

Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer

Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2022-6-7984

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2022

Förord

I detta dokument ger Socialstyrelsen ett kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap i frågor om prioriteringar i krig och fredstida katastrofer. Sådana händelser förväntas kunna leda till att vårdens resurser inte kan möta vårdbehoven trots förstärkande åtgärder. Detta kan bero på en långvarig brist eller att många insjuknar eller skadas samtidigt.

Stödet syftar till att vara en övergripande vägledning för hälso- och sjukvårdens beredskap på nationell, regional och lokal nivå. Bland annat som en grund för nationella masskadeplaner och triagesystem. Syftet är ytterst att stödja regioner och kommuner i förberedelsearbetet inför svåra prioriteringssituationer så att högt prioriterad vård inte ska riskera att ransoneras före lågt prioriterad vård.

Kunskapsstödet syftar även till att minska etisk stress och öka transparensen med hjälp av bland annat grundläggande regler och principer samt ett verktyg för ransonering. Detta gör det tydligt för vårdpersonalen att svåra beslut fattas likartat över landet på goda grunder och på ett enhetligt sätt.

Dokumentet vänder sig framför allt till beslutsfattare i hälso- och sjukvården i regioner och kommuner, till exempel tjänstemän, verksamhetschefer eller politiker. Kunskapsstödet ska ge vägledning för den strategiska inriktningen och planering för prioriteringar på gruppnivå. Stödet kan även vara en etisk grund för vårdpersonalen i samband med konkreta beslut om prioriteringar på individnivå.

Behjälpliga i arbetet med detta kunskapsstöd har bland annat varit Prioriteringscentrum, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Försvarsmakten, professions- och specialistorganisationer samt patientföreträdare. Projektledare för kunskapsstödet på Socialstyrelsen har varit Anders Berg.

Generaldirektör
Olivia Wigzell

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Samma etiska principer men strängare gränsdragning	7
Pröva alternativen och sänk inte vårdkvaliteten mer än nödvändigt	7
Prioritera tillgång till vård efter behov	8
Ett kunskapsstöd för prioriteringar i krig och fredstida katastrofer	8
Prioritera, fördela och ransonera hälso- och sjukvårdens resurser	11
Pröva alternativen innan kvaliteten i vården sänks!	12
Ransonera inte vård längre än nödvändigt och ompröva kontinuerligt	12
Ta särskild hänsyn till vissa typer av vård	12
Kommunicera grunderna för prioriteringarna	13
Hantera etisk stress hos vårdpersonalen	13
Etiska principer och bestämmelser för prioriteringar i krig och fredstida katastrofer	14
Den humanitära rätten i krig	14
Etiska plattformen för prioriteringar	15
Riktlinjer för högt prioriterad vård	17
Nationell modell för öppna prioriteringar	17
Verktyg för ransonering av vård i krig och fredstida katastrofer	18
Ransonera med hjälp av verktyget	18
Etiskt utmanande prioriteringar i specifika situationer	22
1. Ge eller avstå resurskrävande insatser för svårt skadade eller sjuka patienter	22
2. Välja mellan patienter med likvärdiga behov av en kritisk sjukvårdsprodukt	24
3. Upprätthålla eller sänka vårdkvaliteten	25
Att implementera kunskapsstödet	27
Att implementera kunskapsstödet effektivt	27
Exempel på risker och svåra frågor	29
Etiska principer för prioriteringar för en jämlik vård	30
Ordlista	31

Sammanfattning

I detta dokument ger Socialstyrelsen vägledning i form av ett kunskapsstöd för att prioritera vård i krig och fredstida katastrofer, om situationen utvecklas så att behovet av vård vida överstiger de tillgängliga resurserna. Stödet syftar i första hand till att vara ett underlag för hälso- och sjukvårdens beredskap såväl nationellt och regionalt som lokalt i frågor om prioriteringar. Kunskapsstödet innehåller

- viktiga bestämmelser och utgångspunkter för prioriteringar i hälso- och sjukvården (från sidan 8)
- ett verktyg för att ransonera vård vid krig och fredstida katastrofer (från sidan 18)
- ett kompletterande stöd för etiskt utmanande prioriteringar i specifika situationer (från sidan 22).

Samma etiska principer men strängare gränsdragning

De etiska principer som ska ligga till grund för prioriteringar i hälso- och sjukvården gäller såväl i fredstid som i krig. Prioriteringar i krig och fredstida katastrofer ska därför ske mot samma etiska grund som vid normala förhållanden. Det innebär bland annat att

- prioriteringar endast får ske mot bakgrund av det medicinska behovet av vård, där den som har det största behovet av vård ges företräde
- ingen åtskillnad i prioriteringen får ske mellan patienter utifrån kronologisk ålder, kön, nationalitet, funktion i samhället eller liknande
- ingen åtskillnad får göras mellan civila patienter, den militära personalen eller fienden i ett krig.

Krig och fredstida katastrofer kan dock innebära stora omställningar för hälso- och sjukvården. En omfattande obalans mellan de tillgängliga sjukvårdsresurserna och det akuta vårdbehovet kan leda till mycket utmanande prioriteringar, och en strängare gränsdragning om vem som får vård.

