
Kommunal organisering av behandlingstilbud for covid-19- pasienter

DEBATT

STÅLE ONSGÅRD SAGABRÅTEN

stale.sagabraten@gmail.com

Ståle Onsgård Sagabråten er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Nesbyen legesenter. Han er styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin og i Buskerud legeforening, og nestleder i fagstyret i Den norske legeforening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGVILD VATTEN ALSNES

Ingvild Vatten Alsnes er ph.d., fastlege og lege i spesialisering i allmennmedisin ved Opus Legesenter i Sandnes og førsteamanuensis i allmennmedisin ved Universitetet i Stavanger. Hun er styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

En omlegging av det kommunale helsetilbudet er essensielt i møte med en potensiell koronabølge. I Nesbyen i Hallingdal ble det gjort seks grep som viste seg å være nyttige.



Helsesykepleier Bodil Skovhus Bråthen tar prøver av bioingeniør Ellen Marie Tørrisplass, godt beskyttet av en pleksiglassplate på Nesbyen legesenters nye hurtiglab. Foto: Ståle Onsgård Sagabråten

Nesbyen kommune har drøyt 3 300 faste innbyggere og om lag hundre flere hytter. På grunn av turistene, som medfører opptil en femdobling av folketallet, har kommunen god legedekning med to legekontorer og fem legehjemler samt en LIS1-stilling.

Da Hallingdal fikk bekreftet sitt første tilfelle av koronasmitte 10. mars 2020, tok det to dager før kommuneoverlegene i distriktet anbefalte kommunene å iverksette drastiske tiltak for å begrense smitte, slik som å stenge ned skianlegg og turistbedrifter (1). I tillegg ble det tatt seks grep for å møte den nye situasjonen.

Grep 1: Videokonsultasjoner

Av smittehensyn er det nødvendig å unngå pasientoppbygging i venteareal. Innen en uke etter første smittetilfelle hadde alle legene gjennomført sin første videokonsultasjon. Med langvarige lege–pasient-relasjoner kan mye løses via video med tilfredsstillende lyd- og bildekvalitet.

Grep 2: Frikjøp av legetid

Da covid-19 ble påvist i Hallingdal, ble det behov for koordinert innsats i smittevernarbeidet. Kommunen ble anmodet om at fastlegen med samfunnsmedisinsk ansvar fikk utvidet sin stilling. I de første to ukene av koronautbruddet sank antall henvendelser til legekantorene som følge av helsemyndighetenes anbefaling om å utsette legebesøk som ikke var strengt nødvendige. Sammen med rådet om å unngå å ha for mye helsepersonell på

jobb samtidig gjorde dette at det ble utført lite kurativt arbeid. Det ble derfor forhandlet frem en avtale om at fastlegene kunne gjøre kommunalt smittevernarbeid på timebasis eller bli tilkjent praksiskompensasjon for dager borte fra praksis. Siden kommunen hadde et stort behov for å få på plass oppdaterte, lokale prosedyrer på en rekke områder, var denne avtalen til gjensidig nytte.

«Det ble forhandlet frem en avtale om at fastlegene kunne gjøre kommunalt smittevernarbeid på timebasis eller bli tilkjent praksiskompensasjon»

Grep 3: Ombygging og omorganisering

Nesbyen legesenter deler lokaler med fysioterapitjeneste, NAV, helsestasjon og ambulansetjeneste. Til tross for gode samhandlingsrutiner i det daglige måtte man unngå at pasienter med covid-19 kunne smitte andre.

Den første sonen som ble etablert, var til prøvetaking. Et omkleddningsrom til å ikle seg anbefalt personlig smittevernutstyr ble etablert i en garderobe i kjelleren. Et rom vis-a-vis hvor pasientene skulle tas imot innendørs, ble gjort klart ved å dekke gulvene med tykk byggplast frem til teppeflisene noen dager senere ble skiftet ut med et vaskbart gulvbelegg. De fleste prøver har likevel blitt tatt utendørs med pasienten sittende i egen bil. Slik prøvetaking foregår ved at en lege ikledd smittevernutstyr i form av engangs smittefrakk, kirurgisk munnbind, heldekkende visir, hette og doble hansker går ut og tar prøver. Prøveglassene leveres til en sykepleier med munnbind og hansker som holder et forsendingsetui klart.

