

ÅRSRAPPORT KLINISK ETIKKOMITÉ OUS 2020

SAMMENDRAG:

2020 ble preget av covid-19 pandemien, også i Klinisk etikkomité (KEK). Det har imidlertid kommet opp en rekke andre saker knyttet til konkrete enkeltpasienter og til drøftinger av generell og prinsipiell karakter

Etikk ved COVID-19 pandemien:

- Coronapandemien – etiske problemstillinger i sykehuset, KEK fikk oppdrag fra Administrerende direktør å vurdere dette 13.3.20.
- Erfaringer gjort på sykehuset under pandemien.
- Elektiv testing for Covid-19 av barn og deres pårørende?
- Alderspsykiatrisk avdelings behandling av evt. Covid pasienter?
- OUS-evaluering av pandemi-håndtering, KEK ble bedt om innspill.
- I tillegg en konkret sak om en døende pasient der dilemmaet var om man skulle forsøke å forlenge pasientens liv til pårørende kunne reise til Norge, dvs. vente på at covid-restriksjoner ble færre.

Komiteéene har drøftet 8 prinsipielle saker og 19 saker knyttet til enkeltpasienter. Behandlingsbegrensning og tvangsbruk er, som alltid, tema som drøftes ofte.

I år er det noen tema som har vært oppe flere ganger og som dessuten har stor prinsipiell interesse:

- Pasienter med langvarig psykiske problemer som spisevegring og selvskading, etiske problemstillinger knyttet til langvarig bruk av tvang og store ressurser.
- Utfordringer knyttet til genetisk testing av personer uten samtykkekompetanse.

Av de generelle drøftingene, har følgende tema også vært i fokus i samfunnsdebatten:

- Prioritering, blant annet knyttet til nye medikamenter ved cystisk fibrose.
- Etiske utfordringer knyttet til pårørendes rolle og rettigheter:
 - Pårørendes involvering og ønsker i pasientens siste fase.
 - Taushetsplikten i situasjoner hvor pasienten holder noe hemmelig for sine nærmeste, og alvorlig terminal sykdom utfordrer taushetsplikten.

Annet: KEK sitt arbeid har i år vært preget av stor dugnadsånd gjennom pandemien, og et enda tettere samarbeid mellom de ulike komiteene enn før.

1. Sammendrag (se over)
2. Når blir KEK brukt?
3. Konkrete pasientsaker
4. Generelle saker
5. Høringer/formelle uttalelser
6. Foredrag internt og eksternt
7. Deltagelse i kurs, konferanser, utdanninger
8. Annet (refleksjonsgrupper, LIS-undervisning.)
9. Komité medlemmene
10. Komitémøter
11. Økonomi

2. NÅR BLIR KEK BRUKT?

Etiske utfordringer ses ofte i sykehuset og løses oftest der de er. De «lokale» OUS KEK ´ene blir som regel brukt til vanskelige enkeltpasientsaker som innebærer betydelige etiske dilemma. KEK kan bidra til å lage en systematisk etisk drøfting som kan bistå behandlingsteamet og andre til å fatte beslutninger i disse vanskelige sakene.

Mange av de vanskeligste pasientsakene kan ses på som «lyskaster-saker», som også kan være av prinsipiell betydning og kan berøre nye problemstillinger.

Prinsipielle saker blir oftest fremmet til sentral KEK og gjenspeiler ofte viktige tema i samfunnet, som prioritering og i år også problemstillinger knyttet til covid-19.

3. KONKRETE PASIENTSAKER

19 drøftinger av pasientsaker.

TEMATIKK I SAKENE:

Behandlingsbegrensning (12) Det er saker der man oftest står overfor et valg mellom to dårlige løsninger, som enten forlenge livet med stor lidelse eller trekke behandlingen tilbake. Andre saker har vært knyttet til svært redusert nevrologisk funksjon med dårlig prognose og når det er riktig å trekke behandlingen tilbake.

Behandlingstilbud versus pasients ønske: Ofte kan sakene også ses som et dilemma mellom det tilbudet som gis i det offentlige norske helsevesenet og det man både som samfunn og/eller individ kunne ønske.

Tvang- samtykkekompetanse (5)

Det er hvert år flere saker om etiske utfordringer knyttet til tvangsbruk og samtykkekompetanse. Flere av sakene har vært knyttet til pasienter med alvorlig langvarig psykisk lidelse der pasienten ønsket å være hjemme og ikke få annen behandling, men med fare for å forkomme i hjemmet. Langvarig tvangsbruk ved spiseforstyrrelser har også vært drøftet flere ganger.

Andre (2)

Nye medisiner til CF pasient (prioritering).

Pårørendes rettigheter – døende pasient når det er konflikt mellom de pårørende og helsepersonellet.

4. GENERELLE SAKER

8 generelle saker

Informasjon/kommunikasjon

Utsiktet funn ved genetisk testing.

Pårørendes involvering i palliativ behandling/ palliativ fase.