Pröva alternativen och sänk inte vårdkvaliteten mer än nödvändigt

Hälso- och sjukvården behöver pröva alla realistiska möjligheter att frigöra de resurser som krävs för att upprätthålla vårdkvaliteten. Det innebär att utvärdera alternativen såväl inom som utanför den egna regionen eller kommunen. I lägen där vårdkvaliteten trots förstärkande åtgärder inte kan upprätthållas är det centralt att kontinuerligt ompröva beslutade prioriteringar och att inte fördröja vården mer än absolut nödvändigt.

Prioritera tillgång till vård efter behov

Prioritera betyder att ge företräde åt.¹ Varje gång det fattas beslut om resurser av något slag görs en prioritering, ett val. Vissa patienters behov av vård prioriteras framför andra patienters behov. Att prioritera är dock inte bara en fråga om att välja utan kan också vara en fråga om att välja bort.²

Prioriteringar har alltid förekommit i hälso- och sjukvården, uttalat eller outtalat, med eller utan angivande av grunder. Prioriteringar äger i själva verket rum hela tiden på alla plan inom vården. Det har alltid varit nödvändigt att ställa olika behov och krav mot varandra. Det gäller allt från övergripande politisk resursprioritering till de beslut som fortlöpande tas i den kliniska vardagen.³

Vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården är utgångspunkten alltid vilka resurser som finns tillgängliga, exempelvis personal, utrustning, läkemedel, sjukvårdsmateriel och lokaler. Även i goda tider är resurserna för hälso- och sjukvård begränsade. Det ligger i sakens natur att ju större resursknappheten är, desto mer kännbara blir prioriteringarna. Behovet av prioriteringar blir tydligare i tider då skillnaden mellan tillgängliga resurser och vårdbehoven ökar.⁴ I tider av krig eller vid andra katastrofer kommer de vårdbehov som finns normalt att kvarstå, samtidigt som det tillkommer behov av att kunna omhänderta ett mycket stort antal andra sjuka eller skadade. Läget i hälso- och sjukvården kan även ytterligare försvåras om situationen utvecklar sig så att resursbristen blir större över tid. Med begränsade resurser kommer gapet mellan det samlade vårdbehovet och de tillgängliga resurserna att öka markant.

Ett kunskapsstöd för prioriteringar i krig och fredstida katastrofer

I detta dokument ger Socialstyrelsen ett kunskapsstöd för prioriteringar i krig och fredstida katastrofer med utgångspunkt i de prioriteringsprinciper som normalt råder. Kunskapsstödet innehåller

- relevanta bestämmelser och utgångspunkter för prioriteringar i hälso- och sjukvården
- ett verktyg för att ransonera vård vid krig och fredstida katastrofer
- en kompletterande vägledning för etiskt utmanande prioriteringar i specifika situationer.

¹ NE

² Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården s. 11 f.

³ Aa s. 12.

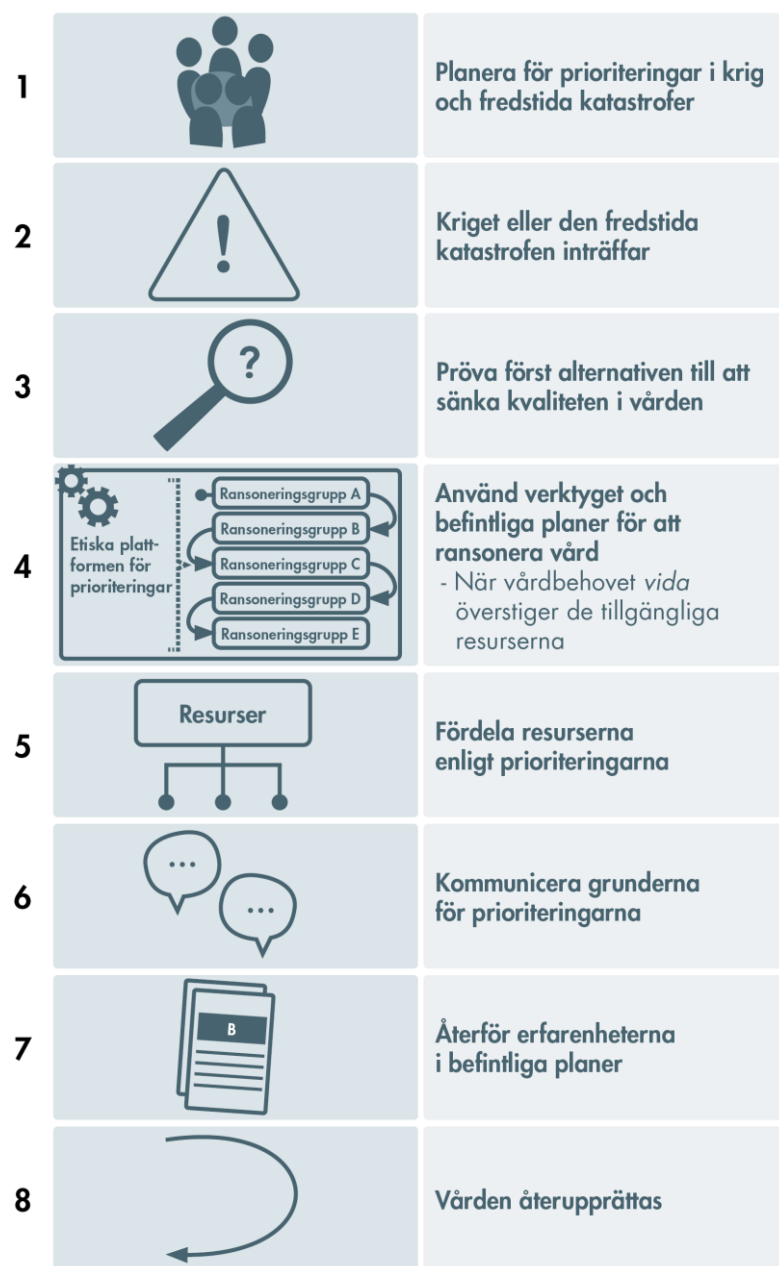
⁴ Aa s. 12.

