

# Etiske utfordringer - prioriteringer og kapasitet

Lederkonferansen 2021  
Norsk sykehus - og helsetjenesteforening  
Øyvind Skraastad  
Akuttklinikken  
Oslo Universitetssykehus

Erfaringer fra pandemisk  
influensa fra intensivavdelingen  
Presentasjon fra NSH oktober 2010

# NY PANDEMI INTENSIV 2020



## Målsetting fra sist:

- Ha tilstrekkelig intensivkapasitet
- Sikre de ansatte egnet smittevernutstyr
- Holde ut til vaksinen kommer

## Verktøy :

- All tilgjengelig kompetanse mobiliseres i planer og gjennomføring
- Best mulig organisering og samhandling
- Tett kontakt fag - ledelse

# Pandemi – er mangekamp – mye av løsningen er intensivkapasitet og ledelse

## Identifisere behov - planlegge, beslutte, gjennomføre

- Å ha intensivkapasitet og håndtere pasientenes behov - prioritere valg av behandling, organisere og styre de ressursene vi har
  - Vi må forvalte de viktigste kliniske aktørene best mulig – sykepleiere og leger- og ivareta deres yteevne
  - Ledere må stå i det – og forholde seg til virkeligheten, tåle belastninger, bære risiko med vilje og evne til å holde ut
- «Do not crack under pressure» (Tag Heurer)

# Covid pandemi i intensiv er mangekamp om kapasitet – resultatet avgjøres utenfor sykehuset og i sykehuset

- Sykehusenes kapasitet og yteevne er helt avhengige av:
  - effektive smitteverntiltak i befolkningen og forståelse og lojal oppfølging
  - effektivt og tilgjengelig smittevernutstyr og etter hvert prioritering for vaksinasjon
  - ressurstilførsel – mtp samtidig oppgaveløsning for andre pasienter, redusert øvrig aktivitet . Det forsvinner inntekter og tilkommer kostnader
  - åpne grenser for å flytte sykepleierressurser til Norge

# Intensivbehandling

- **Akutt behandling for kritisk/livstruende** sykdommer eller skader. **Behandling** av tilstanden er **mulig og vurderes som nyttig** for pasienten. Behandling kan gis på ulike nivåer og i ulik varighet.
- Pasienten har **risiko for mortalitet** under pågående behandling og senere i forløpet . Intensivbehandling kan gi **alvorlige ettervirkninger** hos de som overlever. COVID er en ny sykdom som ofte krever langvarig intensivbehandling
- Tilgjengelig intensivkapasitet er helt avgjørende for utfallet for COVID intensivpasienten.
- **Uten tilstrekkelig kapasitet – grad av svikt og risiko for sammenbrudd**

# Interregionalt kapasitetsutvalg rapport i desember 2019:

## Intensivkapasitet og aktivitet i Norge

- Intensivkapasitet - ca 250 intensivsenger fordelt på 38 enheter (5 bemannede intensivsenger per 100000) - ca 500 overvåkningssenger (10 per 100000 )
- Intensivkapasitet benyttes til:
  - Ø. hj pasienter : Covid+ øvrig øhj (akutt kritisk sykdom eller skade)
  - Elektive pasienter : Komplekse pasienter /prosedyrer/komplikasjoner
  - Beredskap
- Intensivkapasitet er i Norge begrenset av tilgang på intensivsykepleiere og leger
- Ordinær drift med høyt belegg i norske intensivsenger (vel 60000 intensivdøgn, 30000 pasientdøgn på respirator årlig)

# Intensivkapasitet under COVID - faglige og etisk riktige valg påvirkes av kapasitetsbrist

## Når behov overstiger kapasitet :

- Pasienter får forverret prognose med høy mortalitet og morbiditet – Italia februar/mars
- Risiko for å bryte grunnleggende prinsipper for prioritering / riktig valg av behandlingsnivå likeverdig tilbud
- Økt belastning for personalet – i direkte arbeidsbelastning over lang tid, økt smitterisiko, «moral injury» som reduserer motivasjon og utholdenhet
- Svært ressurspåslag – eksponensiell kostnadsøkning
- Få land – om noen – har hatt et større antall intensivsenger i beredskap- heller ikke Norge.
- Løsningen pt er å styre dynamisk – tilpasse de individuelle pasientbehovene ved prioriteringer og forvalte de ressursene man har mot økt kapasitet

# Kapasitetsstyring av intensiv - COVID pandemi

## **Pasienter: redusert øvrig pasientbehandling :**

Redusere den planlagte virksomheten - prioriteringer – kontrollert og raskt - ned og opp  
Annen ø. hj - redusert som følge av pandemisituasjon

## **Behandling :**

Standardisere behandling for COVID

Prioritering - unngå avansert ressurskrevende behandling med usikkert resultat og nytte

## **Bemanning:**

Disponere all arbeidskraft, omdisponere personale til intensiv fra andre virksomheter  
reduserer tilhørende aktivitet.

## **Dimensjonere øvrige deler i pasientforløpet :**

Etablere kohorter i intermediaær og sengepost - tilpasse behov og prioritere  
behandlingsnivå for ulike pasienter

## **Samhandling mellom øvrige intensivavdelinger i regionen:**

Standardisering av behandling gir desentralisering og samlet bedre kapasitet Flytte vb.