KEK referatets evt. innvirkning på videre behandling av pasienten

Coronarelatert

- **Coronapandemien – etiske problemstillinger i sykehuset (jfr. vedlegg 1).**

Direktøren ved OUS 13.03.20 ba om drøfting i KEK, 17.03.20. Det var fokus på:

1. Behovet for både sykehussenger og intensivplasser forventes å bli stort. Hvilke prinsipper skal legges til grunn for prioriteringen?

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 vekke 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 smittevern hensyn opp mot hjelpeplikt.

- **Evaluerings av beredskapshendelse COVID-19.** Klinisk etikkomite ble bedt om å sende inn evaluering. Det var en rekke etiske utfordringer under pandemien/beredskapssituasjonen som til dels sammenfalt med tema man hadde fokus på i mars 2020. De fire viktigste var:

1. Prioritering

Når ressursene er knappe (intensivkapasitet m.m.) kan det forsvares at man må planlegge for en tøffere prioritering, men den bør baseres på de kriterier vi bruker til vanlig; nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. I ettertid kan det se ut som om noen pasienter ble prioritert ned uten at det hadde vært nødvendig. Når ressursene blir mer begrenset, må prioriteringen bli skarpere, listen for å få behandling må legges høyere.

2. Behandling og hvordan gikk det med pasientene

- a. Mangel på intermediearenhet i starten av pandemien, man planla egentlig kun med to behandlingsnivå: intensiv eller sengepost, men man fant snart at det var stort behov for intermediearenheter. Mange pasienter som egentlig var for dårlig til å ligge på sengepost, var for «friske» til å komme inn på intensivkohortene, og falt mellom to stoler.
- b. NIV (non-invasiv ventilasjon) og highflow. De initiale rapportene fra Kina var at de ikke anbefalte NIV og highflow på medisinsk grunnlag, men også fordi disse behandlingsformene er knyttet til økt smitterisiko for personalet. I starten av pandemien var det også fokus på unødig bruk av smittevernutstyr fordi det var knapphet på dette. I starten av epidemien ble dette derfor ikke tilbudt til covid-19-pasientene, og heller ikke til covid-19-uavklarte før prøvesvar forelå.

De medisinske rådene er nå mer nyansert, og det ble relativt raskt etablert intermedieartilbud og NIV/highflow under særlig trygge smittevernmessige forhold.

3. Pårørende og besøksforbud

Det var besøksforbud (både av hensyn til smittespredning og fordi det var mangel på smittevernutstyr). Mange pasienter døde uten å se sine pårørende, fødsler skjedde uten far tilstede. Kanskje var det særlig ille for de som var demente og døende både på sykehus og sykehjem. Det var også nokså krevende for pårørende til svært syke pasienter.

4. Risiko for personell

Hvor mye risiko er det rimelig at personell skal ta? Hvor mye må de akseptere? Manglende smittevernutstyr gir økt risiko, og rasjonering ble iverksatt både fra helsemyndigheter og foretak. Dette kan sammenliknes med en slags «skyting pågå» (PLIVO) - situasjon, men med smitte som risikoen. På samme måte er det rimelig å forvente at helsepersonell også må akseptere en viss risiko, som må knyttes til gevinsten. Det har aldri vært 0-risiko å jobbe i helsevesenet, og i denne situasjonen har den vært økt. Erfaringen er at det var viktig å være ærlig om at risikoen ikke var null. Vi har sett en økende solidaritet om at personell med mest risikoarbeid får best utstyr.

- **Elektiv testing for Covid av barn og deres pårørende?** KEK konkluderte slik i mai 2020: Med dagens smittesituasjon finnes det ikke overbevisende faglig begrunnelse for elektiv testing av kreftsyke barn. Vi samler stadig ny kunnskap om korona-smitten. Det er derfor viktig å kunne ta opp slike spørsmål til nye vurderinger.
- **Alderspsykiatrisk avdeling sin behandling av evt. Covid pasienter**, etiske utfordringer knyttet til prioritering.

5. HØRINGER/FORMELLE UTTALELSER

Høringssvar til endringer i Helsepersonelloven om adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger med klinisk etikk-komité. 02.05.20 (jfr. vedlegg 2).

Høringssvar vedrørende «Prioritering av intensivbehandling ved kapasitetsbrist», 16.11.20 (jfr. vedlegg 3).

6. FOREDRAG, INTERNT OG EKSTERNT

Pandemien begrenset KEK sin aktivitet når det gjaldt foredrag og undervisning. Det ble likevel holdt 8 interne og 11 eksterne foredrag/undervisningstilbud (jfr. vedlegg 4).

7. DELTAKELSE I KURS, KONFERANSER, UTDANNINGER

Digitalt høstseminar for kliniske etikkomitéer 16-17. nov. i regi av Senter for medisinsk etikk UiO, med stor deltakelse fra OUS.

Digitalt innføringskurs i klinisk etikk ved Senter for medisinsk etikk UiO, to deltakere fra OUS.

8. ANNET

LIS utdanning; en gruppe fra KEK holder to ganger i året gruppeundervisning for nye LIS leger.

9. KOMITÉMEDLEMMEME

En stor takk til sykehusprest Egil Eide som sluttet i juni-20. Han var med på å bygge opp KEK arbeidet ved OUS og har vært aktivt med siden starten.

