
Etikkespørter på villspor

DEBATT

JON HENRIK LAAKE

jlaake@ous-hf.no

Jon Henrik Laake er leder i Norsk anesthesiologisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MAGNA HANSEN

Magna Hansen er nestleder i Norsk anesthesiologisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SKULE MO

Skule Mo er styremedlem i Norsk anesthesiologisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CAMILLA CHRISTIN BRÅTHEN

Camilla Christin Bråthen er styremedlem i Norsk anesthesiologisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EIRIK ADOLFSEN

Eirik Adolfsen er styremedlem i Norsk anesthesiologisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GUNHILD ØVERLAND

Gunhild Øverland er styremedlem i Norsk anesthesiologisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

I Folkehelseinstituttets innstilling om hvem som skal prioriteres for koronavaksinering, er ikke helsepersonell i fremste rekke. Dette strider mot vanlig praksis og internasjonale anbefalinger, og bør ikke tas til følge.

Tirsdag 17. november la en gruppe «eksperter på etikk og prioritering» nedsatt av Folkehelseinstituttet fram rapporten *Råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge* (1). Her anbefales det at helsepersonell skal stille i andre rekke når befolkningen vaksineres, bak pasienter i såkalte risikogrupper. Først ved utbredt smitte i befolkningen vil ekspertgruppen sette helsepersonellet først i køen.

Ekspertgruppens forslag strider mot vanlig praksis ved epidemier. Det vanlige er at helsepersonell i fremskutt posisjon (med høy risiko for selv å bli smittet og å smitte andre) gis førsteprioritet når befolkningen skal vaksineres. Det er tre hovedgrunner til dette: For det første har helsepersonell i likhet med alle andre arbeidstakere et alminnelig krav om vern når man blir bedt om å utføre arbeid som kan medføre fare for eget liv og egen helse. For det andre kan smitte og sykdom blant helsepersonell medføre at viktige helsetjenester ikke vil kunne utføres. For det tredje vil helsepersonell som ikke er beskyttet av vaksine selv, kunne smitte sine pasienter, og dermed utgjøre en helserisiko overfor sårbare pasientgrupper.

«I en sykehusavdeling som behandler koronapasienter, er smitterisikoen under enhver omstendighet høy»

Li Wenliang (f. 1986) var øyelegen som ble kjent for en hel verden da han 30. desember 2019 hadde mot til å fortelle om det som syntes å være en ny smittesituasjon i Wuhan. Han ble selv smittet av koronaviruset og døde 7. februar i år (2). I Nord-Italia er langt over 100 leger døde etter nærkontakt med covid-19-pasienter i første fase av pandemien (3). Smitte- og sykdomsrisikoen for helsepersonell har etter hvert blitt godt dokumentert, og i en skotsk undersøkelse var risikoen for å bli innlagt i sykehus for covid-19 funnet å være 2–5 ganger høyere for helsepersonell med tett pasientkontakt enn i den øvrige befolkningen (4).

Etisk betenkelig

Det er moralsk problematisk å be en gruppe medborgere utføre arbeid som innebærer en godt dokumentert helserisiko, og samtidig nekte disse best mulig beskyttelse mot sykdom. For ansatte i slikt arbeid spiller det ikke så stor rolle hva den generelle smittespredningen er i samfunnet omkring – i en sykehusavdeling som behandler koronapasienter, er smitterisikoen under enhver omstendighet høy.

«Det er alminnelig anerkjent at ivaretagelse av ansattes fysiske og mentale helse er av helt sentral betydning ved alvorlige epidemier»

Ved epidemier er helsetjenesten helt avhengig av at kvalifisert helsepersonell holder seg friske. For den enkelte vil påvist smitte i beste fall medføre hjemmeisolasjon, i verste fall alvorlig sykdom. I tillegg må samtlige nærkontakter i karantene. Det var dette som skjedde på øyeavdelingen på Ullevål i mars i år og som gjorde at pasienter måtte flys til Stavanger, Bergen og Trondheim. Vi vet allerede nå at pandemien kan føre til kritisk mangel på nøkkelpersonell i våre intensivenheter, og for allerede belastede intensiv- og mottaksavdelinger vil et smitteutbrudd kunne lamme hele virksomheten. Vi har ingen reservemannskaper å ta av.

Ekspertutvalget legger til grunn at helsepersonell som arbeider med utsatte pasientgrupper, skal prioriteres for vaksinasjon fordi pasientene risikerer å bli smittet av helsepersonellet. Men helsepersonell som behandler koronasyke pasienter og som selv risikerer å bli smittet av sine pasienter, omfattes ikke av dette punktet. Her er nemlig smitteveien motsatt rettet i forhold til det som angis i utvalgets forslag.

Det er alminnelig anerkjent at ivaretagelse av ansattes fysiske og mentale helse er av helt sentral betydning ved alvorlige epidemier. I vår har ansatte i landets sykehus måttet føle på konsekvensene av mangelfull tilgang til smittevernutstyr. Vi har fått beskjed om at det kan bli aktuelt å benytte dårlige tekniske nødløsninger i behandlingen av pasientene, og vi får nå beskjed av et ekspertutvalg om at vi pent må stille bak i køen når vaksine skal tildeles. Dette avslører en instrumentell holdning til ansatte i helsetjenesten og vil med rette kunne oppleves som krenkende.

«Å få beskjed om å stille bak i køen når vaksine skal tildeles, avslører en instrumentell holdning til ansatte i helsetjenesten og vil med rette kunne oppleves som krenkende»

I ekspertgruppen finner vi ingen klinikere, og berørte parter, dvs. pasientrepresentanter og pårørende, andre ansatte i helsesektoren og representanter for andre deler av samfunnslivet, glimrer med sitt fravær. Innstillingen som ekspertgruppen har avgitt til Folkehelseinstituttet, avviker fra tidligere praksis og også fra anbefalinger gitt av store internasjonale organisasjoner (WHO og National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine) (5, 6). Den bør ikke tas til følge.

LITTERATUR

1. Feiring E, Førde R, Holm S et al. Råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020. <https://www.fhi.no/publ/2020/rad-om-prioriterte-grupper-for-koronavaksinasjon-i-norge/> Lest 24.11.2020.

2. Li W. Wikipedia. https://no.wikipedia.org/wiki/Li_Wenliang Lest 24.11.2020.
 3. Nava S, Tonelli R, Clini EM. An Italian sacrifice to the COVID-19 epidemic. *Eur Respir J* 2020; 55: 2001445. [PubMed][CrossRef]
 4. Shah ASV, Wood R, Gribben C et al. Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: nationwide linkage cohort study. *BMJ* 2020; 371: m3582. [PubMed][CrossRef]
 5. World Health Organisation. WHO SAGE roadmap for prioritizing uses of covid-19 vaccines in the context of limited supply. 20.10.2020. <https://www.who.int/docs/default-source/immunization/sage/covid/sage-prioritization-roadmap-covid19-vaccines.pdf> Lest 24.11.2020.
 6. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine. Washington, DC: The National Academies Press, 2020. <https://www.nap.edu/catalog/25917/framework-for-equitable-allocation-of-covid-19-vaccine> Lest 24.11.2020.
-

Publisert: 24. november 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0952

Mottatt 23.11.2020, godkjent 24.11.2020.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. mars 2026.