→ **Läs mer** från sidan 27 om hur kunskapsstödet kan implementeras i en verksamhet

Kunskapsstödet vänder sig till alla som fattar beslut om fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser vid krig och fredstida katastrofer där prioriteringarna i hälso- och sjukvården riskerar att bli mycket utmanande.

Syftet är i första hand att ge vägledning i planeringen för övergripande prioriteringar vid allvarliga och omfattande händelser, för att säkerställa att hälso- och sjukvårdens prioriteringar sker på lika grunder, som en del i beredskapsarbetet nationellt, regionalt och lokalt. I figur 1 ges en övergripande bild av hur kunskapsstödet är tänkt att användas.

Figur 1. Ett kunskapsstöd för att planera för prioriteringar i krig och fredstida katastrofer



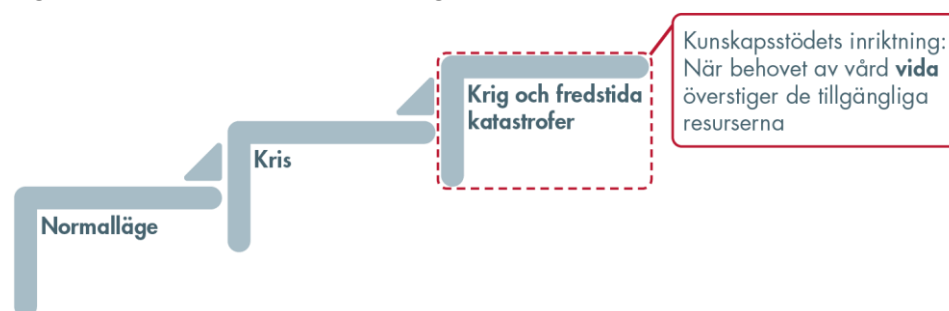
Det samlade stödet kan även vara vägledande efter att kriget eller den fredstida katastrofen är över, till exempel i planeringen för att hantera uppdämda vårdbehov. Verktøget för att ransonera vård kan i ett sådant läge användas för att bedöma vilka nedprioriterade insatser som är mest angelägna att återuppta.

Prioriteringar när vårdbehoven *vida* överstiger de tillgängliga resurserna

Med katastrof i hälso- och sjukvården menar vi i detta dokument en situation där tillgängliga sjukvårdsresurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet. Belastningen är så hög att normala kvalitetskrav för medicinsk behandling inte längre kan upprätthållas, trots att förstärkande åtgärder har vidtagits.

Det handlar därmed om situationer med en kraftig obalans mellan resurser och vårdbehov. En katastrof i hälso- och sjukvården kan uppstå både vid en plötslig ökning av vårdbehoven, som vid en masskadesituation när de tillgängliga resurserna snabbt slås ut, och vid en mer gradvis resursbrist, som vid långdragna konflikter. I detta kunskapsstöd för prioriteringar uttrycks detta som att behovet av vård kan komma att *vida* överstiga de tillgängliga resurserna. Se figur 2 om kunskapsstödet inriktning.

Figur 2. Kunskapsstödet inriktning



I prioriteringshänseende saknar det betydelse för läget i hälso- och sjukvården om den inträffade händelsen är orsakad av ett väpnat angrepp eller en katastrof i fredstid. I lägen då olika situationer inträffar samtidigt är det däremot sannolikt att obalansen mellan resurser och vårdbehov blir större, som i ett krig med masskador, avbrott i infrastrukturen och i störningar i leveranser.

En katastrof i hälso- och sjukvården skiljer sig från kriser i hälso- och sjukvården där tillgängliga resurser kan vara otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav för medicinsk behandling. Om en inträffad händelse utvecklas till en katastrof i hälso- och sjukvården är därmed beroende av hur stor skillnaden är mellan vårdbehoven och de tillgängliga sjukvårdsresurserna.

Prioritera, fördela och ransonera hälso- och sjukvårdens resurser

När skillnaden mellan de tillgängliga resurserna och vårdbehoven ökar kraftigt kan det krävas att hälso- och sjukvården omfördelar resurser och patienter – vilket i sin tur kan medföra att man behöver ransonera viss vård. Ransoneringen kan ske på olika sätt, till exempel genom att man

- skärper indikationen så att patienten behöver ha ett svårare hälsotillstånd än normalt för att få tillgång till en åtgärd
- skjuter fram vården i tiden
- ger mindre resurskrävande vård med lägre patientnytta (nytta för patienten)
- ger mindre av vården eller slutar att erbjuda vården helt.

