



Etiske hensyn ved visitation og prioritering af patienter på 'den røde kurve'

Hvis COVID-19 epidemien udvikles så hurtigt, at antallet af alvorligt syge overskrider sundhedsvæsenets kapacitet, kan sundhedspersonalet ende i en vanskelig situation, hvor de skal prioritere mellem patienter i forhold til livsnødvendig behandling. Hvordan foretages dette svære valg med respekt for både befolkningen og det enkelte individ?

OM MATERIALET

Denne tekst er udarbejdet af en styregruppe bestående af følgende rådsmedlemmer:

Anne-Marie Axø Gerdes, Grete Christensen og Lise Müller

Projektleder: Anne-Sofie Hobolt-Pedersen

Teksten er en del af Det Etiske Råd tema om COVID-19 og etik. Find det samlede materiale på rådets hjemmeside: www.etiskraad.dk/covid

Teksten er senest revideret 7. juli 2020



**DET
ETISKE
RÅD**

INDHOLD

Hvis en epidemi kommer ud af kontrol / 3

COVID-19: Erfaringer fra en ny og uvis situation / 5

Triage – hvem står bag beslutningsgrundlaget? / 7

Etiske principper for triage / 8

Princippet om at redde så mange liv som muligt / 8

"Først til mølle" princippet / 9

Kriterier for liv eller død / 9

Alder / 10

Livskvalitet / 11

Nytte af behandlingen / 12

Særlig fortrinsret for sundhedspersonale / 13

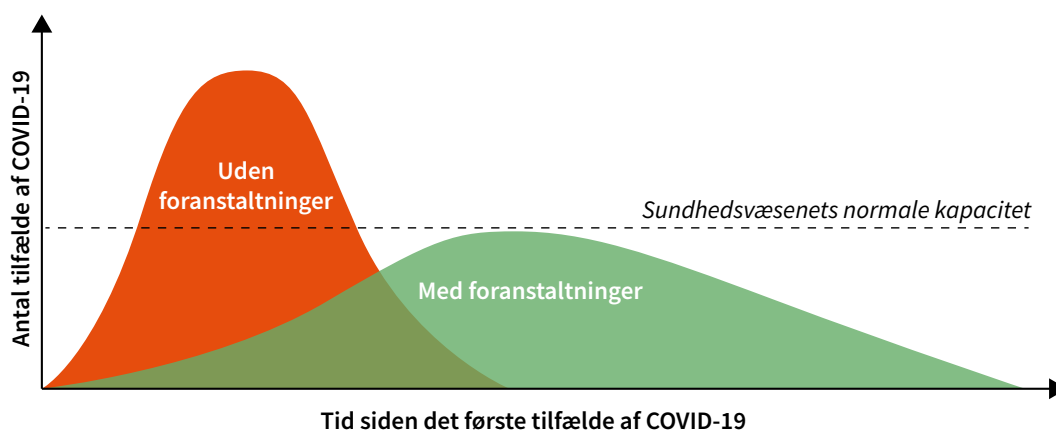
Rangering af prioriteringskriterierne / 13

Sundhedspersonalets nye rolle / 14

Triage nu og i fremtiden / 16

HVIS EN EPIDEMI KOMMER UD AF KONTROL

En karakteristisk figur fra COVID-19 epidemien i foråret 2020 er grafen over 'den røde kurve' og 'den grønne kurve'. Under introduktionen af grafen indskærpede myndighederne vigtigheden af at forblive på den grønne kurve, for ikke at risikere at rykke over på den røde. Men hvad symboliserer 'den røde kurve' egentlig? Det korte svar er, at den røde kurve afbilder situationen, hvor antallet af behandlingskrævende patienter overgår sundhedssystemets kapacitet, altså en situation hvor så mange bliver alvorligt syge, at der ikke længere er ressourcer nok til at sikre alle den mest optimale behandling. I en sådan situation kan sundhedspersonalet, efter visitation af patienterne, blive stillet over for at skulle prioritere mellem de alvorligst syge. Dette kan i sidste ende betyde, at de skal tage stilling til, hvem som skal have hjælp til at leve, og hvem som får lov at dø. En måde at håndtere dette på kan være ved anvendelse af *triage*.



Figur 1: Grafen over den røde kurve og den grønne kurve som er blevet karakteristisk for COVID-19 epidemien i Danmark i foråret 2020.

Første scenarie (den røde kurve) viser en udvikling, hvor der ikke er foretaget nogen foranstaltninger, og smittespredningen af COVID-19 derfor overstiger den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet. Andet scenarie (den grønne kurve) viser en udvikling, hvor der er foretaget foranstaltninger, således at smittespredningen af COVID-19 ikke overstiger den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet.¹

Denne tekst retter sit fokus mod de etiske hensyn, det kan være vigtigt at være opmærksom på, når patienter skal visiteres og prioriteres i forhold til behandling, i et scenarie på den røde kurve.

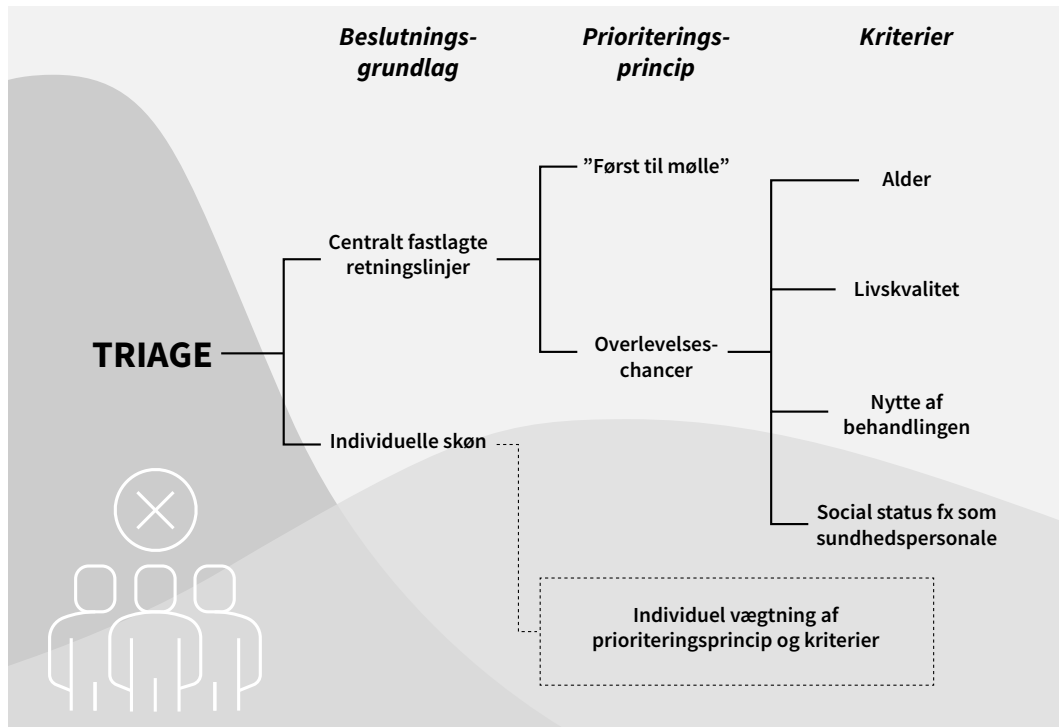
1 Udbrud med COVID-19, Statens Serum Institut, <https://www.ssi.dk/aktuelt/sygdomsudbrud/coronavirus>

