

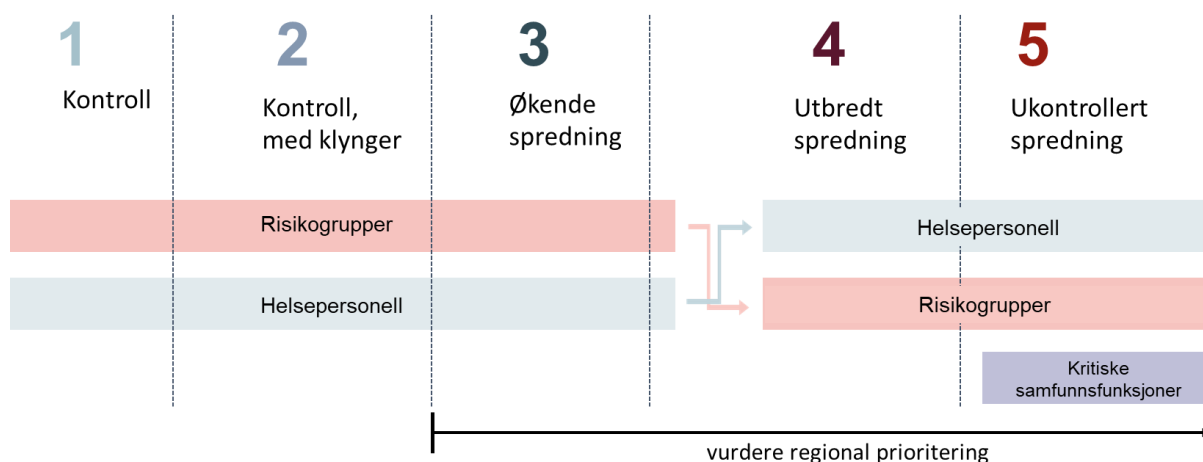
# Mulige kriterier for å prioritere mellom helsepersonellgrupper i primærhelsetjenesten

29.12.2020

## Bakgrunn

FHI har gitt råd til regjeringen om hvilke grupper som skal anbefales vaksinasjon og i hvilken rekkefølge i den perioden det er mangel på vaksine. Rådene fra FHI inneholder et forslag om dynamisk prioritering etter smittesituasjon. Dette innebærer bl.a. at noen funksjoner i helsevesenet vil kunne prioriteres høyere, dersom smittetrykket øker (se figur 1). Dette gjelder både for spesialisthelsetjenesten og for primærhelsetjenesten. For å være forberedt på et slikt scenario vil FHI planlegge for en mulig situasjon hvor noen ansatte i helsevesenet vil være blant de første som skal vaksineres. En slik prioritering av helsepersonell vil innebære at utvalgte grupper av helsepersonell vaksineres samtidig med de høyest prioriterte risikogruppene.

FHI har derfor gjennomført møter med RHFene for å kartlegge kritisk nødvendig kapasitet i spesialisthelsetjenesten og med representanter for Legeforeningen, NSF, KS og kommunerepresentanter, for å kartlegge kritisk nødvendig kapasitet i primærhelsetjenesten og for å utvikle en prioriterings-prosess som kan implementeres nå.



**Figur 1.** Dynamisk prioritering etter smittenivå

## Risikovurdering

Folkehelseinstituttet har allerede anbefalt for regjeringen at helsepersonell prioriteres for koronavaksinasjon, men etter risikogruppene, altså beboere på sykehjem og de eldre. Imidlertid har FHI også anbefalt at rekkefølgen kan justeres dersom det blir mer smitte, altså ved risikonivå 4 (figur 1).

Folkehelseinstituttet vurderer at det er betydelig fare de fire neste ukene for mange nye lokale utbrudd og regional økning. Grunnen til dette er blant annet den betydelige reisingen og økte sosiale

kontakten i jule- og nyttårshelgene.<sup>1</sup> FHI er også bekymret for importsmitte og mutasjoner av viruset som medfører økt smittsomhet.

Risikovurderingen kan endre seg raskt, men planlegging for vaksinerer tar lang tid. Det vil ikke være enkelt i januar, like før eller etter vaksinasjonsstart, å endre på rekkefølgen.

**Dermed kan det være fornuftig allerede nå å forberede vaksinerer av de høyest prioriterte helsepersonellgruppene samtidig med de eldste i befolkningen, altså ved første vaksineforsendelse.**

## Foreslåtte kriterier

De overordnede målene for vaksinasjonsprogrammet er å redusere alvorlig sykdom og død samt å opprettholde essensielle tjenester. Disse målene bør gjenspeiles i prioriteringer, også mellom helsepersonell. Dessuten må det tas høyde for forskjell i struktur og bemanning mellom ulike geografiske områder, noe som gjør det nødvendig at kommunene må vurdere selv hvordan prioriteringskriteriene kan anvendes i den lokale konteksten. Det foreslås derfor ikke en endelig liste med funksjoner eller stillingskoder, men FHI anbefaler at kommuneoverlegene tas med i utarbeidelsen av de lokale medisinskfaglige prioriteringene i kommunene.