Hälso- och sjukvården kan ransonera vård på alla dessa sätt för att frigöra resurser, beroende på hur stor resursbristen är. Det är dock viktigt att bedöma om en fördröjd eller utebliven vård ger upphov till en irreversibel försämring för patienten, och hur allvarlig försämringen i så fall är. Det är också viktigt att försöka bedöma hur fort en försämring kan tänkas ske, och om det blir mycket mer resurskrävande att behandla patienten vid ett senare tillfälle. I vissa fall kan det då vara bättre att prioritera åtgärden högre och inte fördröja vården, eller att ge patienten tillgång till en mindre resurskrävande insats som kan minska denna risk.

Obalansen mellan vårdbehov och resurser kan i viss utsträckning kompenseras genom omfördelning och ökat utnyttjande av tillgängliga resurser. Dessutom måste en välgrundad prioritering ske på alla vårdnivåer och i alla led av omhändertagandet.

→ **Läs mer** från sidan 31 om vanligt förekommande termer vid prioritering i hälso- och sjukvården

Pröva alternativen innan kvaliteten i vården sänks!

För att undvika situationer där vård behöver ransoneras för att frigöra resurser och där vårdkvaliteten riskerar att försämrats, behöver regioner och kommuner först se över de tillgängliga alternativen. Det innebär bland annat att

1. först pröva möjligheterna att frigöra de resurser som krävs för att upprätthålla vårdkvaliteten *inom* regionen eller kommunen
2. därefter undersöka möjligheterna till att resurser kan frigöras genom samordning med *andra* regioner eller kommuner med bättre resurstillgång, alternativt med stöd från andra länder.

En god beredskap för att snabbt kunna omfördela resurser mellan olika områden i vården är central för att kunna bibehålla kvaliteten i hälso- och sjukvården. Det är därför viktigt att regioner och kommuner planerar för hur de ska omfördela sina resurser utifrån olika scenarier vid en katastrof i fredstid eller under ett krig.

Ransonera inte vård längre än nödvändigt och ompröva kontinuerligt

En långt utdragen ransonering kan leda till stora uppdämda vårdbehov. Det är därför viktigt att enbart fördröja vården medan katastrofen eller kriget pågår, och under den tid som kan krävas innan vårdkapaciteten är återställd.

Även konsekvenserna av att ransonera viss vård kan förändras över tid, bland annat när lågt prioriterade patientgruppers hälsotillstånd förvärras. Det är därför viktigt att kontinuerligt pröva redan beslutade prioriteringar på nytt.

Ta särskild hänsyn till vissa typer av vård

Hälso- och sjukvården behöver ta särskild hänsyn till vissa insatser, även för de patientgrupper som får sin vård ransonerad, så långt det är möjligt givet kriget eller den fredstida katastrofen. Det handlar om att erbjuda

- symtombehandling för de patientgrupper som får sin vård ransonerad
- en god palliativ vård i livets slutskede för de patientgrupper som får sin vård ransonerad och som inte längre kan erbjudas palliativt livsförlängande behandling (palliativ vård i tidig fas).

Genom att planera för att kunna erbjuda dessa insatser även i krig och fredstida katastrofer säkerställer man att patienter inte lämnas helt utan vård. Det följer även att palliativ vård, för såväl svårt skadade som sjuka, generellt kan behöva prioriteras högt, och resurser kan behöva tas från annan hälso- och sjukvård.

Kommunicera grunderna för prioriteringarna

Besluten om fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser behöver tydligt kommuniceras, exempelvis på vilket sätt kriget eller den fredstida katastrofen påverkar hälso- och sjukvårdens prioriteringar. De grundläggande etiska principerna för prioriteringar behöver vara kända bland personal och ledning på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Även patienter, närstående och befolkningen i stort behöver vara trygga i att prioriteringar i vården sker på medicinskt och etiskt goda grunder också i extraordinära lägen.

I krig och fredstida katastrofer kan regioner och kommuner i bästa fall kommunicera till dessa grupper genom vedertagna kanaler. I denna kommunikation är det viktigt att det tydligt framgår när patienterna ska söka vård, så att de med akuta livshotande tillstånd inte undviker att söka vård vid behov.

Särskild vikt kan behöva läggas vid att kommunicera med de patientgrupper som har sämre möjlighet att söka vård av olika skäl, och att nå de grupper som har en nedsatt förmåga att ta till sig information eller grupper som har behov av att få information på annat språk än svenska.

Det är viktigt att planera för hur man ska kommunicera och samordna på olika nivåer i hälso- och sjukvården, inte minst för att minska risken för olika tolkningar av grunderna för prioriteringarna.

Hantera etisk stress hos vårdpersonalen

Hälso- och sjukvårdspersonalen kan uppleva stor etisk stress i samband med de svåra situationer som kan uppstå och de beslut som kan komma att krävas i samband med ett krig eller en fredstida katastrof.⁵ Etiskt väl underbyggda riktlinjer –kända på förhand – kan minska den etiska stressen genom att vårdpersonalen kan få stöd i att svåra beslut fattas på goda grunder och att detta inte sker godtyckligt. Utöver det kan stressen för personalen minskas med

- ett öppet samarbetsklimat om till exempel lokala riktlinjer, med möjlighet att lyfta etiska frågor
- stöd till ledarskapsfunktioner, så att dessa i sin tur kan ge stöd till personalen
- organiserad reflektion, samtalsstöd och handledning.