En takk til enhetsleder Sølvi Johansen Brøvig, Alderspsykiatrisk avd. som også sluttet i juni -20.

Takk til sjefpsykolog Mona Semb som har fungert som leder for KEK gjennom de travle delene av pandemien og gjør det igjen nå.

Velkommen til hovedprest Harald Nydal, som ble nytt medlem av den sentrale komitéen fra nov. -20.

Sentral klinisk etikk-komité OUS

Overlege Oona Dunlop, Avdeling for akuttmedisin, Ullevål, leder
Sjefpsykolog Mona Semb, Søndre Oslo DPS, fungerende leder i perioder
Professor Reidun Førde, Senter for Medisinsk etikk UiO (SME) (eksternt medlem/etikk-konsulent), nestleder
Seksjonsleder og overlege Marc Ahmed, Geriatrik avdeling Ullevål
Overlege Tor Aksel Aasmundstad, Intensiv avdelingen RH
Spesialsykepleier Berit Hofset Larsen, Stipendiat, SME (DNR)
Enhetsleder, sykepleier Jeanette Engeset, Nydalen DPS
Sykehusprest Egil Eide, Prestekontoret, OUS fram til juni-20
Hovedprest Harald Nydal fra nov. -20
Juridisk rådgiver Hanne Eeg-Henriksen, Juridisk seksjon OUS
Brukerrepresentant Tove Hanche-Olsen, Norsk Pasientforening
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

KEK Rikshospitalet/Radiumhospitalet (RH/DNR)

Overlege Tor Aksel Aasmundstad, Intensivavdelingen, Rikshospitalet, leder
Spesialsykepleier Berit Hofset Larsen, Stipendiat, SME (DNR), nestleder
Professor Reidun Førde, SME (eksternt medlem/etikk-konsulent/lege)
Sykehusprest Egil Eide, Prestekontoret, OUS, fram til juni-20
Avd. sykepleier Pirjo Suominen, Nevrologisk avdeling, Rikshospitalet
Professor Inger Holm, Seksjon for forskning og kompetansesenter, Ortopedisk klinikk
Overlege Petter Brandal, Avdeling for kreftbeh., Radiumhospitalet
Seksjonsleder/professor Nina Aass, Avdeling kreftbeh., Seksjon lindrende beh, Ullevål/Radiumhospitalet
Sosionom Ida Krag Rønne Mannsåker, stipendiat Oslo Met (BUP Rikshospitalet)
Lege, jurist, stipendiat Jørgen Dahlberg, SME (eksternt juridisk medlem)
Overlege Heidi Gloslie, barneavdelingen Rikshospitalet
Sykepleier Guro Lindviksmoen Astrup, Radiumhospitalet (permisjon fra mai-20 og ut året)
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

KEK psykisk helse og avhengighet (P/A)

Sjefpsykolog Mona Semb, DPS Søndre Oslo, leder
Enhetsleder, sykepleier Jeanette Engeseth, Nydalen DPS
Sykehusprest Eileen Paus, Gaustad sykehus.
Overlege Runar Eikeset, BUP, frontteam
Enhetsleder, sykepleier Sølvi Johansen Brøvig, Alderspsykiatrisk avd. Vardåsen (fram til juni-20)
LIS lege og stipendiat Lars Hestmark, Senter for medisinsk etikk UIO
Psykologspesialist Maren Mikkelsen Ellingsen, seksjon for rus og avhengighet, Ullevål.
Enhetsleder, vernepleier Gunn Helen Klevmoen, PUA Dikemark
Overlege Ruth Katharina Vieler, seksjon for psykosebehandling, Dikemark.
Juridisk rådgiver Hanne Eeg- Henriksen, Juridisk seksjon OUS
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

KEK Ullevål/Aker (U/A)

Seksjonsleder og overlege Marc Ahmed, Geriatrik avdeling, Ullevål, leder.
Overlege Oona Dunlop, Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål, nestleder
Teolog Beate Indrebø Hovland, Kampen Omsorg+/frilans (eksternt medlem/etikk-konsulent)
Assisterende avdelingsleder, sykepleier, Gunnar Grømer, PO/Intensiv avd, Ullevål
Sykehusprest Magne Stendal, Ullevål
Klinikkjef, overlege Morten Mowé, Indremedisinsk avd/ Medisinsk klinikk,
LIS lege Ingvil Schau Ystgaard, Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål
Overlege Dag Wendelbo Sørensen, Akuttklinikken, Ullevål
Intensivsykepleier Berit Skjørshammer, Akuttmottaket, Ullevål
Jurist, LIS lege, stipendiat Jacob Jorem, Senter for medisinsk etikk UIO
Overlege Eivor Nesheim, Barneavdelingen, Ullevål (permisjon fra februar og ut året)
Overlege Håvard Andreassen Sæverud, Lungemedisinsk avd., Ullevål
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

10. KOMITÉMØTER

Alle de fire komitéene planlegger møter en gang pr. måned, unntatt om sommeren. Møtene brukes bl.a. til å planlegge aktiviteter og foredrag om aktuelle tema. Drøftinger av pasientsaker legges til ordinære møter hvis det passer, men fordi slike saker ofte haster blir disse gjerne holdt som ekstra drøftingsmøter/«hastemøter».

