

Drøfting i Klinisk etikkomité på oppfordring fra Direktøren ved OUS

ETISKE PROBLEMER UNDER CORONAEPIDEMIEN I HELSETJENESTEN 17.03.20

TILSTEDE fra KEK:

Oona Dunlop, Reidun Førde, Tor Aksel Aasmundstad, Berit Hofset Larsen, Mona Semb, Hanne Eeg-Henriksen, Marc Ahmed og Unni Veirød

DETTE ER NOEN AV DE MANGE ETISKE PROBLEMSTILLINGENE

1. Behovet for både sykehussenger og intensivplasser forventes å bli stort, mange med behov for intensivbehandling vil ikke kunne få. Hvilke pasienter skal prioriteres, valgene må gjøres så rettferdig som mulig. Streng prioritering må forberedes, men ikke gjennomføres før ressursmangelen er der.
2. Under en slik pandemi får andre pasientgrupper et dårligere tilbud før deres smittestatus er avklart for å hindre smitte for andre. Kan det forsvares etisk?
3. Hvordan vekte økt smitterisiko for helsepersonell opp mot hjelpeplikten? Hva kan arbeidsgiver kreve av ansatte juridisk, etisk og praktisk med hensyn til risiko for smitte?

I denne drøftingen la KEK hovedvekt på problemstillingene rundt smittehensyn opp mot hjelpeplikt. De mange og vanskelige prioriteringsdilemmaene vil delvis kunne støtte seg på snarlig utarbeidete prioriteringsretningslinjer fra helsemyndighetene.

FAKTA

Coronaviruset sprer seg uhyggelig raskt over hele verden, det er svært smittsomt. Fordi dette er en ny sykdom er det mye usikkerhet. Smitten skjer med kontakt- og dråpesmitte, luftsmitte er mer usikkert. Pr. i dag er det over 1500 registrerte smittede i Norge, men fordi ikke alle testes, kan det være det store mørketall. Det må forventes en betydelig økning av smittede og syke i nære framtid.

Det ligger nå over 100 smittede innlagt i Norge. OUS har i dag ikke flest, men det kan raskt endres. Sykehusene i regionen må så langt det lar seg gjøre behandle sine egne coronasyke pasienter, dette for å utnytte all kapasitet og for å redusere antall syketransporter, som utgjør en betydelig smitterisiko (krevende renhold). Men OUS vil også måtte bidra til å behandle «andres» pasienter, fordi vi har flere senger enn resten av sykehusene i hele HSØ (og har en regionfunksjon). Sykehusene bør også bistå hverandre solidarisk i faser med ulik belastning.

Pandemien forsterker prioriteringsutfordringer vi allerede kjenner, og som håndteres daglig. Prioritering til intensiv- og respiratorbehandling har man dermed god rutine på, men man vil ha behov for nye prioriteringsretningslinjer som nå er under utarbeidelse i Helsedirektoratet. Situasjonen er ekstraordinær. Vi har mindre ressurser tilgjengelig enn ellers, både personellmessig og utstyrmessig.

Vi ønsker å tilby de ansatte godt smittevern under alle forhold. Det gir trygghet i arbeidet, og er en forutsetning for å jobbe med smitte.

Eksempler på utfordringer rundt potensiell smitteeksponering er ø.hj.- behandling i form av resusitering (HLR) og pustestøtte på maske- NIV (non-invasiv ventilasjon). Covid-pasienter behandles under de fleste forhold som dråpesmitte, men under visse forhold, for eksempel aerosoldannende prosedyrer, øker smittsomheten. NIV-behandling innebærer derfor en øket smitterisiko for personalet og krever strenge luftsmittetiltak. NIV er ikke sikkert indisert for corona -pasienter, det er holdepunkt for at raskt respiratorbehandling uten å gå veien via NIV, er best. De første dagene fikk flere NIV/pustestøtte til tross for at de var smittet fordi man ikke visste at de var positive. Dette medførte øket smitterisiko for ansatte og andre pasienter, og har ført til at noen så har frarådd å tilby NIV hos pasienter der man ikke har sikker negativ coronatest. Testsvar kan ta et døgn. Denne praksisen kan derfor forhindre standard behandling og blir særlig kritisk for pasienter som heller ikke får tilbud om respirator. NIV-behandling er en livsviktig behandling ved KOLS forverring, akutt lungeødem, pasienter som allerede får slik behandling (som ALS pasienter), m.fl. De har alle luftveisproblemer, men risikerer å ikke få tilbud om pustehjelp dersom fullgod smittevern skal hensyntas. Denne praksisen fører til en overdødelighet hos disse gruppene. I denne fasen av epidemien er det bare 1-2 av 100 av de som legges inn med luftveissymptomer som har viruset.