⁵ Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nurs Ethics*. 2013 May;20(3):312-24. doi: 10.1177/0969733012462049. Epub 2012 Dec 28. PMID: 23275458.

Etiska principer och bestämmelser för prioriteringar i krig och fredstida katastrofer

Det övergripande målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.⁶ Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.⁷ Enligt förarbetena ska dessa etiska principer – *människovärdesprincipen* och *behovs- och solidaritetsprincipen* – utgöra grunderna för prioriteringar i vården.⁸

Den hälso- och sjukvård som ges ska vara av god kvalitet och stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁹ Det innebär bland annat att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att en god vård ska kunna ges.¹⁰ En god vård innebär också att en patient snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövligt.¹¹ I förarbetena motiveras införandet av detta krav med att det är svårt att tillämpa de etiska principerna vid prioriteringar utan en första bedömning av patientens hälsotillstånd.¹²

De etiska principer för prioriteringar som gäller vid normala förhållanden i fredstid gäller även i krig och i fredstida katastrofer. Likaså ska den vård som ges i sådana situationer vara god och säker och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Den humanitära rätten i krig

När det gäller prioriteringar av vårdbehövande i krig finns även bestämmelser inom den humanitära rätten (krigets lagar) som hälso- och sjukvården måste ta hänsyn till. Enligt Genèvekonventionerna ska sårade och sjuka få den sjukvård och omsorg som deras tillstånd kräver, oavsett om de är stridande eller civila eller vilken part i konflikten de tillhör. Ingen åtskillnad får göras mellan dem av andra skäl än medicinska. Förtur till vård mellan sårade och sjuka får endast grundas på trängande medicinska skäl.¹³

⁶ 3 kap. 1 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

⁷ 3 kap. 1 § andra stycket, HSL.

⁸ Prop. 1996/97:60 s. 40 f.

⁹ 5 kap. HSL, 3 kap. och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PL, samt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL.

¹⁰ 5 kap. 2 § HSL.

¹¹ 2 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL.

¹² Proposition 2013/14:106 Patientlag s. 113 och prop. 1996/97:60 s. 40 f. och s. 44.

¹³ Artikel 12 i Genèvekonventionen den 12 augusti 1949 angående förbättrande av sårades och sjukas behandling vid stridskrafterna i fält (GKI), och artikel 10 i Tilläggsprotokoll I till Genèvekonventionerna den 12 augusti 1949 rörande skydd för offren i internationella väpnade konflikter (TPI). Detta gäller även i icke-internationella väpnade konflikter, se §764–765 i ICRC, Commentary on the First Geneva Convention: Convention (I) for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field, 2nd edition, 2016, <https://ihl-data-bases.icrc.org/ihl/full/GCI-commentary> samt regel 110 i “Customary International Humanitarian Law”, två volymer:

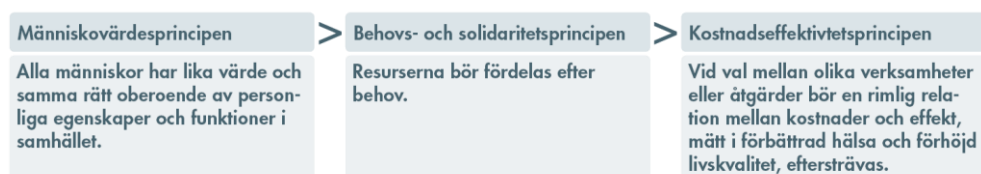
Enligt Internationella Rödakorskommittén (ICRC) klargör denna bestämmelse att andra faktorer än trängande medicinska skäl inte kan motivera förtur till vård. Av detta följer att militära behov aldrig får återopas för att motivera sådana åtskillnader.

Vad som närmare utgör trängande medicinska skäl anges inte i den humanitära rätten. Enligt ICRC är det allmänt accepterat att det är reglerna för medicinsk etik och accepterade standarder för den medicinska professionen som styr dessa beslut. Enligt ICRC är dock principerna för medicinsk triage förenliga med syftet i den humanitära rätten, och de är också i enlighet med medicinsk etik.

Principerna för medicinsk triage syftar till att uppnå ett optimalt utnyttjande av tillgängliga resurser för att gagna det största antalet av skadade som har bäst chans att överleva. Mot denna bakgrund måste det tillåtna kriteriet om "trängande medicinska skäl" tolkas så att det omfattar medicinska skäl både på individ- och gruppnivå – och därmed också användningen av medicinsk triage, förutsatt att det endast utförs av medicinska skäl.¹⁴

Etiska plattformen för prioriteringar

Prioriteringar i hälso- och sjukvård utgår från den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen, som bygger på följande tre grundläggande etiska principer:¹⁵



Dessa tre principer är rangordnade i relation till varandra så att mänskovärdesprincipen är överordnad behovs- och solidaritetsprincipen, och kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de två andra principerna.