Begrebet triage betegner prioritering af patienter i forhold til behandlingstilbud baseret på deres tilstands alvorlighed og deres chancer for helbredelse med eller uden behandling. Oprindeligt blev begrebet anvendt i krigssituationer til håndtering af de mange sårede. Ofte bruges en såkaldt triageringsmodel som et grundlæggende redskab i processen, og ved at vurdere hver enkelt patient efter nogle forudbestemte retningslinjer, fastlægges hvor hurtig og hvor omfattende en behandling, som skal igangsættes. Triage er derfor ikke kun anvendeligt i krisesituationer men også en fast del af arbejdsrutinen bl.a. på akutmodtagelser. Med klare og fastsatte retningslinjer kan fx en akut behandling startes meget hurtigt efter patientens ankomst til sygehuset, hvorved kostbar tid kan spares.

At der må foretages prioriteringer i forhold til behandlingstilbud, efter forudgående visitation af patienter, er almindeligt forekommende inden for sundhedsvæsenet. Ud over en lægefaglig vurdering af, hvad der anses for en hensigtsmæssig behandling, må et økonomisk aspekt ofte også tages i betragtning, fx hvis en særlig dyr behandling ønskes iværksat. Således er prioritering og triagering ikke noget nyt i sig selv. Dog vil situationer, hvori behovet for at prioritere mellem patienter er opstået som følge af akut ressourcemangel, rejse flere vanskelige etiske dilemmaer:

- Helt overordnet set er det værd at overveje, hvem som skal afgøre prioriteringsrækkefølgen af alvorligt syge patienter. Skal det sundhedspersonale, som tilfældigvis er på vagt, træffe beslutningen, eller skal det afgøres af fastsatte nationale retningslinjer, på forhånd udfærdigede af fagpersoner?
- Herudover kan man rejse spørgsmål om, ud fra hvilket etisk princip triagering skal foretages. Bør man prioritere at respektere det enkelte individs interesser, eller skal man hellere tilgode se samfundet mere generelt?
- Hvis man vælger, at vægte det der har størst nytte for samfundet generelt, hvilke kriterier bør så ligge til grund for udvælgelsen af, hvem som bør reddes, og kan nogle kriterier give risiko for uhensigtsmæssig diskrimination? Hvordan afgøres det, hvilke patienter som vil få mest gavn af behandlingen, og hvorvidt skal man tage hensyn til patienternes gavn for samfundet?

I denne tekst uddybes disse etiske aspekter i relation til triage under COVID-19 epidemien.



Figur 2: Niveauer inden for triagering

Situationer hvor antallet af behandlingskrævende patienter overgår sundhedssystemets kapacitet, kan give anledning til flere vanskelige dilemmaer, når patienter skal visiteres og prioriteres i forhold til behandling. I den forbindelse kan det være relevant at reflektere over de etiske hensyn på forskellige niveauer inden for triagering. Overordnet set kan man overveje, hvem der bør stå bag beslutningsgrundlaget. I nogle lande udgøres det af centralt fastsatte retningslinjer, imens en anden mulighed kunne være, at det blev baseret på sundhedspersonalets individuelle og faglige skøn.

Herudover kan man anvende forskellige etiske principper for triagering. Denne tekst retter fokus på princippet om at redde så mange liv som muligt og på "først til mølle" princippet, man ville dog også kunne tage udgangspunkt i endnu andre etiske principper for prioritering. Under princippet om at redde så mange liv som muligt, kan opstilles en række kriterier for prioriteringen af patienter. I denne tekst er etiske aspekter i relation fire udvalgte kriterier uddybet.

Hvis det overordnede beslutningsgrundlag udgøres af sundhedspersonalets individuelle skøn, kan både det etiske princip og prioriteringskriterierne variere, alt efter hvem som træffer det endelige valg.

COVID-19: ERFARINGER FRA EN NY OG UVIS SITUATION

Som beskrevet i teksten [COVID-19: Etik i en krisetid](#), udløste ankomsten af COVID-19 epidemien en krise præget af manglende viden. Den variant af coronavirus, som forårsager den nye sygdom COVID-19, var ikke tidligere kendt for at florere blandt mennesker. Når en ny virus rammer, har man som regel hverken en vaccine imod den eller nogen effektiv og kurativ behandling. Derfor vil man som udgangspunkt kun kunne behandle symptomatisk, dvs. afhjælpe de komplikationer virussen forårsager hos patienten. Som tiden går, kan nye behandlingsmetoder afprøves, og sundhedspersonalet kan uddannes i den bedst mulige håndtering af patienterne, i takt med at man lærer mere om sygdomsbillede og behandlingsforløb.

De fleste COVID-19 patienter oplever milde symptomer, som ikke kræver særlig medicinsk behandling. Dog risikerer en lille procentdel af de ramte patienter alvorlige hel-

bredsmæssige problemer, fx udvikler nogle svær lungepåvirkning, som kræver indlæggelse og behov for intensiv symptomatisk behandling – i nogle tilfælde i respirator.