## Andre kriterier

### Lokal smittesituasjon

Smitterisiko for helsepersonellet påvirkes av smittenivået i nærområdet. Smittenivået rundt i landet varierer betydelig, men kan også forandre seg raskt. Det er derfor vanskelig å bruke fylkenes risikonivå som kriterium. FHI anbefaler derfor at en eventuell prioritering av helsepersonell skjer samtidig i hele landet ut fra et føre-var-prinsipp.

### Indirekte beskyttelse av pasientene

På det nåværende tidspunkt foreslår FHI ikke indirekte beskyttelse for pasientene som et kriterium. Dette innebærer at nærkontakt med personer som har høy risiko for alvorlig sykdomsforløp og død ikke er et tilstrekkelig kriterium for tidlig prioritering. Bakgrunnen er at vi ennå ikke vet i hvilken grad vaksinerer påvirker smittsomhet. Dersom vaksinerer seinere viser seg å ha en slik effekt, vil det kunne påvirke vurderingen.

## Geografisk fordeling av vaksine-doser

På grunn av den meget krevende logistikken som en vaksine med krav til ultrakjølekjede medfører, må utsendelse, pakking og fordeling av vaksinedosene planlegges i god tid. FHI legger til grunn en fordelingsnøkkel som inkluderer den geografiske fordelingen av befolkningen i prioriterte grupper, basert på deres andel av totalbefolkningen. Modellen tar høyde for at tett bebodde områder får tilsvarende flere vaksinedoser. Fordelingsnøgkelen beregnes på kommunenivå og aggregeres til opptaksområder for de desentraliserte lagringsstedene for vaksinen. Metoden kan gi nøyaktige tall for fordelingen av risikogrupper per kommune, men kan ikke ta høyde for den geografiske fordelingen av helsepersonell per kommune. FHI foreslår likevel at fordelingsnøgkelen anvendes

---

<sup>1</sup> <https://www.fhi.no/nyheter/2020/risikovurdering-forste-halvar-2021/>

uansett prioriteringsrekkefølge for å kunne sikre en forutsigbar fordeling av doser og gjøre det lettere for distributørene å planlegge utsendelsen. Forslaget innebærer at kommunene vil få tildelt en kvote av doser til helsepersonell, som fordeles lokalt i tråd med prioriteringskriteriene som er beskrevet ovenfor.

## Prosess

Etter en diskusjon mellom Legeforeningen, NSF, KS og Legeforeningen har FHI lagt frem et utkast til et notat som alle de tre organisasjonene har gitt skriftlig innspill til (se vedlegg). Denne reviderte versjonen av notatet tar med seg innspillene. Nedenfor beskriver vi vurderingene som ligger til grunn for FHIs anbefalinger.

1. En prioritering av helsepersonell i primærhelsetjenesten må ha et klart formål, særlig når alternativkostnaden av å vaksinere helsepersonell er at risikogrupper må vaksineres senere.
2. Det anbefales at sikring av kapasitet i essensielle tjenester med personell som er **kritisk vanskelig å erstatte** i tilfelle isolering / karantene er målsettingen som skal oppnås ved prioritering i første omgang. Dette er personell som det finnes få av og som har spesialisert kompetanse, og som er vanskelig å skaffe eller erstatte ved å få omplassert annet personell, og som fyller viktige funksjoner som ikke kan reduseres uten at det vil ha betydelige konsekvenser for liv og helse.
3. Det forslås i tillegg at bare personer som oppfyller punkt 2, og som **i tillegg har direkte pasientkontakt hvor smitte med sars-CoV2-viruset er en risiko**, inkluderes i den høyest prioriterte gruppen av helsepersonell i primærhelsetjenesten.
4. Hvem som omfattes av denne gruppen, kan variere etter geografisk område og kommune. Det er derfor viktig at kommunene har noen frihetsgrader i å vurdere hvem som inngår i gruppen definert i punkt 2 og 3.
5. KS, Legeforeningen og NSF har gitt uttrykk for at det er vanskelig å bestemme ad hoc hvor mange personer som oppfyller kriteriene 2 og 3. Organisasjonene har i deres tilbakemeldinger understreket at antallet personell i primærhelsetjenesten er betydelig større enn i spesialisthelsetjenesten og at funksjonene er såpass varierte, at en enhetlig karakterisering av oppgaver og tilknyttet smitterisiko er krevende å gjennomføre. FHI har derfor valgt å ikke definere et fast antall personer som bør prioriteres i første omgang, og anbefaler heller en kvote som angir den øvre grensen for hvilken andel av vaksinene som kan settes av til helsepersonell.

## FHIs anbefaling

Basert på tilbakemeldingene fra NSF, KS og Legeforeningen samt egne vurderinger forslår FHI at kommunene må kunne disponere en del av vaksinedosene de mottar for å vaksinere ansatte i **essensielle tjenester med direkte pasientkontakt, som er kritisk vanskelig å erstatte**. Det forslås at vaksinasjonen av utvalgte helsepersonellgrupper skal foregå parallelt med vaksinasjon av beboere i sykehjem og risikogrupper over 85 år, og at kommunene tar ansvar for organisering og gjennomføring av vaksinasjonen.