Planlagte møter

KEK RH/DNR har hatt 6 planlagte møter. KEK P/A og KEK U/A har hver hatt 8 planlagte møter, og KEK OUS - Sentral KEK, har hatt 9 planlagte møter.

Ekstra drøftingsmøter

Det har vært behov for 11 ekstra drøftingsmøter hvor flere medlemmer fra alle komitéer ofte deltar.

12. ØKONOMI

KEK er administrativt underlagt stabsenheten for Pasientsikkerhet og Kvalitet og har sin økonomi knyttet til denne. Stabsenheten finansierer **0,9 stilling knyttet til KEK**, fordelt slik: Sekretær 50%, leder Sentral KEK 10%, leder KEK RH/DNR 10%, leder KEK P/A 10% og leder KEK U/A 10%. KEK har ikke eget driftsbudsjett.

Sign.

Oona Dunlop

Leder av KEK OUS

Mars 2021

VEDLEGG:

1. Referat fra drøfting vedr. etiske utfordringer om Covid-19 på oppfordring fra direktøren.
2. Høringssvar til endringer i Helsepersonelloven.
3. Høringssvar vedrørende «Prioritering av intensivbehandling ved kapasitetsbrist».
4. Liste over KEK undervisning/foredrag.

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.

Helse- og omsorgsdepartementet

postmottak@hod.dep.no

02.05.2020

Hørings svar - Forslag til endringer i helsepersonelloven om adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger med klinisk etikk-komité

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 07.02.2020. Her følger høringsuttalelse fra Klinisk etikk-komité (KEK), Oslo Universitetssykehus (OUS). Vårt svar begrenser seg til kapittel 2 i høringsnotatet som gjelder adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger med klinisk etikk-komité.

KEK OUS er glad for forslaget om endringer i helsepersonelloven, og mener at den nye bestemmelsen, dersom den blir vedtatt, er mer i tråd med hensikten med drøftinger klinisk etikk-komité og med det nasjonale mandatet til kliniske etikk-komiteer. Vi stiller oss positive til forslaget, med de presiseringer og begrensninger som er angitt, med følgende merknader:

- 1) Endringsforslaget legger opp til at deling av opplysninger uten samtykke **kun** kan gjøres når en drøfting i klinisk etikk-komité er **i pasientens interesse**. Man kan således få inntrykk av at KEK-drøftinger i konkrete saker kun skal ivareta pasientens interesser. Det understrekes riktignok at formålet med en drøftelse i en klinisk etikk-komité er å bidra til at de etiske utfordringene knyttet til pasientbehandling er tilstrekkelig belyst og på denne måten kvalitetssikre etisk krevende beslutninger som helsepersonellet må foreta, og det påpekes at dette *som hovedregel vil være i pasientens interesse selv om eventuelle råd fra den kliniske etikk-komiteen etter en drøftelse ikke er i samsvar med pasientens ønsker eller forventninger*. Etter vår oppfatning, bør det presiseres at også i konkrete saker knyttet til enkeltpasienter kan drøftingen av hva som er det etisk mest akseptable å gjøre dreie seg om å vekte **ulike** etiske verdier og hensyn. Andre forhold, som prioriteringshensyn, rettferdighet og hensynet til andre, kan i noen tilfeller veie tyngre enn hva som isolert sett er denne pasientens beste. Man vet heller ikke utfallet av drøftingen før den er gjort, og konklusjonen i vanskelige etiske spørsmål kan være noe som pasienten selv ikke vil være enig i at er til hans beste. Enkelte pasienter kan ha urealistiske forventninger til behandlingsnytte, eller ha forestillinger om at behandlingen som tilbys ikke er med utgangspunkt i pasientens beste, og dermed ikke ønske en drøfting som kan konkludere i strid med deres ønsker. Vi mener derfor at det *ikke* er i tråd med KEKs mandat dersom pasientens interesser skal legges til grunn, fordi vi ikke er pasientens advokat.

Som det står i Nasjonalt mandat for kliniske etikk-komiteer i helseforetak:

Klinisk etikkomité skal:

- Bidra til økt etisk bevissthet og kompetanse om verdspørsmål knyttet til pasientbehandling
 - Bidra til økt forståelse av forholdet mellom klinisk-etiske problemstillinger og spørsmål knyttet til ressursbruk og prioriteringer i helseforetakene
 - Bidra til at pasienter og pårørende blir godt ivaretatt i møte med spesialisthelsetjenesten
 - Bidra til økte ferdigheter i å identifisere, analysere og avklare etiske problemer og dilemmaer
 - Stimulere til systematisk etisk refleksjon og bistå i drøfting av konkrete etiske utfordringer før og/eller etter at beslutninger tas
 - På forespørsel gi råd om hvordan konkrete etiske problemer kan løses
 - Være åpen og ikke-diskriminerende i livssynsspørsmål
 - Bidra til virksomhetenes kvalitetsarbeid
- 2) I endringsforslaget sies det at når det foreligger forhold som tilsier at **pasienten ikke ville ha samtykket i deling av opplysninger**, vil en slik deling *ikke* anses å være i pasientens interesse. Det kunne være ønskelig med en konkretisering/ eksemplifisering på hva slags forhold en her sikter til. Som nevnt i punktet over (1) mener vi altså at det bør være mulig å drøfte en sak dersom dette er svært viktig av andre hensyn enn den aktuelle pasientens interesse.
- 3) Et annet spørsmål som synes er uavklart, er om pårørende skal kunne nekte drøfting. Hva om helsepersonell mener at pårørende nekter av andre grunner enn pasientens interesser når pasienten ikke er samtykkekompetent. Også her vil vi poengtere at det kan være ulike grunner til at en mener en drøfting i klinisk etikk-komité er nødvendig.
- 4) Slik endringsforslaget nå er formulert, ser det ut til å ta utgangspunkt i **pågående**, konkrete saker hvor en drøfting i klinisk etikk-komité vil være *i pasientens interesse*. Vi vil understreke at noen ganger har en også behov for å diskutere saker **retrospektivt**, blant annet med tanke på læring og forbedring av praksis, både for helsepersonellet som har ytt helsehjelpen og resten av enheten eller sykehuset (Hpl. § 29 c om taushetsplikt ved opplæring). En vil oftest kunne drøfte anonymt, men i noen tilfeller, f.eks. ved sjeldne tilstander, kan det være vanskelig å sikre seg helt mot at pasienten kan gjenkjennes. Hvis det har vært en eksponert mediesak vil det ikke være mulig å anonymisere, men ofte være ekstra viktig å lære. En retrospektiv drøfting vil ikke nødvendigvis komme *denne* pasienten til gode, men framtidige pasienter. Etter vår oppfatning bør det presiseres at bestemmelsen også skal gjelde ved saker som drøftes retrospektivt, med de samme presiseringer og begrensinger som ellers.
- 5) Vi registrerer at forslag til endringer i helsepersonalloven kun gjelder kliniske etikk-komitéer opprettet etter § 2-4 a i **spesialisthelsetjenesteloven**. KEK OUS samarbeider fra tid til annen med KEKK i Oslo kommune fordi pasienten gjerne følges opp på flere nivå i helsetjenesten. Mesteparten av pasientenes behandling/omsorg skjer i kommunen, og de etiske dilemmaene kan være like vanskelige der. Selv om kliniske etikk-komitéer i kommunene ikke er lovpålagt, så vil behovet for tilgang til tilstrekkelige opplysninger være det samme for å kunne få en meningsfull drøfting av etiske aspekter i en sak. Vi ser det som underlig og problematisk at ikke de samme bestemmelsene skal gjelde for kliniske etikk-komiteer i kommunene. Samhandling er ønsket og lovfestet, og samhandlingsprinsipper bør også gjelde for etikk-arbeidet og gjenspeiles i det nye lovforslaget.
- 6) Senter for medisinsk etikk har tidligere spilt inn et behov for klargjøring av utfordringene knyttet til *hva som er tilstrekkelig anonymisering i drøftingene og i drøftingsreferatene, og utfordringer knyttet til dokumentasjon og oppbevaring av referatene (utover eventuelt i pasientjournalen)*. Dette synes fortsatt ikke å være løst.

På vegne av Klinisk etikk-komité, Oslo universitetssykehus

Mona Semb
(fungerende leder)

Berit Hofset Larsen

**Ekstern høring – utkast til anbefalinger for
"Prioritering av intensivbehandling ved kapasitetsbrist"**
Saksnummer (360): 20/19148

Tilbakemeldingsfrist 16. november kl. 16.00 2020

- Vennligst send skjemaet på e-post til postmottak@helsedir.no
- I emnefeltet, oppgi referanse «20/19148 – hørings svar – prioritering av intensivbehandling ved kapasitetsbrist»

Høringsinstans:

Navn:	<i>Klinisk etikk komite</i>
Arbeidsplass	<i>Oslo Universitetssykehus</i>

Innhold i veilederen:	Kommentarer fra høringsinstansen
Generelle kommentarer	<ol style="list-style-type: none">1. Metodekritikk;<ol style="list-style-type: none">i) Prioritering innebærer en kombinasjon mange ulike hensyn, så som lovmessig forankrede rettigheter, faktisk tilgjengelige ressurser, faglig funderte vurderinger, samt verdiladede valg. Hvordan slike avveininger gjøres må være begrunnet. Det er derfor nødvendig at prosessen fram til et slikt dokument er transparent.ii) Dokumentet bør derfor som andre nasjonale retningslinjer fra HDir inneholde en beskrivelse av metode og prosess. Dvs redegjøre for bakgrunn, oppdrag, oppdragsgiver, mandat, metode for innhenting og vurdering av grunnlagsmateriale, samt arbeidsgruppens sammensetning, hvem disse representerer og interessekonflikter.