Mänskovärdesprincipen

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Att respektera någons mänskovärde innebär att man alltid och under alla förhållanden betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter som ska respekteras, och att ingen är förmer än någon annan. Det relevanta vid prioriteringar är att mänskovärdet inte är knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället, utan till själva existensen. Människovärdesprincipen kan betraktas som en grundläggande likabehandlingsprincip

Volume I: Rules, Volume II: Practice (två delar), Jean-Marie Henckaerts och Louise Doswald-Beck, Cambridge University Press, 2005

¹⁴ § 1421-1425 ICRC, Commentary on the First Geneva Convention: Convention (I) for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field, 2nd edition, 2016, <https://ihl-databases.icrc.org/ihl/full/GCI-commentary>, och, §451-454 I ICRC:s kommentarer till TPI, 1958.

¹⁵ Prop. 1996/97:60 s.18.

som ger övergripande vägledning för vad som *inte* får ligga till grund för prioriteringar av vård. Det är i stället den enskildes medicinska behov av vård som ska styra prioriteringar inom vården.¹⁶

Behovs- och solidaritetsprincipen

Att alla har lika rätt och lika värde räcker inte som grund för prioriteringar i vården. När prioriteringar ska göras är det nödvändigt att göra en bedömning av olika patienters behov.¹⁷ Med behov avses såväl hälsorelaterade som livskvalitetsrelaterade behov. Det är därför viktigt att vid prioriteringar göra en sammanvägning av dessa behov.¹⁸

En patient har generellt sett större behov ju svårare sjukdomen eller skadan är, eller ju sämre livskvaliteten är till följd av skadan eller sjukdomen. I behovsbegreppet finns dock också den medicinska nyttoaspekten inbyggd. Det innebär att en patient endast anses ha behov av åtgärder som medför medicinskt nytta. Motsatt gäller att en patient inte har behov av åtgärder som inte förbättrar hälsan och livskvaliteten.¹⁹ Inom hälso- och sjukvården ska nyttan av de åtgärder som utförs vara etablerad i form av vetenskap, dokumenterade goda resultat i annan form eller beprövad erfarenhet.²⁰

Begreppet solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan efter att utfallet av vården ska bli så lika som möjligt i befolkningen, det vill säga att alla ska nå bästa möjliga hälsa- och livskvalitet.²¹ Solidaritet innebär också att ta särskild hänsyn till behoven hos de svagaste, de som av olika skäl har svårt att kommunicera med sin omgivning. Människor som inte kan tillvarata sina rättigheter har samma rätt till vård som andra.²²

Innebörden av behovs- och solidaritetsprincipen är att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och skadorna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda.²³

Kostnadseffektivitetsprincipen

Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.²⁴ En kostnadseffektiv verksamhet är något som principiellt är eftersträvansvärt, eftersom det innebär att resurserna används på bästa sätt och att resurserna kan komma flera till del.²⁵

Vid prioriteringar innebär kostnadseffektivitetsprincipen att hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader, i form av insatta resurser av olika slag, och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.²⁶ Eftersom behovs-

¹⁶ Aa s. 24.

¹⁷ Aa s. 17.

¹⁸ Aa s. 18.

¹⁹ Aa s. 17.

²⁰ Aa s. 18.

²¹ Aa s. 20.

²² Aa s. 20.

²³ Aa s. 20 f.

²⁴ 4 kap. 1 § HSL.

²⁵ Prop. 1996/97:60 s. 22.

²⁶ Aa s. 18 och 21.

och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen ska svåra sjukdomar och skador och väsentliga livskvalitetsförsämringar ges högre prioritet än lindrigare, även om vården av svåra tillstånd drar väsentligt större kostnader.²⁷

Riktlinjer för högt prioriterad vård

I propositionen²⁸ redovisas även riktlinjer med exempel på vad som är högt prioriterad vård baserat på de etiska principerna. Det handlar om

- vård av livshotande akuta sjukdomar och skador
- vård av sjukdomar och skador som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
- vård av svåra kroniska sjukdomar
- palliativ vård och vård i livets slutskede
- vård av människor med nedsatt autonomi.

I propositionen understryks även att vårdbehovet i varje enskilt fall måste bedömas utifrån förutsättningar i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad hos en och samma patient vid olika tidpunkter, och därmed förändras även behovet av vård.²⁹

Nationell modell för öppna prioriteringar

Principerna i den etiska plattformen har operationaliserats i den nationella modellen för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården³⁰, som används av ett stort antal statliga myndigheter, regioner och andra vårdaktörer. I den nationella modellen har behovsbegreppet brutits ner i två dimensioner: svårighetsgraden hos hälsotillståndet och patientnyttan (eller effekten) av åtgärden. Begreppet patientnytta är valt för att betona att den effekt eller nytta som en åtgärd kan ge är kopplad till den individuella patienten.

Med hjälp av den nationella modellen kan man rangordna olika kombinationer av hälsotillstånd och åtgärder, och ge dem olika hög prioritet. Rangordningen utgår från

- hälsotillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens patientnytta (nytta för patienten)
- evidensen eller kunskapsunderlaget för patientnyttan
- åtgärdens kostnadseffektivitet
- evidensen eller kunskapsunderlaget för kostnadseffektiviteten.

²⁷ Aa s. 54.

²⁸ Aa s. 31.

²⁹ Aa s. 32.

³⁰ Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning; Linköpings universitet; 2017.