**FHI anbefaler at kommunene kan sette av inntil 20% av dosene som kommunene mottar fra januar 2021 til å vaksinere helsepersonell i primærhelsetjenesten** som oppfyller kravene satt ut ovenfor. Dette utgjør én av fem doser per hetteglass og gjør det dermed mulig at også de minste kommunene

som vil motta kun noen få hetteglass i starten kan begynne å vaksinere de høyest prioriterte personene i primærhelsetjenesten.

Det er viktig at kommunene følger de overordnede prioriteringsprinsippene og dokumenterer deres egen prioriteringsbeslutning. En vurdering av hvem som inkluderes i en kommune må avgjøres lokalt for å kunne ta hensyn til lokale ulikheter i helsetjenesten. De overordnede prioriteringskriteriene må derimot gjelde i alle kommunene.

Prioritering av personell i spesialisthelsetjenesten forgår etter en annen fordelingsnøkkel. Her vil RHFene motta doser til 15 000 personer og deretter definere de mest kritiske personene selv.

## FHIs forslag til kriterier og prioritering

En streng prioritering med få doser er vanskelig å gjennomføre og vil kunne skape betydelig frustrasjon blant ansatte som prioriteres lavere i første omgang. Streng prioritering forutsetter en åpen og tydelig kommunikasjon om premissene og prinsippene for prioriteringen. FHI har publisert en egen rapport om prioriteringskriteriene som en ekspertgruppe i etikk har skrevet og som inngår i FHI sine overordnede anbefalinger.<sup>2</sup> Rapporten legger overordnede føringer, men er ikke konkret nok til å kunne styre en finmasket prioritering i helsetjenesten.

FHI har derfor laget et mulig prioriteringsverktøy som kan brukes av kommunene når de skal vurdere og forklare lokale prioriteringsbeslutninger i tråd med de overordnede kriteriene som er beskrevet ovenfor. Verktøyet er tenkt som en beslutningsstøtte, men ikke som en endelig fordelingsnøkkel. I tillegg til kriteriet om beskyttelse av kapasitet i essensielle tjenester har FHI forslått økt risiko for smitte fra uoppdagete kilder, kjente kilder, og pandemi-relatert etterspørsel av tjenester som kriterier (se tabell 1 nedenfor). Personell innenfor tjenestene som er opplistet kan ha ulik risikovektning og bør kunne prioriteres ut i fra denne og ikke som en samlet gruppe. Kommunene må selv vurdere i hvilken grad de vil bruke verktøyet eller om de vil legge til grunn andre kriterier for identifisering av relevante risikogrupper..

Det forventes ikke at verktøyet benyttes for å estimere antall helsepersonell som skal prioriteres, fordi dette vil være en tidskrevende og komplisert prosess. Når kommunene har gitt et overordnet nasjonalt estimat, kan de deretter bruke prioriteringsverktøyet for å vurdere den lokale prioriteringsordningen.

Tabellen viser hvordan man skal kunne bestemme prioritering mellom personell i ulike tjenester ved å gi en poengsum, for eksempel fra 1 til 5 for hvert kriterium og så summere poengene. Det anbefales å begrense antallet helsepersonellgrupper slik at det skal være håndterbart. Vi har satt opp noen mulige eksempler.

Hvor mange helsepersonellgrupper som kan forventes vaksinert vil avhenge av antall personer i gruppen, andelen som ønsker å ta vaksinen, og antall doser som er tilgjengelige på ethvert tidspunkt. Det sistnevnte vil kunne være uavklart frem til starten av vaksinasjonen, men det er rimelig å forvente at streng prioritering vil måtte gjennomføres i lang tid.

---

<sup>2</sup> <https://www.fhi.no/publ/2020/rad-om-prioriterte-grupper-for-koronavaksinasjon-i-norge/>

Helsepersonellgruppe	Kriterier (skala fra 1=lav til 5= ekstremt høy)				Sum (uvektet)
	Økt smitterisiko fra uoppdagete, smittede pasienter i førstelinja	Økt smitterisiko med kjent smittede pasienter og risikable prosedyrer	Personell som er kritisk vanskelig å erstatte hvis isolering / karantene	Personell i nødvendige tjenester som det er større etterspørsel etter ved økt covid-19-smitte	
Personell i legevakt					
Personell på fastlegekontor					
Kommuneoverleger					
Personell på kommunal øyeblikkelig hjelp					
Personell på sykehjem					
Personell i hjemmesykepleien					
Personell i feltsykepleie					
Personell på teststasjon					
Personell på "feberklinikker"					
Personell i smittesporingsteam					
Personell i koronavaksineringsteam					
Personell på helsestasjonen					
.....					

**Tabell 1** Forslag til et prioriteringsverktøy som kommunene kan benytte til å vurdere lokal prioritering.