## **Daglig ledelse og styring-** styring av pasientbehandling, drift, ressurser - hands on



# Covid er komplisert og uforutsigbar og treffer sykehusene uforutsigbart

COVID er fortsatt her.

Endret virus egenskaper - Mutasjoner

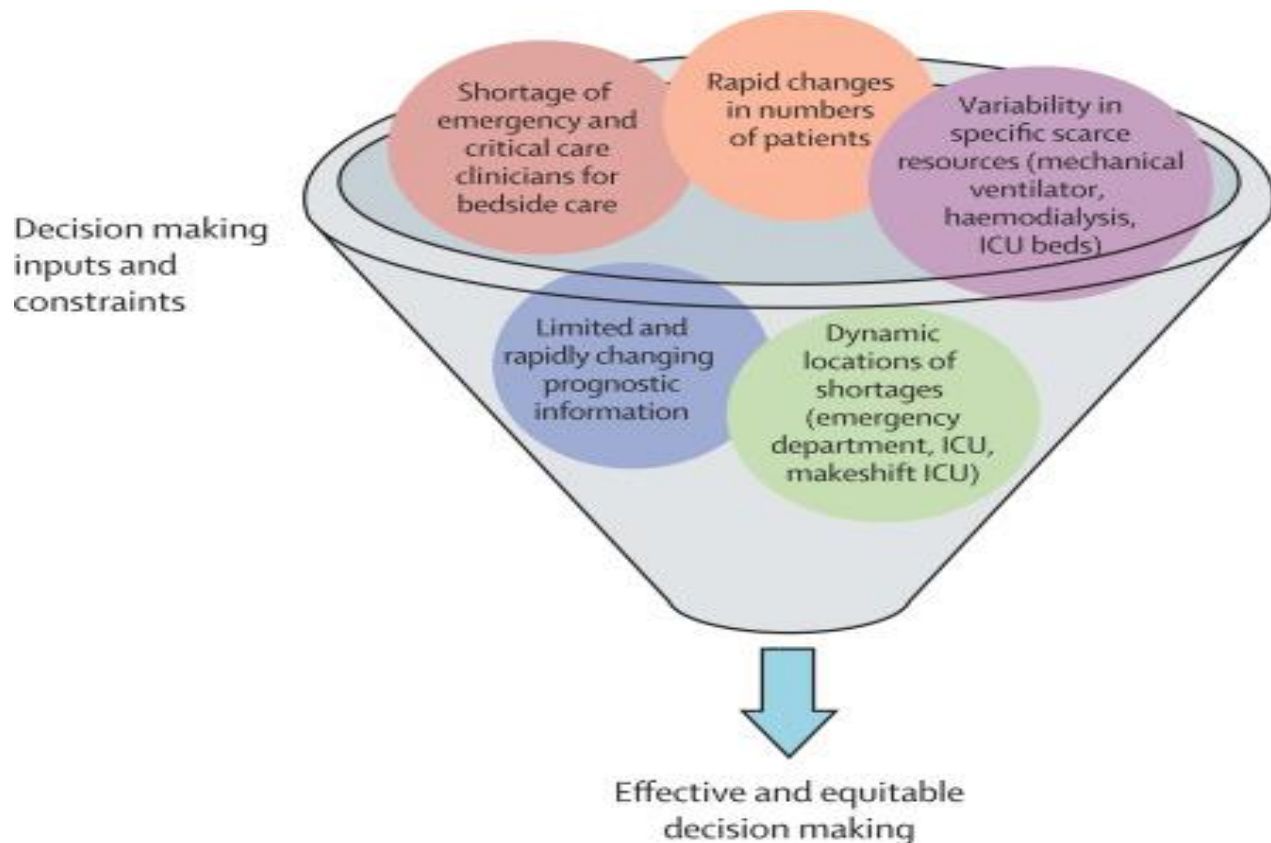
Endret behandlingsstrategi ?

Covid intensivbehandling - gjennomgående langvarig.

Uforutsigbare pandemifaser – antall pasienter og tilgjengelige ressurser - hvor mange nå - hvor mange andre på intensiv - når er neste fase - og hvor omfattende - usikker prognose på helheten

Smitteverntiltak i samfunnet – ulikt omfang og innhold - innleggelser og intensiv

Befolkningens holdning og atferd



Lancet Resp Med Jan 2021

# Kapasitet, resultater og drift under COVID pandemi

## Konklusjon

- Kapasitet tilstrekkelig i fase 1 og 2, justeringer av drift mulig med nedtrekk av planlagt drift – styrbar. Fordel – øvrig ø. hj ned.
- Meget gode primære resultater – lav dødelighet
- Øket drift raskt fra april /mai - samlet nedtrekk kun ble 3-4 % , all kreftkirurgi, all barnekirurgi , all ø. hj er ivaretatt
- Håndterer hendelser ved siden av - beredskap – ø. hj - akutte små og store hendelser
- Trettbarhet i organisasjonen – fase 1 og 2 i 2020 og i påny januar 2021 - mutert virus. Sterkt ønske om vaksinasjon til alt personale