Verktyg för ransonering av vård i krig och fredstida katastrofer

Här presenteras Socialstyrelsens verktyg för att ransonera vårdens resurser i händelse av en katastrof eller ett krig, om situationen utvecklas så att behovet av vård vida överstiger de tillgängliga resurserna inom olika områden. Sådana situationer kan kräva att resurser som personal, utrustning, läkemedel, sjukvårdsmateriel och lokaler omfördelas eller ransoneras för att kunna möta högt prioriterade vårdbehov, något som i sin tur kräver att annan vård får stå tillbaka. Ransoneringen kan ske på olika sätt (se avsnittet *Prioritera, fördela och ransonera hälso- och sjukvårdens resurser*), men bör fortsatt ske likvärdigt för alla som är aktuella för vårdinsatsen.

Verktyget består av fem övergripande ransoneringsgrupper (se figur 3) utifrån den etiska plattformen för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). I ransoneringsgrupperna uttrycks vårdbehovet som en kombination av hälsotillståndets svårighetsgrad och patientnyttan (nytta för patienten) av åtgärden, i linje med den nationella modellen för prioritering i hälso- och sjukvård.³¹

Verktyget är tänkt att ligga till grund för ransoneringar på gruppnivå och beredskap nationellt, regionalt eller lokalt för att ytterst säkerställa att högt prioriterad vård inte ska riskeras att ransoneras före lågt prioriterad vård.

Observera: De beslutsfattare som inte är medicinskt sakkunniga kan behöva ta stöd av sådana sakkunniga för en välgrundad ransonering med hjälp av verktyget.

Figur 3. De fem övergripande ransoneringsgrupperna A-E



Ransonera med hjälp av verktyget

Tillämpa verktyget så här:

- Börja med ransoneringsgrupp A och gå igenom samtliga steg där. Om det finns flera alternativ inom samma grupp, börja med att ransonera vård inom det första steget (A1).
- Om det är nödvändigt, gå till ransoneringsgrupp B och gör samma sak där, och så vidare. Gå så långt som resursbristen kräver.

³¹ Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning; Linköpings universitet; 2017.

Ransoneringsgrupp A

Vård som med stor sannolikhet kan ransoneras utan att patienternas hälsotillstånd försämras, eller när det fortfarande är möjligt att behandla senare utan att det påverkar behandlingsresultatet.

Ransonera denna vård i följande ordning:

1. Tillståndet har en liten påverkan på livskvaliteten och är spontant övergående eller försämras inte. Vården har en liten patientnytta och kan ges vid ett senare tillfälle utan att det påverkar behandlingsresultatet, även om patienternas lidande blir förlängt. Patienterna kan i de flesta fall också utföra viss vård själva för att lindra tillståndet. För dessa tillstånd förväntas konsekvenserna för patienterna förbli små även om ransoneringen sker under en längre tid.
2. Tillståndet kan på lång sikt ha en stor till mycket stor negativ påverkan på livskvaliteten och livslängden. Vården ges i förebyggande syfte, men en fördröjd vård påverkar inte nämnvärt behandlingsresultatet för tillståndet på kort sikt. Om kriget eller den fredstida katastrofen pågår under en längre tid kan prioriteringen behöva omvärderas.
3. Tillståndet har en måttlig påverkan på livskvaliteten, men kan behandlas symtomatiskt och försämras inte. Vården kan ges vid ett senare tillfälle utan att det påverkar behandlingsresultatet, även om patienternas lidande blir förlängt. Om situationen pågår under en längre tid kan prioriteringen behöva omvärderas beroende på hur effektiv den symtomatiska behandlingen är.
4. Tillståndet har en stor påverkan på livskvaliteten, men kan behandlas symtomatiskt och försämras inte. Vården kan ges vid ett senare tillfälle utan att det påverkar behandlingsresultatet, även om patienternas lidande blir förlängt. Om situationen pågår under en längre tid kan prioriteringen behöva omvärderas beroende på hur effektiv den symtomatiska behandlingen är.

Ransoneringsgrupp B

Vård som kan ransoneras utan att det leder till akut livshotande hälsotillstånd, men som innebär en försämrad livskvalitet för patienterna under tiden som vården är ransonerad. Patientnyttan kan vara försämrad men är fortfarande god när vården väl ges.

Ransonera denna vård i följande ordning:

1. Tillståndet riskerar att försämras och få en måttlig påverkan på livskvaliteten, som dock helt eller delvis kan behandlas symtomatiskt. En fördröjd vård innebär en sämre patientnytta. I detta fall blir tidsperspektivet i relation till försämringen viktig att väga in eftersom det dels kan

- leda till att patienterna övergår till en annan ransoneringsgrupp, dels att patientnyttan kan försämras.
2. Tillståndet riskerar att försämras och få en stor påverkan på livskvaliteten, som dock helt eller delvis kan behandlas symtomatiskt. En fördröjd vård innebär en sämre patientnytta. I detta fall blir tidsperspektivet i relation till försämringen viktig att väga in eftersom det dels kan leda till att patienterna övergår till en annan ransoneringsgrupp, dels att patientnyttan kan försämras.

Ransoneringsgrupp C

Vård som har en liten patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten och livslängden. Vården kan ransonerats utan att det allvarligt försämrar patienternas situation.

Ransoner denna vård i följande ordning: Ju mindre vården förväntas påverka patienternas livskvalitet och livslängd, desto större skäl för ransoneringsring.