Hvis mange patienter kræver samme intensive behandling på samme tid, kan der, som nævnt, opstå mangel på ressourcer som fx: udstyr i form af ledige respiratorer; sengepladser med tilpas afskærmning og afstand til andre for at undgå smittespredning; værnemidler til de som omgås syge eller andre sårbare patienter; medicin nok til alle; eller uddannet personale, som ikke selv er smittet.

Situationen kan forværres yderligere af det forhold, at behandlingen af de hårdest ramte COVID-19 patienter kan tage op til flere uger, og i den periode kan der nå at opstå mange nye smittetilfælde i befolkningen.

Uden den mest optimale behandling risikerer de hårdest påvirkede patienter at miste livet som følge af en coronainfektion. Der kan således opstå en ond spiral, hvor antallet af coronadødsfald vil stige forholdsvis meget, hvis alvorligt syge ikke kan behandles, fordi der i forvejen allerede er fyldt på de intensive afdelinger. Det vil også kunne forværre situation, hvis sundhedsmedarbejdere selv bliver smittede, og måske endda bærer smitten videre til andre, under deres daglige møder med nye patienter på belastede sygehuse eller på andre behandlingssteder som fx plejehjem.

Nogle af COVID-19 epidemiens alvorlige konsekvenser er blevet fremstillet i medieafbildningen af sundhedspersonale i afmagt pga. den store tilkomne strøm af patienter til allerede overfyldte sygehusafdelinger fx i Norditalien. At sundhedspersonale må afvise alvorligt syge eller nægte dem besøg af deres pårørende, og samtidig måske endda gå på kompromis med egen sikkerhed pga. mangel på værnemidler, kan give anledning til frustration, og afspejler en situation, som mange vil gå langt for at undgå. I den forbindelse indførte de danske sundhedsmyndigheder, en delvis nedlukning af landet under epidemiens første bølge. Nedlukningen rejser flere etiske spørgsmål, som beskrives nærmere i Det Etske Råds tekst [Etik og prioritering: COVID-19 og samfundsnedlukningens dilemmaer](#).

Heldigvis kom antallet af behandlingskrævende COVID-19 patienter i forbindelse med første bølge af epidemien i Danmark, ikke til at overbelaste sundhedssystemet. Det var derfor muligt at tilbyde alle den symptombehandling, som deres sygdomstilstand har krævet, og for kun en meget lille andel af de indlagte, har en coronainfektion haft dødelige konsekvenser. Andre lande har dog for alvor oplevet virkningerne af en hastig udvikling af epidemien, i form af en voldsom stigning i antallet af COVID-19 patienter på de intensive afdelinger. Dette har resulteret i kaotiske tilstande, og krævet at svære beslutninger blev truffet inden for kort tid. God forberedelse kan udgøre et vigtigt grundlag for et bedre beredskab, hvis en lignende sundhedsmæssig krise skulle opstå i Danmark. Derfor er det relevant at reflektere over, hvordan man sikrer den bedst mulige triageringsstrategi, hvis krisescenarier skulle blive en realitet i her i landet engang i fremtiden – som følge af en ny opblomstring af COVID-19 epidemien eller en anden infektionssygdom.

TRIAGE – HVEM STÅR BAG BESLUTNINGSGRUNDLAGET?

Det kan som beskrevet, have betydning at gøre sig overvejelser på forhånd om den etiske baggrund for triage, og hvordan der skal handles i praksis, hvis epidemien kommer ud af kontrol. Et af de spørgsmål, som kan rejses er, hvem der bør stå bag de triageringsprincipper som skal følges?

En mulighed kan være, at beslutningsgrundlaget for triagering udgøres af centralt fastlagte retningslinjer. En sådan fast national vejledning kan være med til at øge mulighederne for transparent og ensartet behandling af alle landets patienter. Generelt for arbejdet med mennesker, fx inden for sundhedsvæsenet, gælder dog, at ingen retningslinje kan føres igennem uden en kvalificeret vurdering foretaget af fagpersonalet i hver enkelt situation. Ofte kan omstændighederne, hvori patienterne befinder sig, være meget forskelligartede, og særlige individuelle hensyn vil derfor i nogen tilfælde anses for at være nødvendige.

Selvom det således er det behandlingsansvarlige sundhedspersonale, som i sidste ende træffer de endelige valg, ud fra en faglig afvejning, kan det være en fordel, hvis der let kan findes vejledning og konkrete anvisninger, når livsvigtige beslutninger skal tages akut. Herudover kan det være en støtte at vide, at det overordnede ansvar for valg og fravalg placeres højere oppe i sundhedssystemet. Samme fordel kan gøre sig gældende for fx praktiserende læger, som skal visitere patienter til indlæggelse.

Et alternativ til de fastsatte retningslinjer kan være, at triageringsbeslutningerne baseres på sundhedspersonalets individuelle skøn. For er der rent faktisk et reelt behov for meget direkte anvisende retningslinjer for sundhedspersonalets praktiske beslutninger? Der kan argumenteres for, at de samme afgørelser vil blive truffet alligevel, hvis det er op til den enkelte sundhedsmedarbejder at vurdere patienter ud fra egen bedste overbevisning – naturligvis ved brug af sin uddannelses- og erfaringsbaggrund, og eventuelt efter sparring med kollegaer. Endnu et argument kan være, at unødigt tid spares, når det ikke er nødvendigt at skulle slå op i de fælles anvisninger forud for en akut beslutning.

På den anden side kan man spørge om rimeligheden i denne problematisering af centralt fastsatte retningslinjer, og om hvorvidt sundhedspersonalet ikke bør have krav på sådanne anvisninger at læne sig opad i en kaotisk situation?

I lande som Italien, Schweiz, Sverige, Norge, Tyskland og Storbritannien har man i forbindelse med COVID-19 epidemien valgt at udgive nationale retningslinjer for triage, som kort og overskueligt henviser sundhedspersonalet til konkrete handlinger. Fælles for disse er en overordnet intention om primært at behandle de patienter, som herved vil få de bedste overlevelseshancer, således så mange liv som muligt reddes. Her eksemplificeret i de schweiziske retningslinjer, hvori det anvises, at det overordnede mål

med behandlingen er, at nedbringe antallet af patienter som dør eller bliver alvorligt syge som følge af en coronainfektion.