NIV er akseptabelt med luftsmitteisolasjon, men krever masse utstyr. På lungeavdelingen har de nå etablert et slikt rom. Å gjennomføre NIV under luftsmitteregime er svært ressurskrevende, både i form av personell, arealer og smittevernutstyr. Det er allerede knapphet på viktig smittevernutstyr. Kan man forsvare å avstå fra potensiell livreddende akuttbehandling av hensyn til smittefare, eller skal vi tilby dette med lavere beskyttelse med øket risiko for personalet.

En annen problemstilling er hvordan en skal få til de akutte hjertesløyefene med stans og PCI, traume og trombolysis, dersom vi skal bruke adekvat smittevern for sikkerhetsskyld, når vi ikke vet om de kan være smittet. Det får konsekvenser innover på PCI-lab, traumestuer og intensiv og skaper forsinkelser hvis man skal smittevaske, i tillegg til et enormt forbruk av smittevernutstyr som vi allerede har rasjonering på.

Å ha nærkontakt med pasienter medfører en risiko som øker når det er mangel på viktig smittevernutstyr som munnbind og åndedrettsvern. Kina og USA er de store produsentene av dette utstyret, men det er ikke lett å få tak i. Man må legge seg på en «god nok» standard og rasjonere på utstyret så godt det lar seg gjøre. Personalet er urolige. Noen opplever det som faglig spennende og føler en stolthet ved å kunne bidra og gjøre en forskjell. Andre er redde. Til nå er ingen helsearbeidere «tvunget» til å gå på jobb. Den positive holdningen til å bidra og gjøre så godt de kan, er fortsatt tilstede hos mange.

BERØRTE PARTER

De smittede pasientene blir tatt hånd om så godt det lar seg gjøre med ressurser som er tilgjengelige. Slike prioriteringer må alltid gjøres, og helsearbeiderne er vant til dette. Men prioriteringene vil bli tøffere og vanskeligere nå hvor knapphet på ressurser raskt vil melde seg.

De andre pasientene som ikke primært blir lagt inn med corona-sykdom, men som vi ikke vet om er smittet, er den største utfordringen. De får nå et dårligere tilbud og flere i den sårbare gruppen som ellers ville ha fått pustestøtte, kan ha dødd allerede av den grunn. Andre pasienter som får utsatt sin behandling kan oppleve et prognosetap og økt lidelse.

Helsepersonellet er i en svært presset og utfordrende situasjon, de må foreta flere og dermed også vanskeligere prioriteringer enn ellers og utsettes selv for smitte. Noen av disse kan være særlig sårbare.

Helsepersonells familier som er utsatt for økt smitterisiko, noen av disse kan også være særlig sårbare.

Helseledelsen både på sykehuset og i samfunnet har en enorm oppgave med å lage retningslinjer som sørger for best mulig håndtering av smitterisiko og prioriteringer i pasientarbeidet, samtidig som helsearbeiderne må sikres og støttes best mulig.

Helsevesen som samfunnsinstitusjon er også en berørt part. Godt smittevern og riktig ressursbruk er avgjørende for at ikke hele systemet skal knele.

Storsamfunnet er også avhengig av faglig gode prioritering, riktig ressursbruk og gode smitterutiner.

ETISKE PRINSIPPER, VERDIER OG HENSYN

Helsepersonell har et samfunnsoppdrag, og i kriser øker vekten på dette.

Gjøre vel/ ikke skade. Dette handler om å finne en optimal balanse mellom det å behandle flest mulig med coronasmitte, eller usikker smitte på en forsvarlig måte, men uten å utsette andre pasienter og helsepersonell, og i siste instans storsamfunnet for unødig fare.

Helsepersonell som gjør alt for å redde en pasient, med mangelfull beskyttelse mot smitte, vil kunne redde den ene pasienten, men utsette seg selv, kollegaer, egen familie og omgivelser samt andre pasienter for smitte. Det går også utover samfunnsvernet. Da må gevinsten ved å redde akkurat denne pasienten veies mot risikoen denne sykdommen innebærer. Hvis en nå unnlater å tilby en pasient behandling man ellers ville gitt, i frykt for at kapasiteten kan bli sprengt, og i frykt for en mulig smitte, påføres pasienten en unødig skade, i noen tilfeller død. Disse blir i realiteten indirekte coronadødsfall.

Rettferdighet. Pasienter som ellers selvfølgelig ville blitt behandlet, blir rammet hardt av at behandling blir utsatt til smitteavklaring. Det er unge som gamle, som dermed ikke får en relativt enkel, kortvarig behandling med pustestøtte som vil kunne redde deres liv. Dette er kanskje den største rettferdighetsutfordringen.