# COVID i intensiv

## Prinsippene for prioritering

- **Nyttekriteriet** (av intensivbehandling)- *dominerer valget – «pasienten i sentrum »- individuelle valg*
  - *Nytte av behandlingen – vurdering av mulighet til å gjennomgå behandlingen uten komplikasjoner (særlig organsvikt) og mulighet til å gjenoppta sitt dagligliv etter behandling med ønsket livskvalitet ( frailty, fysiologiske reserver, alder / annen alvorlig sykdom*
  - *Alvorlighet av tilstanden eller manglende effekt av behandling over tid – svekker antatt nytte effekt*
- **Alvorlighetskriteriet** utløses alltid på inngang til intensiv - gjelder også COVID
- **Ressurskriteriet** ( utløser ressursbruk gitt nytte og alvorlighet ) – hindrer ikke før kapasitet begrenses /trues

# Prioriteringer (forts.)

- **Noen faktorer som ikke direkte skal påvirke prioriteringer:**
  - Alder per se , arbeidsevne eller pasientens fremtidig yteevne
  - Valg i initialfase av pandemi – usikkerhet om fremtidig kapasitet - forebygge svikt
- **Prioriteringer gir valg av gradert behandlingsnivå:** Intensiv light ( velge begrensninger i behandling – NIV, dialyse eller ikke )
- Kapasitetsutfordringer i intensiv forsterker behov for prioriteringer, inkl å redusere bruk av avansert behandling.
- Kapasitetssvikt øker risiko for mortalitet, morbiditet under og etter intensivbehandling
- Andre pasienter nedprioritert ? – ikke foreløpig

# Vanskelige valg for pasient og pårørende

- Prioriteringer av behandling, behandlingsnivå når pasienten selv ikke er samtykkekompetent
- Besøksforbud i sykehuset (både av hensyn til smittespredning og fordi det var mangel på smittevernutstyr).
- Kontakt og kommunikasjon for pårørende i intensivheten i pandemi
  - Isolat /kohort , risiko for død eller varig skade - langvarige forløp,
  - Dokumentert nærvær og kontakt forbedrer medisinsk prognose
  - Kommunikasjon med pasienter når tilstanden tillot det - nettbrett
- Mye er revurdert og endret underveis – tydeligere vektlegging av grunnleggende behov for nærvær /kontakt

# Risiko for personell

- Smitte – størrelse av risiko og trygghet på jobb og hjemme- økt sykdomsrisiko – 3-5 ggr befolkningen i fase 1
- Manglende smittevernutstyr gir øket risiko, og rasjonering ble iverksatt fra både helsemyndigheter og foretak - en god løsning i tide. Vi utviklet i fase 2 bedre rutiner og bedre utstyr flergangsmasker/hetter.
- Erstatning for varige helseplager og død – COVID erkjent som yrkesskade for helsepersonell !
- Overbelastning - eksponering - hvor mye og hvor lenge – ansatte og ledere ?

# Ledelse



**Om trening og erfaring: “Gjort det før” – både prioritering og pandemi**

- *When put under pressure – you do not rise to an occasion – you will fall to the level of your training and experience (Navy seal)*

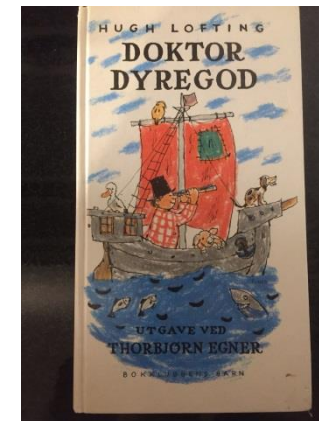
**Om ledelse :** *“ I can live with doubt, and uncertainty, and not knowing... I have approximate answers and possible beliefs and different degrees of certainty about different things. **But I’m not absolutely sure of anything... It doesn’t frighten me”** (Richard Feynman 1981)*

**Beslutningsgrunnlag under press :** *Noe tror man, noe vet man, mye er ukjent , har ikke kunnskap , noe er komplekse dilemmaer og valg , mye får man ikke løst - det må ligge - langt frem ser man ikke, følge time for time, dag for dag .*

**Prinsipper og erfaringer for løsninger :** *Komprimerte og effektive beslutningssystemer, lederteam, kort planleggingshorisont, dekke informasjonsbehov . Standardiser mest mulig – etabler og følg rutinene , benytt de eksisterende linjesystemene i forsterket utgave ( de som prioriterer og behandler vanligvis) - og sørg for kjernetroppene*

# Over halvveis i pandemi, men neppe siste gang.....

- Det var det vi fikk til i 2009 - og i 2020/21 – ha kapasitet, isolere og behandle pasientene, beskytte personalet til man kan vaksinere
- I pandemi må du «legge en alen til din vekst»
- I pandemi må du lete etter mulighetsrommet
- Bruk erfaringer fra sist og de erfaringer som hele tiden gjøres





# Takk for oppmerksomheten !



Stå sammen og bære i flokk

Vebjørn Sand : Pingvinkolonien