosent. Dette er gledelig lavt i internasjonal sammenheng. Men er en viss variasjon sykehusene imellom,

selv om tallene er små og usikkerheten rundt estimatene stor. Det er trolig lettere å gjennomføre denne type intensivbehandling på sykehus som til vanlig har et større volum av slike pasienter. Det er i denne sammenheng verdt å merke seg at den initiale håndteringen (første døgn) av pasienter med akutt alvorlig respirasjonssvikt trolig er med på å bestemme behandlingsresultatet.[5] Dersom kritisk syke smitteførende pasienter skal flyttes mellom sykehusene forutsetter dette at transportkapasiteten (intensivambulanser) oppjusteres.

Personell

Norske intensivenheter må styrkes vesentlig for å kunne håndtere økende smittetall. Først og fremst trengs det en umiddelbar og varig styrking av bemanningen i våre intensivenheter. Det må opprettes flere utdanningsstillinger for anestesileger og det må opprettes flere utdanningsplasser for intensivsykepleiere. Kortsiktige løsninger i form av korte kurs for ikke-intensivmedisinsk personell er noe vi mener er en dårlig og lite bærekraftig løsning.

Anestesileger utgjør hovedtyngden av den medisinskfaglige kompetansen i norske intensivenheter, og erfarne anestesileger som vanligvis arbeider på sykehusenes operasjonsstuer representerer den viktigste medisinskfaglige reserven ved massetilstrømning av kritisk syke. Disse vil ha et beskjedent behov for opplæring for å kunne håndtere koronapasienter. Slike spesialister vil kunne avløses fra sine ordinære gjøremål på operasjonsstuene dersom man sørger for å opprette nye utdanningsstillinger for anestesileger. På denne måten vil man kunne unngå at håndtering av koronapasienter i uforholdsmessig grad går ut over annen aktivitet.

Intensivsykepleiere utgjør den sykepleiefaglige spesialkompetansen i våre intensivenheter. Intensivsykepleierutdanningen er i år styrket med totalt 39 studieplasser (landsbasis). Dette er alt for lite til å dekke behovet ved økt pasienttilstrømning. Dersom antallet studieplasser var gjort vesentlig større ville slike studenter ha et nesten halvgått studieforløp ved en smittetopp kommende april. Slik vil dette også sikre intensivenhetene varig tilførsel av personell med riktig kompetanse.

I år har de regionale helseforetakene gitt sykehusene i oppdrag å legge til rette for mottak av et stort antall koronapasienter. Tilbakemeldinger fra våre medlemmer, inklusive ledende personell ved store sykehus, er at forventningene fra de regionale helseforetakene ikke er realistiske, og at den viktigste knapphetsfaktoren er kvalifisert personell.

Smittevern

Vi savner en oversikt over helsepersonell som er påført smitte under pandemien, og er bekymret for at smitte som har oppstått under pasientbehandling er underrapportert i Norge. Særlig i første fase av pandemien oppstod det smitte fra pasienter til helsepersonell pga dårlig forberedte isolasjonsposter, manglende tilgang til, eller bruk av, smittevernutstyr etc.

Smittevernutstyr

Nesten alt medisinsk utstyr som trengs innen smittevern har lang levetid. Det er likevel slik at man unnlot å sette av midler for å bygge opp større lagre av smittevernutstyr i perioden etter 2009. Et forslag om å ha lagre for fem års ordinært forbruk ble nedskalert til at lageret skulle kunne vare i åtte uker. Ved OUS skjedde dette ca 2013-2014, men er vanskelig å dokumentere fordi sentrale personer ikke vil uttale seg. Det foreligger imidlertid en metoderapport fra 2015 som beskriver utfordringene godt. Det bør være mulig å spore hvilke tiltak som ble iverksatt etter denne. (<https://www.helse-sorost.no/Documents/Helsefaglig/Beredskap/Dokumenter/Rapport%20ROS-%20og%20beredskapsanalyse%20forsyning%20av%20medisinsk%20utstyr.pdf>)

Teknisk utstyr

Nødrespiratorer

Statsminister Erna Solberg presenterte 31/3 regjeringens avtale om kjøp av 1000 «nød-respiratorer», utviklet av Laerdal Medical og Servi AS. Samtidig gikk det ut en pressemelding fra de to selskapene. Her står det:

*«På rekordtid har Laerdal Medical og Servi AS, et selskap i Ferd-gruppen, utviklet en ny nød-respirator (pustemaskin) for **intensiv- behandling av COVID-19 pasienter**. Forsvarets Forskningsinstitutt og Edge Medical Technologies har også gitt viktige bidrag til prosjektet. Produktet er basert på Laerdal's kjente puste-ballong. Det kan levere 100% oxygenanriket luft, har ventiler og alarmer som sikrer mot for høyt trykk, samt en ventil som kan stilles inn på ønsket mottrykk ved slutten av pasientens utånding for bedre lungefunksjon. En elektronisk drevet step-motor sørger for at en «kunstig hånd» klemmer sammen Laerdal-ballongen slik at den leverer eksakt ønsket pustevolum og pustetakt.»*

Styret i Norsk anesthesiologisk forening har offentlig karakterisert dette som en svært dårlig løsning som vi ikke tror svarer på de utfordringene norske intensivavdelinger står overfor ved massetilstrømming av COVID-19 pasienter. Som med all annen teknisk apparatur eller annen medisinsk intervensjon er det den som markedsfører et produkt som har ansvar for å dokumentere at dette kan brukes i behandlingen av syke mennesker. Det gjelder særlig ved livstruende tilstander. I høst kom det frem at disse innretningene fortsatt ikke er levert til Helse Sør-Øst (<https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/regjeringens-nodrespiratorer-fortsatt-ikke-levert-1.1773480>), og at kostnadene ved anskaffelsen har vært et sted mellom 75-100 millioner kroner. Vi mener disse midlene kunne vært bedre anvendt.

Intensivrespiratorer

Det er kjøpt inn flere intensivrespiratorer. Imidlertid har det vært uklart om tall som oppgis fra Helseforetakene innbefatter avanserte transportrespiratorer og eldre respiratorer som skulle vært byttet ut, men som nå beholdes i drift for å øke totalantallet. Det har også vært vanskelig å få klarhet i hvor mange respiratorer som faktisk er levert. De regionale helseforetakene kunne enkelt ha løst dette ved å gjøre tilgjengelig en liste med oversikt over tilgjengelig utstyr. Man kunne også ha hatt et beredskapslager av intensivrespiratorer som del av den planlagte beredskapen etter pandemien i 2009.

Retningslinjer for pasientbehandling

I NRK's Debatten den 3. mars uttalte Helsedirektøren at Direktoratet ville vurdere å gi sin tilslutning til evidensbaserte retningslinjer for behandling av pasienter med ARDS og sepsis.[6][7][8](<https://www.nrk.no/norge/tror-vi-kan-fa-lignende-koronasituasjon-som-italia-1.14927884> 27:50 forts) Imidlertid har ikke Helsedirektoratet på noe tidspunkt under pandemien gitt sin offisielle tilslutning til slike retningslinjer. Etter at pandemien var et faktum er det tilkommet retningslinjer som er tilpasset pasienter med covid-19, [9][10][11][12] men fortsatt har ikke Direktoratet gitt sin tilslutning til slike. Dette er uheldig fordi slike retningslinjer både gir legitimitet til, og veiledning i, behandling av kritisk syke pasienter.

Forskning og fagutvikling

Det er grunn til å peke på at norsk intensivmedisin har tatt store løft i forbindelse med pandemien, og at dødeligheten i norske intensivenheter har vært lav. Norsk intensivmedisinsk forskning er imidlertid underfinansiert. Ved Forskningsrådets ekstraordinære tildeling av midler til forskning under pandemien ble de intensivmedisinske

fagmiljøene tildelt midler til bl.a. oppfølgingsstudier av covid-19 pasienter (livskvalitet o.a.), men det ikke avsatt midler til klinisk forskning på intensivmedisinske intervensjoner (respiratorbehandling o.a.). Derimot ble det avsatt svært store midler til legemiddelforsøk (WHO-Solidarity) og til en rekke andre studier som ikke direkte berører pasientbehandlingen.

Rehabilitering

Pasienter som har vært inneliggende i intensivavdeling pga covid-19 har stor risiko for varig nedsatt funksjonsevne, og vil trolig profitere på snarlig rehabilitering etter utskrivelse fra sykehus.[13, 14] NAF er dessverre kjent med at en stor andel pasienter ikke har mottatt tilbud om rehabilitering etter sykehusoppholdet. Det arbeides med å skaffe fullstendig oversikt over dette.

Helse Sør-Østs *Fagråd for rehabilitering* har utarbeidet en rapport som beskriver et pasientforløp for rehabilitering av pasienter med covid-19 (<https://www.helse-sorost.no/nyheter/bedre-rehabiliteringstilbud-til-covid-19-pasientene>), og i mai etablerte Sunnaas sykehus tilbud om rehabilitering av covid-19 pasienter. Rehabilitering av slike pasienter har også vært utført på LHL-sykehuset, Cato-senteret og på Kysthospitalet i Stavern. Det foreligger imidlertid ingen regionale eller nasjonale føringer som gjør at covid-19 pasienter fanges opp slik at alle sikres rehabiliteringstilbud.