Grep 4: Egen luftveisklinikk

Etablering av en egen luftveisklinikk gjorde det mulig å fysisk skjerme den øvrige driften fra pasienter med mulig koronasmitte. Rommet ble utstyrt med oksygenkolbe og maske og bag til assistert ventilasjon. Utstyr til væskebehandling ved dehydrering ble gjort klart. Det er gjennomgående tenkt smittevern og enkelt renhold, for eksempel ved at telefonen er pakket inn i plastfilm, og at undersøkelsesbenken er dekket med plast i stedet for papir. Siden man ville unngå trafikk inn og ut av lokalene, bestemte man at det var nødvendig å dedikere eget laboratorieutstyr til lokalene. Det ble gjort klart utstyr til blodprøvetaking inkludert blodkulturflasker og kjøpt inn eget apparat til hurtigtest av CRP og enkel celledelling, EKG-apparat og defibrillator. Med denne basisutrustningen er det mulig for lege alene på vakt å ta imot pasient for undersøkelse og prøvetaking uten å tilkalle hjelp og uten å måtte bevege seg ut av rommet for å hente nødvendig utstyr.

Grep 5: Hurtiglab

Selv om det gikk ut en anbefaling om å utsette fysisk oppmøte for legekonsultasjoner som ikke var strengt nødvendige, så man raskt at ikke alt kunne løses med videokonsultasjon. Mange av pasientene som hadde behov for laboratorieprøver, var også regnet blant dem med størst risiko for et mer alvorlig sykdomsforløp ved koronainfeksjon. Det var derfor ønskelig å ikke utsette disse pasientene for mer smittefare enn høyst nødvendig. I den nyetablerte hurtiglaben ble det hengt opp en pleksiglassplate festet til to kroker i taket. Platen danner et skille mellom pasient og prøvetaker, som sittende på en svingbar stol kan få tilgang til innsiden av pasientens albuer uten å bli pustet på. Verken pasient eller prøvetaker trenger å bruke munnbind dersom de ellers er friske. Testingen av potensielt smittede foretas på formiddagen for at prøvene skal kunne sendes til analyse med hentetjeneste fra sykehuslaboratoriet ved lunsjtider samme dag.

Grep 6: Egen smitteavdeling på sykehjem

Sykehjemmet i Nesbyen hadde en avdeling som tidligere ble benyttet til korttidsrehabilitering. Her var det sju rom, og det var mulig å skille avdelingen fra resten av lokalene med egen inngang og provisorisk smittesluse.

Ved spørsmål om innleggelse og behov for intensivbehandling er det Ringerike sykehus i Hønefoss som er nærmeste mulighet. Dersom pasienten transporteres dit, mister Nesbyen kommune ambulanseberedskap i minimum tre timer på grunn av reisen frem og tilbake, i tillegg til at ambulansen må desinfiseres på Ål i en prosedyre som tar tre timer. Hallingdal sjukestugu på Ål kan også være aktuell å benytte for koronapasienter. Hallingdal sjukestugu er en del av Ringerike sykehus og har en somatisk avdeling hvor første- og andrelinjetjenesten møtes, da den har ti interkommunale sengeplasser og ti helseforetakssengeplasser.

Konklusjon

Nesbyen kommune er liten og oversiktlig og har en ubyråkratisk struktur. Kommunen har raskt klart å omstille seg til å kunne ta imot covid-19-syke i en egen smitteklinikk samtidig som andre pasientkategorier ivaretas på en god måte uten å utsettes for unødig smitterisiko. Vi håper våre erfaringer kan være til inspirasjon.

LITTERATUR

1. No er det ramme alvor – 2 personar i Hallingdal er smitta av koronaviruset. Hallingdølen 12.3.2020.

Publisert: 27. april 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0336

Mottatt 16.4.2020, første revisjon innsendt 19.4.2020, godkjent 20.4.2020.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. juni 2026.