“Under conditions of acute scarcity, all measures are guided by the aim of minimizing the number of deaths. Decisions should be made in such a way as to ensure that as few people as possible become severely ill or die.”²

Citat på dansk: *”Ved akut ressourcemangel sættes alle midler ind for at minimere antallet af døde. Beslutninger bør træffes så det sikres, at så få mennesker som muligt bliver alvorligt syge eller dør.”*

Som udgangspunkt vil man, ved ressourcemangel, forsøge at overkomme problemet ved at anskaffe de knappe ressourcer ved allokering af disse fra fx fjernlagre eller sygehuse i andre dele af landet med et lavere smittepres. Et alternativ kan også være overflytning af patienter til behandlingssteder med mere overskud. Først hvis disse muligheder allerede er afsøgt, og situationen stadig er kritisk, skal de særlige triageringsretningslinjer tages i anvendelse.

ETISKE PRINCIPPER FOR TRIAGE

PRINCIPPET OM AT REDDE SÅ MANGE LIV SOM MULIGT

Som nævnt, er det målet med retningslinjerne for triage, i forbindelse med COVID-19 epidemien, i flere lande, at sikre at så mange liv som muligt reddes. Behandling afgøres altså af overlevelseschancer, og dette princip for prioritering bygger på fundamentale etiske værdier som selvbestemmelse, omsorg, retfærdighed, medmenneskelighed og ligeværd. Intentionen er, at de sparsomme ressourcer udnyttes til fælles bedste, ud fra en upartisk vurdering. Således anskues prioriteringen altså fra et nytteetisk perspektiv.

Et argument imod prioriteringsprincippet er dog, at man, ved at prioritere de patienter som højst sandsynligt vil komme sig bedst og hurtigst efter behandling, må fravælge mennesker som allerede er helbredstruede i forvejen, som følge af andre sygdomme. Da andelen af mennesker som lever med sundhedsmæssige udfordringer typisk er større blandt bestemte befolkningsgrupper, end den er i befolkningen som helhed, risikerer man den negative konsekvens, at nogen diskrimineres indirekte. Befolkningsgrupperne som rammes, kunne meget vel være ældre eller socialt udsatte borgere. I kraft af deres, ofte nedsatte, sundhedstilstand eller livsstil, risikerer de at blive nedprioriteret i forhold til behandling for COVID-19, på trods af at deres liv kan betragtes som værende lige så meget værd som andres.

Et andet aspekt at tage hensyn til, hvis man vælger at prioritere ud fra princippet om at redde så mange liv som muligt, er at der inden for denne målsætning findes flere variable. For hvorvidt skal man tage højde for værdien af de reddede patienters videre liv? I

² COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity, Swiss Academy of Medical Sciences, 24 marts 2020, <https://www.sams.ch/en/Ethics/Topics-A-to-Z/Intensive-care-medicine.html>

hvor høj grad bør man vægte antallet af 'vundne leveår, ' hos de patienter som reddes, i forhold til antallet af reddede liv generelt?

Forventet restlevetid udgør en vigtig parameter i fx de svenske retningslinjer for triagering ved ressourceknaphed. Disse anviser, at patienter skal prioriteres, bl.a. efter om de har mere end 12 eller mindre eller 6 måneders forventet levetid tilbage.³ Behandlingen tilbydes fortrinsvist de patienter, man forventer vil have et længere liv, og derved flere vundne leveår, i vente.

Endvidere kan det ligeledes diskuteres, hvorvidt og hvordan kvaliteten af de vundne leveår skal spille en rolle, og om man således skal prioritere på baggrund af flest 'kvalitetsjusterede leveår', og tage fx symptomer, smerte og psykisk helbred med i betragtningen. Beskrivelsen af livskvalitet som prioriteringskriterie uddybes senere i denne tekst.

"FØRST TIL MØLLE" PRINCIPPET

Et andet etisk princip for visitation og prioritering er "først til mølle" princippet, hvor enhver, som søger hjælp, prioriteres og behandles efter den rækkefølge de ankommer i. Ud fra dette princip har alle patienter samme ret til behandling efter en klinisk vurdering af, hvad der er nødvendigt for den enkelte. Således er perspektivet her pligtetisk og baseret på ideen om, at alle patienters individuelle interesser er lige meget værd, og at behandlingen bør tilrettelægges efter, hvad der tjener hver enkelt patient bedst.

I situationer, hvor fx behandlingsressourcer eller økonomiske midler er begrænsede, kan denne målsætning dog være vanskelig at leve op til. Et argument imod "først til mølle" princippet er, at det risikerer at koste flere menneskeliv, da en del af ressourcerne vil blive dedikeret til meget svage patienter, som måske, efter en stor indsats, alligevel ikke overlever. Samtidigt må andre patienter, som kunne have større overlevelseschancer med behandling, vente forgæves på deres tur. For nogle COVID-19 patienter vil det måske kunne betyde, at de, uanset sygdomsstatus, fx ikke kan tilbydes respiratorbehandling, simpelthen fordi en anden patient blev lagt i respiratoren først og måske har brug for den i en længere periode. Et yderligere argument imod "først til mølle" princippet er, at man ved brug af det måske alligevel også kommer til indirekte at diskriminere, idet nogle befolkningsgrupper er mindre opsøgende i forhold til at få hjælp end andre. Dette kan fx skyldes, at de har sværere ved fysisk at flytte sig hjemmefra, eller at de, i kraft af deres livsstil, generelt kun henvender sig mere sporadisk i sundhedssystemet. De udsatte befolkningsgrupper i denne sammenhæng forekommer at overlappes, med de som også vil blive påvirket af et princip om prioritering baseret på overlevelseschancer.

KRITERIER FOR LIV ELLER DØD

Diskrimination er altså svært at undgå, uanset hvilket etisk princip man vælger. Alligevel vejer prioriteringen om at redde så mange liv som muligt tungest mange steder. En stor udfordring er dog at beslutte, hvilke kriterier som bør ligge til grund for prioriteringen,

3 Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden, Socialstyrelsen, 29 april 2020, <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/nytt-stod-med-nationella-principer-for-prioritering-inom-intensivvard/>

når de enkelte patienter vurderes. Herunder præsenteres fire udvalgte prioriteringskriterier og relaterede etiske overvejelser.