Det er også uklart i hvilken grad rehabilitering av covid-19 pasienter har blitt iverksatt mens pasientene fortsatt er inneliggende i sykehusene.

Legeforeningens arbeid under pandemien

Legeforeningens ledelse har vært lite synlig under pandemien.

Legeforeningens medisinskfaglige rådgivningsgruppe Sars-CoV-2 har levert helsefaglige råd til Legeforeningens sekretariat, og dette har i stor grad blitt videreformidlet til helsemyndighetene. NAFs inntrykk er at de ulike foreningsleddene har lagt mye arbeid i dette. Det er gledelig at helsemyndighetene innhenter faglige råd, men det kan problematiseres som prinsipielt betenkelig at myndighetene på denne måten har skaffet seg gratis konsulenttenester. Legeforeningen inntar på denne måten en underordnet rådgiverfunksjon uten reell makt i spørsmål av stor betydning for våre medlemmer. I andre sammenhenger har NAF opplevd å bli aktiv utestengt fra utredningsarbeid der vi mener vi burde ha vært en premissleverandør (prioritering ved kapasitetsbrist i landets intensivenheter).

Mht arbeidet med vaksineprioriteringer har NAF fått informasjon som indikerer at Legeforeningens ledelse har vært involvert i dette arbeidet i forkant av at den såkalte «etikkgruppens» prioriteringer ble lagt fram. Vi har ikke fått dette bekreftet av politisk leddelse, men Legeforeningens president var tilstede da «etikkgruppens» prioriteringer ble presentert. NAF kan ikke se at berørte foreningsledd har blitt konsultert i forkant av at Legeforeningen ga sin tilslutning til prioriteringen. NAF har derfor på eget initiativ tatt til orde for en annen prioritering, og har i korrespondanse med Folkehelseinstituttet fått støtte fra flere andre fagmedisinske foreninger i dette. NAF finner grunn til å beklage presidentskapets opptreden.

Oslo 1. desember 2020

Jon Henrik Laake

Leder

Norsk anesthesiologisk forening

Referanser

1. Laake JH, Dybwik K, Flaatten H, et al (2009) Impact of the post-World War II generation on intensive care needs in Norway. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2009.02170.x>
2. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, et al (2012) The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intens Care Med* 38:1647–1653. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2627-8>
3. (DSB) D for samfunnssikkerhet og beredskap (2010) Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)
4. S F, B N, P K Regional intensivutredning 2019
5. Needham DM, Yang T, Dinglas VD, et al (2015) Timing of low tidal volume ventilation and intensive care unit mortality in acute respiratory distress syndrome. A prospective cohort study. *American journal of respiratory and critical care medicine* 191:177–185. <https://doi.org/10.1164/rccm.201409-1598oc>
6. Claesson J, Freundlich M, Gunnarsson I, et al (2015) Scandinavian clinical practice guideline on mechanical ventilation in adults with the acute respiratory distress syndrome. *Acta Anaesth Scand* 59:286–297. <https://doi.org/10.1111/aas.12449>
7. Fan E, Sorbo LD, Goligher EC, et al (2017) An Official American Thoracic Society/European Society of Intensive Care Medicine/Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guideline: Mechanical Ventilation in Adult Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome.
8. Sorbo LD, Goligher EC, McAuley DF, et al (2017) Mechanical Ventilation in Adults with Acute Respiratory Distress Syndrome. Summary of the Experimental Evidence for the Clinical Practice Guideline. *Annals of the American Thoracic Society* 14:S261–S270. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201704-345ot>
9. Rochwerg B, Agoritsas T, Lamontagne F, et al (2020) A living WHO guideline on drugs for covid-19. *Bmj* 370:m3379. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3379>
10. Aziz S, Arabi YM, Alhazzani W, et al (2020) Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines.
11. Alhazzani W, Bellef-Cote E, Møller MH, et al (2020) Neuromuscular blockade in patients with ARDS: a rapid practice guideline. *Intens Care Med* 46:1977–1986. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06227-8>
12. Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, et al (2020) Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive care medicine* 44:1691–34. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-5>
13. Korupolu R, Francisco G, Levin H, Needham D (2020) Rehabilitation of critically ill COVID-19 survivors. *J Int Soc Phys Rehabilitation Medicine* 3:45. https://doi.org/10.4103/jisprm.jisprm_8_20

14. Hosey MM, Needham DM (2020) Survivorship after COVID-19 ICU stay. *Nat Rev Dis Primers* 6:60. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0201-1>