Innhold i veilederen:	Kommentarer fra høringsinstansen
<p>Anbefaling 1 Ved mulig kapasitetsbrist for intensivbehandling bør plan for økt intensivkapasitet iverksettes.</p>	<p>Dokumentet skiller ikke mellom vurderinger knyttet til å beslutte behandlingsnivå og å prioritere. Det gir inntrykk av at norske sykehus i det daglige tilbyr intensivbehandling til pasientgrupper som vanligvis ikke får dette. Også i dag må vi ofte vurdere behandlingsnivå, og prioritere. Praksis er at selv uten covid-19, så likner hverdagen på det som er beskrevet som alvorlig kapasitetsbrist (fase 1). F.eks vil pasientgruppe C allerede under normale forhold ofte ikke tilbys intensivbehandling (ie invasiv respiratorstøtte). I praksis vil også gruppe B vil bli vurdert nøye. Grunnen til det er at det vurderes at pasientene sjelden vil være tjent med intensivbehandling i en slik situasjon, men også at det er begrensede intensivressurser. Det er heller ikke mulig å flytte mange dårlige pasienter rundt, slik at vi mye raskere vil komme i en mer kritisk fase. I Oslo er det f.eks bare en intensivambulansse, og det å flytte slike pasienter er komplisert og tar flere timer selv om avstanden er kort.</p>
<p>Anbefaling 2 Intensivpasienter med størst forventet nytte av intensivbehandling bør prioriteres.</p>	<p>i) <i>Nyttebegrepet som brukes i dette rådet er hentet fra prioriteringsforskriften.</i> Her vektlegges at nytten av helsehjelpen vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet. Grunnlaget for å velge dette nyttebegrepet er redegjort for i nevnte forskrift, men det er grunn til å minne om at det en i mange tilfeller har kunnskap om, er ikke hvor nyttig pasienten opplever det, men f.eks. om pasienten er i live etter en gitt tid. Eksempel; mer enn 8 av 10 kritisk syke pasienter <i>overlever</i> intensivoppholdet (Norsk intensivregister). Antar en at disse ville ha dødd uten intensivbehandling (noe som sannsynligvis ikke er gyldig), gir dette en absolutt risikoreduksjon (ARR) på 80 prosent. Selv om en regner med at mange kunne overlevd uten intensivbehandling, vil f.eks. en ARR på 50% være et usedvanlig godt (nyttig) resultat. Det er ikke mange eksempler på medisinske behandlinger er så effektive (nyttige). Hvor nyttig det <i>egentlig</i> er, når en vet at de medisinske, menneskelige og økonomiske omkostningene ved et intensivopphold kan være betydelige, er mer usikkert [1]. Nyttebegrepet kan altså forstås både i sammenhengen korttids-overlevelse, eller langtids ev. et tilfredsstillende liv. Den faktiske evne til prognostisering står i mange tilfeller langt tilbake i forhold til den mer ideelle fordringen til nyttebegrepet slik det brukes i prioriteringsforskriften. En nyansert bevissthet omkring nyttebegrepet bør ligge til grunn. Utkastet kunne med fordel også vise til relevante publikasjoner som angir rammevilkår og prinsipper for tildeling av knappe ressurser i krisesituasjoner [2].</p> <p>ii) <i>Et førende prinsipp er at alder ikke er et selvstendig prioriteringskriterium.</i> Dette er forankret i så vel stortingsmelding som prioriteringsforskrift. Det er imidlertid et faktum at høy alder er den</p>

Innhold i veilederen:	Kommentarer fra høringsinstansen
	<p>viktigste risikofaktoren for alvorlig sykdom og død ved covid-19 [3,4]. Faglig sett kan en ikke underslå dette, men alder og andre risikofaktorer skal selvsagt vurderes samlet. To store epidemiologiske studier angir presist den relative betydningen av ulike risikofaktorer ved covid-19 sykdom i befolkningen generelt, og blant sykehusinnlagte spesielt [5,6]. En beslutning om å avstå fra intensivmedisinsk behandling bør i så stor utstrekning som mulig ha slike empiriske data som utgangspunkt. Det bemerkes at «clinical frailty scale» (CFS) inntar en mindre fremtredende rolle i ovennevnte risikomodeller. Det britiske <i>Intensive Care Society</i> har imidlertid nylig utgitt egne retningslinjer for å hjelpe klinikere i vurderingen av om pasienter vil ha nytte av intensivmedisinsk behandling. Her fremholdes alder, CFS og ko-morbiditet som de viktigste risikofaktorene [7]. Denne retningslinjen inneholder et infogram som illustrerer betydningen av ulike faktorer, og en god drøfting av viktige fallgruver ved bruk av CFS som seleksjonskriterium: CFS er ikke validert for pasienter < 65 år og heller ikke for pasienter med stabil funksjonsnedsettelse (varig funksjonshemming som f.eks. medfører hjelpebehov).</p>
<p>Anbefaling 3 Beslutningsprosessen for prioritering av intensivbehandling ved kapasitetsbrist bør ledes av ansvarlig overlege ved intensivavdelingen.</p>	<p>Dette er i tråd med vanlige normer for medisinsk behandling. Den lege som har ansvaret for den praktiske gjennomføringen av behandlingen er også den som tar den endelige beslutningen om behandlingen skal iverksettes eller avsluttes, og ofte i samråd med alle involverte parter. Fra KEK's perspektiv er det viktig å minne om prinsippet «flere par øyne ser mer enn ett». Dette er særlig viktig i pressede situasjoner. Samtidig vil tids- og ressurs-mangel kunne fordele en mer hierarkisk beslutningsstruktur enn det som er etablert til vanlig. Det som kunne bringes fram i et dokument er alternativer (ikke bare konklusjonen). En alternativ tilnærming er at selve triageringen foretas av selvstendige arbeidsgrupper, slik at klinikere som arbeider med den enkelte pasient slipper belastningen ved å forholde seg til slike prosesser. Dette er beskrevet av amerikanske intensivleger [8]. Vi har ingen tradisjon for dette i Norge, men alternativer bør beskrives som et diskusjonsgrunnlag. KEK OUS foreslår at når man har kommet i fase 2 (kritisk kapasitetsbrist), etableres (ikke bare «et tilbud om») tverrfaglige beslutningsteam med etikk kompetanse. Dette vil kunne skape mer robuste og helhetlige vurderinger med inklusjon av</p>