ALDER

Ved at undersøge sygdomsbilledet, blandt de mennesker i verden som indtil nu har været diagnosticerede med COVID-19, har man observeret en sammenhæng mellem alder og alvorligheden af sygdomsforløbet. Data fra Sundhedsstyrelsen viser ligeledes, at procentdelen af døde, i forhold til bekræftede patienter, er højst blandt den ældre del af befolkningen. Specielt for mennesker over 80 år er dødstallet højt, men også gruppen af 70-80-årige rammes generelt hårdere end yngre af COVID-19.⁴ Denne relativt ringere prognose for overlevelse kan give et incitament til at medtage alder som et kriterie for prioritering af patienter.

Endnu et argument for at fravælge ældre patienter i forhold til behandling er, at de allerede, i modsætning til yngre, har oplevet mange år af livet. Ud fra dette synspunkt, kan det derfor bedre retfærdiggøres, hvis ældre må undvære resten af livet, for at yngre med livet for sig kan reddes. En sådan argumentation anvender fx den amerikanske bioetiker Franklin G. Miller:

”In addition to older patients having a relatively poor prognosis, the number of years of life that they have had the opportunity to experience supports an age criterion for rationing ventilators.”⁵

Citat på dansk: ”Udover at ældre patienter har en relativt dårlig prognose, vil antallet af leveår, de har haft mulighed for at opleve, understøtte alder som et kriterie i rationeringen af respiratorer.”

Om mennesker ældre end 80 år skriver han videre:

“It seems fair to say that people who have reached that milestone have enjoyed an opportunity to live a complete life. On average, not many years of life with relatively good health and functioning are left to those aged 80.” [5]

Citat på dansk: ”Det forekommer retfærdigt at mene, at mennesker, som har nået denne milepæl, har nydt godt af muligheden for at leve et helt liv. I gennemsnit vil en 80-årig ikke have mange år med relativt godt helbred og højt funktionsniveau tilbage at leve i.”

Franklin G. Miller går altså ind for anvendelsen af alder som et kriterie for rationering af ressourcer, selvom han dog ikke mener, at det skal være det eneste afgørende kriterie. Ideen, om at alder ikke må være afgørende i sig selv, findes ligeledes i flere landes retningslinjer for triage i forbindelse med COVID-19 epidemien. Alderskriteriet vægtes forskelligt, men generelt anvendes det indirekte, da ældre ofte lider af andre sygdomme

4 Sundhedsstyrelsen, Tal og overvågning af COVID-19, <https://www.sst.dk/da/corona/tal-og-overvaagning#3>

5 Why I Support Age-Related Rationing of Ventilators for Covid-19 Patients, Franklin G Miller, Hastings Bioethics Forum, 9 april 2020, <https://www.thehastingscenter.org/why-i-support-age-related-rationing-of-ventilators-for-covid-19-patients/>

og derved er mere sårbare overfor COVID-19. I de schweiziske retningslinjer beskrives dette således:

“Age in itself is not to be applied as a criterion, as this would be to accord less value to older than to younger people, thus infringing the constitutional prohibition on discrimination. Age is, however, indirectly taken into account under the main criterion «short-term prognosis», since older people more frequently suffer from comorbidity. In connection with COVID-19, age is a risk factor for mortality and must therefore be taken into account.” [2]

Citat på dansk: *“Alder kan i sig selv ikke anvendes som kriterie, da det vil være at tillægge ældre mennesker mindre værdi end yngre, og derved krænke det forfatningsmæssige forbud mod diskrimination. Alder kommer dog indirekte i betragtning under kriteriet ”korttids prognose,” siden ældre mennesker oftere lider af andre sygdomme. I forhold til COVID-19 er alder en risikofaktor for død, og må derfor tages hensyn til.”*

Ifølge citatet vil det altså være diskrimination direkte at udelukke patienter fra behandling alene pga. deres alder; men fordi ældre ofte vil have en ringere prognose pga. komorbiditet (flere sygdomme på samme tid hos samme person), bruges alderskriteriet alligevel indirekte. Netop dette forhold rejser endnu et etisk dilemma, for selvom komorbiditet er en reel risikofaktor for mange ældre patienter, kan det også gøre sig gældende blandt yngre. Derfor kan en rask 80-årig godt have bedre overlevelseschancer med COVID-19 end en yngre patient, som i forvejen er udfordret af andre sygdomme. Ud fra denne argumentation forekommer det derfor væsentligt at overveje, hvad der udgør det samlede billede af risikofaktorer hos hver enkelt COVID-19 patient, og i denne sammenhæng synes især komorbiditet at være vigtigt at forholde sig til. I Storbritannien har man udgivet en overskuelig algoritme, til hurtig triagering af COVID-19 patienter, som netop sammenholder patientens alder og komorbiditet. I den betragtes gruppen af ellers raske COVID-19 patienter over 65 år særskilt fra gruppen af alle andre patienter. De ældre patienter i førstnævnte gruppe vurderes bl.a. ud fra en generel bedømmelse af skrøbelighed, hvorimod patienter i den sidstnævnte gruppe kræver en mere individualiseret vurdering.⁶

LIVSKVALITET

I forlængelse af diskussionen af alderskriteriet kan man ligeledes overveje, hvor stor en rolle livskvalitet skal spille. Argumentet for at prioritere patienter med flest leveår i vente, kan udfordres af spørgsmålet om kvaliteten af det liv som venter. Skal man for alt i verden redde en patient, hvis man ved, at vedkommende vil opleve lidelse resten af livet? Som nævnt, har man endnu blot mulighed for at symptombehandle, og nogle COVID-19 patienter skades på lungerne, før deres immunforsvar får bekæmpet virus. Sådanne skader kan muligvis forårsage mén på længere sigt og måske føre til, at sårbare patienter vil være særligt udsatte i forbindelse med andre luftvejsinfektioner som fx influenza. Det kan således være svært at forudsige, hvordan et COVID-19 sygdomsforløb kan komme til at påvirke patienters livskvalitet. Herudover er det vanskeligt overhovedet at vurdere, hvad livskvalitet er for den enkelte, da begrebet opfattes individuelt. Det kan være meget forskelligt, hvad der betragtes som et lykkeligt i liv, og det er ikke

6 COVID-19 rapid guideline: critical care in adults, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 20 marts 2020, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>

nødvendigtvis den fysiske alder og antallet af leveår man har i vente, som er afgørende herfor.