Etter 22.juli/Utøya kom en ny regel «Skyting pågår» (PLIVO) der risiko bør aksepteres dersom gevinsten er stor. Corona er ikke ebola, men er heller ikke influensa. Det er mindre risiko for unge og friske helsearbeidere, men mer for eldre. De fleste blir friske i alle aldersgrupper. Det er rapportert dødsfall blant helsearbeidere i Kina og Italia. Helsepersonell er en uvurderlig ressurs, som må vernes. Hvis mange utsettes for smitte, må i karantene eller blir syke, vil det ramme både de syke, hele helsetjenesten og samfunnet hardt.

Tillit er også en truet verdi. Storsamfunnets tillit til helsetjenesten kan reduseres både dersom hensynet til helsepersonells egeninteresser vektet for tungt, slik at store pasientgrupper unndras potensielt livreddende behandling. Men tilliten til helsetjenesten kan også bli underminert ved unødvendig smittespredning i storsamfunnet.

DRØFTING

Prioriteringer som gjøres baseres på vurderingen av den enkeltes tilstand vurdert opp mot prioriteringskriteriene nytte, ressursene som behandlingen krever og alvorlighet, alle må vurderes samlet. Når ressurskriteriet blir begrensende (mangel på smittevernutstyr, medisinskteknisk utstyr, medisiner eller kvalifisert personell), blir nyttekriteriet mer framtrædende. For eksempel er det vanskelig å prioritere noen til avansert behandling som antas langvarig om det legger beslag på ressurser som kunne vært brukt for å få flere behandlet i kortere tid med godt utfall hvis tilbudt behandling. Den samme vurderingen kan gjøres for smitterisiko: Er sannsynligheten for nytte av intervensjonen liten og smitterisikoen stor, må det kunne forsvares å legge mest vekt på smitterisikoen. Nå som det er

unntakstilstand i form av forventet stor pasientpågang og allerede knapphet på ressurser, må vi forholde oss til det og avvike fra etablert praksis og nasjonale retningslinjer. Men de grunnleggende prinsippene bør fortsatt gjelde. Helsepersonell bør tilstrebe en individuell vurdering, som inkluderer komorbiditet og funksjonsnivå, så langt det lar seg gjøre.

I en alvorlig pandemi vil flere pasienter måtte gis et dårligere behandlingstilbud enn ellers og mange vil dø som følge av det. Dette er en følge både av for knappe ressurser og av smittevern- og samfunnsvern hensyn. Den største utfordringen er de yngre pasientene med mange års forventet levetid som kunne vært reddet med relativt enkel behandling, men som ikke får pga. usikker smittestatus. Lungeavdelingen forsøker nå å legge til rette for noen av disse ved å ha etablert et rom for luftsmitte til NIV pasienter. Der har de også opplevd å få tilbud om frivillig hjelp av sykepleiere som lar seg omplassere fra avdelinger som har bedre kapasitet i disse tider. Dette er et godt eksempel til etterfølgelse. De ulike sykehus vil også kunne rammes ulikt og det kan bli nødvendig å hjelpe hverandre.

Praktiske problemer som mangel på smittevernutstyr og for lav testkapasitet er en stor utfordring, med etiske implikasjoner som at helsepersonell blir eksponert ved å hjelpe andre. Å skaffe dette er viktig både av hensyn til pasienten, medpasienter, for helsepersonell og for resten av samfunnet. Kohorte-enheter for å samle alle smittede, vil kunne gi fordeler ifht å begrense smitten og gi mer effektiv bruk av smittevernutstyr.

Det er avgjørende at ledelsen støtter personalet som står i front og gir tydelige føringer når vanskelige beslutninger må tas og uro rundt smittefare må takles. Personell som selv er utsatt eller har utsatte familiemedlemmer hjemme, bør kunne omplasseres til mindre utsatt arbeid hvis ønskelig. Unødvendige sykemeldinger kan dermed unngås. Det er viktig å ha åpenhet om de prinsippene som legges til grunn.

OPPSUMMERING

De samme etiske prinsippene og prioriteringsprinsippene vi styrer etter står fast også under pandemier, men prioriteringen blir tøffere og må gjøres så rettferdig som mulig. Ledelsen og politiske myndigheter må stå bak, og det er nødvendig med åpenhet også i fht. befolkningen, slik at det er mulig å forstå at tøffe prioriteringer må gjøres og at pasienter vil dø.

Helsepersonell har et viktig samfunnsansvar. Det er etisk forsvarlig å gjøre så godt man kan. Epidemi begrensende tiltak må gjøres så langt som mulig, og nok ressurser må settes inn i dette arbeidet, men vil ikke sikre personalet fullt ut. Deres reelle risiko er usikker, men ekstra sårbare helsepersonell må hensyntas. I akutte situasjoner må et pragmatisk prinsipp også kunne legges til grunn slik at pasienter med akutte behov får hjelp. Støtte og anerkjennelse fra ledelsen er avgjørende og motiverende for at helsepersonell skal gjøre en ekstraordinær innsats.