Innhold i veilederen:	Kommentarer fra høringsinstansen
	<p>moralsk-etiske aspekter samt støtteordninger for både vurderinger, prioriteringer og bistand ved moralsk stress eller etiske utfordringer (se punkt iv).</p>
<p>Anbefaling 4 Forventet nytte av behandlingen av intensivpasienter bør jevnlig evalueres.</p>	<p>Her beskriver utvalget en strategi som går ut på at de prinsipper som gjelder til vanlig, også i størst mulig grad skal gjelde i en situasjon med kapasitetsbegrensninger; «samme prinsipp, endret innslag/terskel for tiltak». Særlig nevnes at en må unngå en «first come – first served» situasjon. Redsel for en slik situasjon kan imidlertid medføre at behandling holdes tilbake fordi en tror det vil kunne komme andre som bør prioriteres. Det kunne være nyttig å trekke fram noen ulike prinsipper for prioritering som ofte diskuteres (under kapasitesbegrensede forhold);</p> <p>(1) <u>«First come, first served»</u> - Dette prinsippet innebærer at den som først er blitt tilbudt en intensivplass, beholder denne inntil man utfra vanlige kriterier velger å avslutte behandlingen eller pasienten blir frisk.</p> <p>(2) <u>Tilbakeholdelse av behandlingstilbud ved økende sykdomsbyrde</u> Dette prinsippet innebærer at man konsekvent ikke tilbyr behandling utover et visst nivå. For eksempel slik at kritisk syke pasienter kun tilbys respiratorbehandling og vasoaktive legemidler, og at ingen pasienter vil motta nyreerstattende behandling eller ekstrakorporal sirkulasjon. Et slikt prinsipp er rasjonelt fordi det selekterer pasienter med svært alvorlig prognose, og er reelt ressursbesparende. Her vil man også kunne anslå hvor mange tapte liv et slikt tiltak innebærer.</p> <p>(3) Loddtrekning om gjenværende ressurser. – Tilfeldighetene rår.</p> <p>Ofte vil en kombinasjon av slike kriterier anvendes for tildeling av ressurser. I tillegg kommer tilbaketrekning av behandlingstilbud ved økende sykdomsbyrde, og som nevnt i høringsutkastet, nye pasienter med antatt bedre nytte av behandlingen. En må forvente at denne type prioriteringer</p>

Innhold i veilederen:	Kommentarer fra høringsinstansen
	<p>vil oppleves som vanskelige og belastende for de involverte, og det er derfor viktig med tverrfaglige beslutningsteam, som også kan håndtere etiske dilemmaer og stress (se punkt iv).</p> <p>En bør være oppmerksom på at pasienters og pårørendes preferanser og opplevelse av hva som er «rettferdig» varierer betydelig [9]</p>
<p>Anbefaling 5 Pasienter som ikke prioriteres for intensivbehandling skal tilbys annen helsehjelp.</p>	<p>Dette er avgjørende viktig for den samlede håndtering av pasienter under en pandemi. Kravet om faglig forsvarlig og omsorgsfull behandling må gjelde. Særlig viktig er det å gi de som trenger det god palliasjon og pleie, samt å finne løsninger på behov for tilstedeværelse for pårørende til pasienter i livets slutfase uansett på hvilket nivå i helsetjenesten pasienten befinner seg.</p>
<p>Anbefaling 6 Helseforetak bør ha tilbud til helsepersonell for å håndtere etiske dilemmaer og stress i krisesituasjoner der tjenestenes kapasitet utfordres.</p>	<p>KEK OUS mener at «bør» erstattes med «skal». Alle helseforetak er pålagt å ha kliniske etikk komiteer. Dette kan være en ressurs også for helsepersonell i en pandemi/krise situasjon. Det er viktig at arbeidsgiver (helseforetakene) er sitt ansvar bevist overfor ansatte i utsatte stillinger. Det er her snakk om en personlig risiko for smitte og sykdom (studie fra Skottland viser at smitte blant helsearbeidere eksponert for covid-19 pasienter smittes 3 ganger så hyppig som helsearbeidere uten slik eksponering [10]). I tillegg en betydelig psykisk og moralsk belastning knyttet til uvanlige prioriteringer og økt arbeidsbyrde under vanskelige forhold. Studier indikerer at fluktuerende tilgang på medikamenter, medisinske engangsprodukter, smittevernutstyr og ulike uforutsette hindringer som hemmer klinikere i deres arbeid og omsorg for pasientene, oppleves som vanskelig lenge før det oppstår kritisk kapasitetsbrist [11]. Det må derfor etableres systemer for å håndtere slike mindre kriser i god tid før kapasitetsbegrensninger gjør seg gjeldende.</p> <p>Referanser;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prescott HC, Angus DC (2018) Enhancing Recovery From Sepsis: A Review. JAMA 319:62–75. doi: 10.1001/jama.2017.1768716. 2. https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(18)32565-0/fulltext