Af den grund kan det også være en udfordring for sundhedspersonalet, at bedømme, hvad der reelt er i et andet menneskes bedste interesse, og hvilket liv en patient, om muligt, reddes til. Vurderingen af livskvalitet er derfor generelt ikke en prioriteringsfaktor i sig selv.

Derimod kommer patienters egen opfattelse af personlig livskvalitet til udtryk i retten til selvbestemmelse, som gør det muligt, at frasige sig en livsforlængende behandling fx ud fra en mening om, at den hellere skal komme en anden til gode. I den forbindelse kan man overveje det etiske hensyn til patientens autonomi, og hvorledes det bedst sikres, at sundhedspersonalet ikke kommer til at påvirke den individuelle beslutning i en bestemt retning. I nogen tilfælde, som hvis patienten fx lider af alvorlig mental retardering eller demens, kan pårørende træffe beslutningen, og også i denne situation kan man pege på, at det vigtigt at have øje for, at værdier og præferencer er individuelle.

NYTTE AF BEHANDLINGEN

Symptomatisk respiratorbehandling i op til flere uger kan, som beskrevet, i nogle tilfælde indebære bivirkninger som fx yderligere lungeskade eller sekundær infektion. Derfor er målet, at få COVID-19 patienter ud af respiratoren, så snart de kan trække vejret selvstændigt. I situationer med mangel på respiratorer til alle, må effekten af behandlingen således evalueres løbende, med det formål hurtigst muligt at kunne flytte patienter i bedring ud fra intensiv afdeling, og herved frigive plads til andre.

Hvad angår de patienter, som derimod ikke er i bedring, og hvis tilstand endda forværres på trods af respiratorbehandlingen, må sundhedspersonalet, om nødvendigt, tage beslutningen om at fjerne respiratoren for at kunne tilbyde den til en anden. Herefter overføres den kritiske patient til palliativ behandling. I de italienske triageringsretningslinjer er dette beskrevet således:

“When a patient is not responding to prolonged life-sustaining treatments, or severe clinical complications arise, a decision to withhold or withdraw further or ongoing therapies should not be postponed in a resource-limited setting during an epidemic.”⁷

Oversat på dansk: *”Hvis en patient ikke reagerer på livsforlængende behandling, eller hvis der opstår alvorlige kliniske komplikationer, bør beslutningen om at tilbageholde eller stoppe fremadrettet eller igangværende behandling – i en ressourcebegrænset situation under en epidemi – ikke udsættes.”*

Den løbende vurdering af behandlingssucces hos de enkelte patienter rejser endnu et vanskeligt etisk dilemma for sundhedspersonalet, for hvor ofte skal behandlingen eva-

7 Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances, SIAARTI, 16 marts 2020, <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>

lueres, og hvor længe bør forløbet strække sig, før man endeligt kan konkludere at behandlingen er udsigtsløs?

Behandlingsforløb er sjældent identiske, og patienters status kan hurtigt forandres, som tilstanden svinger imellem bedring og svækkelse. Triage er altså en dynamisk proces, som kan give anledning til bekymringer om, hvorledes det sikres, at man ikke for hurtigt træffer beslutning om at fratage patienter livsunderstøttende behandling.

SÆRLIG FORTRINSRET FOR SUNDHEDSPERSONALE

Sundhedspersonale i COVID-19 beredskabet påtager sig en vis risiko i kraft af deres arbejde, som kan indebære kontakt med mange smittede. Omkostningerne herved kan, for den enkelte, være høje, og bekymring for at bringe smitten videre til patienter, kollegaer eller hjem til familien har medført, at nogle udsatte sundhedsmedarbejdere har isoleret sig for at begrænse den familiære kontakt. Man kan derfor mene, at staten til gengæld må have en særlig forpligtelse over for dem, som forventes at påtage sig det sundhedsfaglige arbejde under en epidemi, hvilket kan være særlig risikofyldt og stressende. Ud over de personlige omkostninger, har sundhedspersonalets risiko og helbred også stor betydning for samfundet generelt. Tilstedeværelsen af rask personale, til at varetage omsorg og behandling af de mange syge under en epidemi, er helt afgørende.

Disse argumenter taler for, at sundhedsmedarbejdere skal have en særlig fortrinsret med hensyn til behandling, og at status som sundhedspersonale kan være et prioriteringskriterie i sig selv. En yderligere fordel ved en sådan fortrinsret kan være, at den måske også motiverer flere til at påtage sig sundhedsfagligt arbejde, og herved sikrer tilstrækkeligt personale.

På den anden side, er der dog også indvendinger imod at anvende sundhedserhvervet som et socialt kriterie for behandlingsprioritering. Et argument er, at alvorligt syge COVID-19 patienter, uanset social status, ofte skal igennem et længerevarende behandlingsforløb. Der vil derfor alligevel gå forholdsvis lang tid, før de syge sundhedsmedarbejdere vil være klar til at genoptage arbejdet med at hjælpe andre. Herudover kan der argumenteres for, at prioriteringskriteriets begrænsning kan være meget vanskelig at definere, idet flere faggrupper, ud over sundhedspersonalet, ligeledes påtager sig risikofyldt arbejde i forbindelse med COVID-19 epidemien. Man kan således spørge om fx rengøringspersonale, chauffører, bedemænd mm., også bør have ret til en særlig fordel med hensyn til behandling? Hvis det er tilfældet, kan det medføre en vis risiko for diskrimination af den del af befolkningen, som er ledige eller har andre beskæftigelser, og derfor ikke har samme fortrinsret.

Rangering af prioriteringskriterierne

Dilemmaet om prioriteringskriterierne tilføjes endnu et lag, hvis flere patienter i vurderingsøjeblikket har tilsvarende chancer for overlevelse med behandling, som pga. ressourcemangel ikke kan tilbydes alle. For at imødegå sådanne situationer, kan det være

relevant at overveje om og hvordan, de enkelte kriterier skal rangere i forhold til hinanden.

I triageringsretningslinjerne fra Schweiz tillægges nogle kriterier mere vægt end andre, når beslutninger, om hvem som tilbydes behandling, skal træffes. I disse retningslinjerne skelnes mellem to stadier af ressourcemangel. Stadie A karakteriseres ved begrænset kapacitet på de intensive afdelinger, hvorimod stadie B afspejler en situation, hvor alle sengepladser på intensiv er optaget, og man derfor har nået den maksimale kapacitet. De forskellige prioriteringskriterier vægtes således, at nogle af dem, som fx alvorlig komorbiditet, spiller ind i forhold til triage på stadie A, hvorimod andre, som fx alderskriteriet, først bliver afgørende, hvis situationen forværres til stadie B. Derved rangerer alderskriteriet altså længere nede end andre kriterier i de schweiziske anvisninger. [2]

SUNDHEDSPERSONALETS NYE ROLLE

Sundhedspersonalet må, som nævnt, jævnlige foretage vanskelige prioriteringer, som fx at vurdere i hvilke tilfælde enkeltindivider skal tilbydes avanceret og dyr behandling, i et system hvor midlerne aldrig er uendelige. I sådanne situationer vil man kunne argumentere for, at er det nødvendigt ikke blot at forholde sig til patientens bedste, men også til samfundets økonomi, og derved det fælles bedste.

Hvis en epidemi som COVID-19 epidemien kommer ud af kontrol, og behandlingskapaciteten overskrides, opstår der dog en ny kontekst, som forandrer sundhedspersonalets rolle betragteligt, blandt andet på følgende vigtige punkter:

1. Nogle sundhedsmedarbejdere overflyttes/udlånes til afdelinger direkte involveret i behandling og pleje af COVID-19 patienter, eller til afdelinger som varetager prøvetagning og analyse i forbindelse med testning for infektion. En stor del af det samlede sundhedspersonale vil derfor skulle forholde sig til kerneopgaver inden for et helt nyt fagområde, nye kollegaer og andre patientgrupper end vanligt. Dette vil i mange tilfælde stille store krav til fleksibilitet, samarbejdsevne og villighed til omskoling. I en krisesituation kræver det mod, at påtage sig den risiko det er at agere i et nyt felt, hvor der skal handles hurtigt og træffes vanskelige beslutninger med grundig omtanke for egen og andres sikkerhed.

I Danmark har flere sundhedsmedarbejdere allerede oplevet at skulle indgå i COVID-19 beredskabet bl.a. for at sikre en høj testkapacitet. Når en del af sundhedspersonalet herved i en periode forlader sit vanlige arbejdssted, kan det give anledning til bekymring om, hvem som i den tid skal varetage disse medarbejderes sædvanlige opgaver? Det kan således være relevant at overveje, hvorvidt der efterlades et ansvar om at påtage sig ekstraarbejde, hos den personalegruppe som bliver tilbage på hjemmeafdelingen, og om hvorvidt denne afdeling kan straffes økonomisk, hvis den normale aktivitet ikke kan opretholdes?

2. Prioritering mellem liv og død kan i en krisesituation blive en stor del af sundhedspersonalets arbejde. Med sigtet mod en optimal udnyttelse af sparsomme ressourcer, og derved at rede så mange liv som muligt, er spørgsmålet ikke længere kun, hvordan den enkelte patients personlige behov bedst tilgodeses; men sand-

synligheden for behandlingssucces skal også tages med i betragtningen. Målet er, som beskrevet, at sikre samfundets fælles bedste, også selvom det kan betyde, at alvorligt syge patienter, med ringe men dog reelle overlevelseshancer, må nægtes livsnødvendig behandling. Beslutninger af denne art naturligt kan være tunge og særdeles ubehagelige for den enkelte sundhedsmedarbejder alene. Derfor lægges der vægt på, at sundhedspersonalet rådfører sig med hinanden og kan søge opbakning hos ledelsen. Ofte vil afgørelser om akut intensiv behandling, dog skulle foregå hurtigt og uden tid til dybere etiske overvejelser inden behandlingen sættes i gang. Disse arbejdsforhold kan opleves kaotiske og medføre et stort psykisk pres på sundhedspersonalet. Bekymringer for netop dette, i relation til COVID-19 epidemien, udtrykkes af lægeforeningen British Medical Association (BMA).

“If it becomes necessary to make these decisions, they are likely to have a significant emotional impact on health workers, both in the short term and, in some cases, more enduringly. Such decisions may adversely affect the family and friends of healthcare staff. Doctors and other frontline health workers are already overstretched, and the ability of the health system to respond to the pandemic will be dependent upon their wellbeing.”⁸

Citat på dansk: "Hvis det bliver nødvendigt at træffe disse beslutninger, kan de sandsynligvis have en betydelig følelsesmæssig indflydelse på sundhedsmedarbejdere, både på kort sigt eller i nogle tilfælde varigt. Sådanne beslutninger kan således ligeledes have en negativ påvirkning på sundhedspersonalets familie og venner. Læger og andre sundhedsmedarbejdere er i forvejen overbebyrdede, og håndteringen af pandemien i sundhedssystemet vil være afhængig af medarbejdernes trivsel."

Hertil kommer, som tidligere beskrevet, at sundhedsmedarbejdere eksponeres for yderligere psykiske udfordringer i relation til arbejdsrisiko og, for nogle, frygt for at bære smitten videre. Det er derfor relevant at reflektere over, hvordan man bør værne om sundhedspersonalets fysiske og psykiske sundhed, og hvordan det udsatte personalets tillid til myndighederne opretholdes. I den forbindelse er tilgængelighed af de rette værnemidler, de rette muligheder for uddannelse og oplysning, samt muligheden for psykologisk hjælp vigtige aspekter at tage i betragtning.

3. I situationer hvor nogle patienter må fravælges i forhold til behandling, vil de og deres pårørende skulle informeres om denne afgørelse. Sundhedspersonalet skal således fungere som budbringere af sådanne tunge og alvorlige beskeder om prioritering oftere end sædvanligt. I den forbindelse er det relevant at rejse spørgsmål om, hvordan dette gøres med størst mulig omsorg og medfølelse for de involverede, - og hvordan det bedst undgås, at nogle patienter vil føle sig uretfærdigt behandlere eller ligefrem diskriminerede, som følge af det valg der er truffet? Det er også væsentligt at overveje, hvordan det sikres, at et fravalg i forhold til en specifik behandling ikke bliver ensbetydende med, at patienter og pårørende oplever at være blevet glemt eller opgivet?