Innhold i veilederen:	Kommentarer fra høringsinstansen
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, et al (2020) Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. <i>BMJ</i> 369:m1985. doi: 10.1136/bmj.m1985 4. Grasselli G, Greco M, Zanella A, et al (2020) Risk Factors Associated With Mortality Among Patients With COVID-19 in Intensive Care Units in Lombardy, Italy. <i>JAMA Intern Med.</i> doi: 10.1001/jamainternmed.2020.353 5. Clift AK, Coupland CAC, Keogh RH, et al (2020) Living risk prediction algorithm (QCOVID) for risk of hospital admission and mortality from coronavirus 19 in adults: national derivation and validation cohort study. <i>BMJ</i> 371:m3731. doi: 10.1136/bmj.m3731 6. Knight SR, Ho A, Pius R, et al (2020) Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. <i>BMJ</i> 370:m3339. doi: 10.1136/bmj.m3339 7. Montgomery J, Stokes-Lampard HJ, Griffiths MD, et al (2020) Assessing whether COVID-19 patients will benefit from critical care, and an objective approach to capacity challenges during a pandemic: An Intensive Care Society clinical guideline. <i>J Intensive Care Soc</i> 175114372094853. doi: 10.1177/1751143720948537 8. https://litfl.com/a-practical-approach-to-running-a-scarce-resource-allocation-team-srat/ 9. Fallucchi F, Faravelli M, Quercia S (2020) Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19: what do people think? <i>Journal of medical ethics</i> 8:medethics-2020-106524. doi: 10.1136/medethics-2020-106524 10. Anoop S V Shah, et al https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3582 11. Butler CR, Wong SPY, Wightman AG, O'Hare AM (2020) US Clinicians' Experiences and Perspectives on Resource Limitation and Patient Care During the COVID-19 Pandemic. <i>JAMA Netw Open</i> 3:e2027315-e2027315. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.27315

Presentasjon, undervisning, veiledning KEK 2020

Dato	Internt	Representant fra KEK
13.01.20	Velkomstdag for studenter i PHA. Etikk og verdivalg i hverdagen på et psykiatrisk sykehus	Eileen Paus (EP)
26. og 27.02.20	Etikkundervisning for LIS leger	Berit Hofset larsen (BHL) Pirjo Suominen (PS) Heidi Glosli (HG) Ida Mannsåker (IM) Guro L. Astrup (GLA)
28. og 29.08.20	Etikkundervisning for LIS leger	Berit Hofset larsen (BHL) Ida Mannsåker (IM) Nina Aass (NAa)
08.09.20	Presentasjon av KEK på Sentralt pasientsikkerhetsutvalg	Oona Dunlop (OD)
27.11.20	Palliasjon: Om å avslutte behandling for leger på Slagavdelingen	OD
02.12.20	Klinisk etikk, presentasjon for generell indremedisinsk avdeling	Ingvil Schau Ystgaard (ISY)
	Eksternt	
04.02.20	Geriatri for indremedisin, LIS-kurs Diakonhjemmet. Symposium: Akutt- og intensivmedisin hos gamle. Beslutningsprosesser og etiske avveininger.	OD
25.08.20 22.09.20	Akuttmedisin for LIS. Covid og etikk	OD
08.10.20	Intensivmedisin for LIS anestesilogi, etikk	OD
16.10.20	Legeforeningens erfaringskonferanse om COVID-19. Inkludert etiske utfordringer	OD
24.10.20	Hvordan jobbe med etikk i praksis? Fagdag for etikk-kontakter, Arendal kommune	BHL
30.10.20	Katastrofemedisin, medisinerstudentene i Oslo om covid og etikk	OD
05.11.20	Når er nok, nok? Etikk ved livets slutt. Fagdag i regi av Klinisk etikk-komité, Helse Møre og Romsdal	BHL
10.11.20	Systematisk drøfting av etiske utfordringer i møte med alvorlig syke barn og deres familier. Videreutdanning i barnepalliasjon, OsloMet	BHL
16.11.20	Høstseminaret for kliniske etikkomiteer, Covid, etiske utfordringer	OD
16.11.20	Høstseminaret for kliniske etikkomiteer, Covid, alder som kriterium	Marc Ahmed (MA)