⁸ COVID-19 – ethical issues. A guidance note, British Medical Association, <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/ethics/covid-19-ethical-issues>

Generelt forekommer det, at en høj grad af transparens i forhold til beslutningsgrundlaget er mest hensigtsmæssigt, fx bemærkes følgende i de italienske retningslinjer for triage:

“Patients and their families interested in applying the criteria must be informed of the extraordinary nature of the measures in place, due to an issue of duty of transparency and maintenance of trust in the public health service.” [7]

Oversat på dansk: ”Patienter og deres familier som påvirkes af de anvendte kriterier skal informeres om den ekstraordinære situation. Dette bør gøres for at sikre gennemsigtighed og opretholdelse af tillid til det offentlige sundhedssystem.”

Hvis det, for patienterne, er gennemskueligt, hvilke betragtninger som er gået forud for en bestemt afgørelse, skabes bedre betingelser for opretholdelsen af tilliden til myndighederne, og den enkelte vil opnå bedre forudsætninger for at forstå og i sidste ende acceptere situationen.

I forhold til det efterfølgende forløb, påpeger fx BMA vigtigheden af, at patienter, som fravælges i forhold til en specifik behandling, stadig tilbydes opmærksomhed, omsorg og bedst lindrende symptombehandling.

Et andet forhold, som kan være vanskeligt at forholde sig til som patient eller pårørende når en behandling enten ikke tilbydes eller må opgives, er det generelle besøgsforbud. I lande hvor epidemien har været på sit højeste, har nogle patienter måtte lide den triste skæbne at dø alene på sygehuset – et dilemma som uddybes i teksten [COVID-19, sårbare og etik](#). Dette kan give anledning til overvejelser om en mulig lempelse af reglerne i netop disse alvorlige situationer. Forbuddet mod besøg er indført for at mindske smittespredning mest muligt, hvilket især er vigtigt på et sygehus, hvor mange sårbare mennesker er samlet. Dog kan der, på den anden side, argumenteres for, at pårørende og eventuelt en præst skal have lov til at være tilstede i løbet af en døendes sidste tid, for at bevare dette menneskes værdighed.

TRIAGE NU OG I FREMTIDEN

COVID-19 epidemien har haft alvorlige konsekvenser for patienter og for sundhedspersonale mange steder i verden. Derfor er det vigtigt at anerkende de mange etiske dilemmaer, som kan opstå på 'den røde kurve'. Mange af disse dilemmaer opstår som følge af sundhedspersonalets nye udfordringer, når rigtig mange alvorligt syge skal behandles samtidigt. Dette stiller store krav både fysisk og psykisk. En læge fra New York beskriver sine tanker om situationen således:

“Those of us who work in the E.R. are accustomed to pushing our patients’ mortality to the edge. My promise to them has always been that when they come through those E.R. doors, I will do everything I can to help them live. This is how we approached every shift. In a way, that job was easy. Do everything possible, unless the patient or family has explicitly expressed otherwise. This is no longer the sole operating principle of emergency medicine in New York City. It has been less than six weeks, but I’ve never felt less

useful as a doctor. The one thing I can do — what I think will matter most, in the end — is just to be a person first, for these patients and their families.”⁹

Citat på dansk: ”De af os, som arbejder i akutmodtagelsen, er vant til at skubbe vores patienters dødelighed til den yderste grænse. Mit løfte til dem har altid været, at jeg vil gøre, alt hvad jeg kan for at redde deres liv, fra det øjeblik de kommer ind af døren. Denne tilgang havde vi ved hvert vagtskifte. På en måde var det arbejde enkelt - gør alt hvad der står i din magt, medmindre patienter eller pårørende eksplicit har udtrykt andet. Dette er dog ikke længere det eneste gældende princip ved akutmedicin i New York City. Der er kun gået seks uger, men jeg har aldrig følt mig mindre nyttig som læge. Det eneste jeg kan gøre - og hvad jeg tror i sidste ende vil betyde mest - er bare at være der som menneske for disse patienter og deres familier.”

Netop her fremhæves en vigtig pointe: Betydningen af at bibeholde medmenneskeligheden og blikket for den enkelte, i hvad, der for sundhedsmedarbejdere, vil kunne føles som en uendelig strøm af patienter gennem systemet. For at give sundhedspersonalet forudsætninger for kunne udvise dette overskud, er en faktor som arbejdsmiljø, som beskrevet, vigtigt at forholde sig til. Herudover er det relevant at overveje, hvad der bør gøres for at mindske risikoen for, at epidemien vil skabe kaotiske tilstande, som vil tvinge sundhedspersonalet til at skulle prioritere mellem patienter på et uklart etisk grundlag.

Målet for de danske myndigheder er at mindske smitten således, at man her i landet heller ikke fremover skal opleve 'den røde kurves' konsekvenser; men i en uforudsigelig situation kan dette være en vanskelig opgave, og det er umuligt at gardere sig helt. Derfor er det vigtigt, at tænke over hvordan man bør forberede sig på 'worst-case scenario', hvordan ressourcerne bedst fordeles, og hvordan man træffer de svære valg med respekt for både befolkningen og det enkelte individ.

Endnu er der, ved offentliggørelsen af denne tekst (primo juli 2020), ikke udgivet nogle nationale retningslinjer for triagering under mulige fremtidige epidemier i Danmark. Dog har de fem danske regioner for nyligt udsendt et oplæg til en fælles operationel vejledning med titlen ”Visitation, prioritering og etiske overvejelser ifm. behandling af kritisk syge patienter på intensivafsnit”.¹⁰ Oplægget vil, sammen med andre landes triageringsretningslinjer, kunne fungere som god inspiration og udgangspunkt for drøftelse af en endelig dansk triageringsstrategi. I den forbindelse påpeger Det Ethiske Råd, med denne ovenstående tekst, nogle af de etiske hensyn, som er vigtige at have fokus på.

9 I'm an E.R. Doctor in New York. None of Us Will Ever Be the Same., Helen Ouyang, New York Times, 14 april 2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/14/magazine/coronavirus-er-doctor-diary-new-york-city.html>

10 Visitation, prioritering og etiske overvejelser ifm. behandling af kritisk syge patienter på intensivafsnit, De fem danske regioners oplæg til vejledning, <https://www.altinget.dk/misc/Opl%C3%A6g.pdf>