Observera: Vård i ransoneringsgrupp C har i normalfallet endast en liten påverkan på patienternas tillstånd, exempelvis en marginell livskvalitetsförbättring eller en marginell livsförlängning, även om tillståndet har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten och livslängden. Patienterna har behov av god symtomatisk eller palliativ vård (se avsnittet *Ta särskild hänsyn till vissa typer av vård*). Beroende på tidsperspektivet kan detta innebära att patienterna hinner avlida i sitt sjukdomstillstånd, vilket bör vägas in.

Ransoneringsgrupp D

Vård som har en måttlig patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten eller livslängden. Ransoneringsring av vård innebär större negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrade livskvalitet och ökad risk för att dö i förtid.

Ransoner denna vård i följande ordning: Ju mindre vården förväntas påverka patienternas livskvalitet och livslängd, desto större skäl för ransoneringsring.

Observera: Om man ransonerar vård i ransoneringsgrupp D för att frigöra resurser för annan vård, kan det i vissa fall innebära att man ransonerar vård av patienter i en del av hälso- och sjukvården för att frigöra resurser för patienter med likvärdiga behov och möjligheter att gagnas av vården i en annan del. Detta kräver en noggrant samordnad prioriteringsbedömning för att få en rimlig och enhetlig prioritering mellan olika verksamheter i vården. I kapitlet *Etiskt utmanande prioritering i specifika situationer* finns det viss utökad vägledning för situationer som kräver prioritering mellan patienter som alla befinner sig i ransoneringsgrupp D eller E.

Ransoneringsgrupp E

Vård som har en stor till mycket stor patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor eller mycket stor påverkan på livskvaliteten eller livslängden. Ransonerings innebär stora negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrade livskvalitet och ökad risk för att dö i förtid.

Ransonera denna vård i följande ordning: Ju mindre vården förväntas påverka patienternas livskvalitet och livslängd, desto större skäl för ransonerings.

Observera: Undvik ransonerings inom ransoneringsgrupp E så långt det är möjligt. Överväg en tillfällig ransonerings om en tillfällig fördröjning kan frigöra resurser för lika angelägen vård, och om det kan ske utan att behandlingsmöjligheten försämras. I kapitlet *Etiskt utmanande prioriteringar i specifika situationer* finns det viss utökad vägledning för situationer som kräver prioritering mellan patienter som alla befinner sig i ransoneringsgrupp D eller E.

Etiskt utmanande prioriteringar i specifika situationer

Detta kapitel ger en fördjupad vägledning för hur man kan hantera etiskt utmanande prioriteringar som kan uppkomma i specifika situationer. Det är ett komplement till *Verktyg för ransonering av vård i krig och fredstida katastrofer*. Vägledningen fokuserar på de etiska utmaningarna och hur de kan hanteras, men illustrerar även hur dessa kan uppkomma i olika situationer. Kapitlet syftar bland annat till att ge stöd inför svåra medicinska inriktningsbeslut. Vi beskriver följande tre utmaningar:

1	2	3
Ge eller avstå resurskrävande insatser	Välja mellan patienter med likvärdiga behov	Upprätthålla eller sänka vårdkvalitet

Observera: Dessa utmaningar kan uppträda tillsammans i ett faktiskt krig eller vid en katastrof i fredstid.

1. Ge eller avstå resurskrävande insatser för svårt skadade eller sjuka patienter

I situationer där resurstillgången i det akuta skedet är extremt begränsad kan vårdpersonalen ställas inför prioriteringar som man normalt inte ställs inför. Här följer två exempel (1a och 1b) på situationer där sådana utmaningar kan uppstå.

1a. Masskadesituation

Scenario: *En del av Sverige har utsatts för ett väpnat luftangrepp där skadepanoramata innefattar många döda och flera hundra personer med allvarliga och livshotande skador, men också ett större antal med mer lindriga skador. Bland de skadade finns både civila personer och militär personal. Risken för fortsatta angrepp är hög. Ett stort antal av de skadade behöver snabba kirurgiska åtgärder, och en relativt stor andel av den mer allvarligt skadade gruppen skulle behöva intensivvård. I den uppkomna masskadesituationen överstiger antal allvarligt skadade patienter vida den omedelbart tillgängliga resursen.*

I en sådan situation behöver det först göras en bedömning av

- vilka patienter som har det största behovet av de tillgängliga vårdresurserna
- vilka andra vårdresurser som kan mobiliseras
- om patienter kan transporteras dit, och i så fall enligt vilken prioriteringsordning.

I masskadesituationer används begreppet triagering som innebär en initial sortering och prioritering av patienter till olika vårdnivåer. Principerna för medicinsk triage syftar till att uppnå ett optimalt utnyttjande av tillgängliga resurser för att gagna det största antalet av skadade som har bäst chans att överleva, i linje med bland annat World Medical Associations (WMA) etiska riktlinjer.³²

I enlighet med det verktyg som presenterades i förra kapitlet fokuseras vården till de patienter som har stor till mycket stor svårighetsgrad (här förkortat till *svåra till mycket svåra skador eller tillstånd*) – medan patienter med måttliga eller lindriga skador får avvakta eller behandlas i den mån det finns tillgängliga resurser som inte är nödvändiga för att behandla de svårast skadade patienterna. Svårighetsgraden är i detta läge framför allt kopplat till ett potentiellt livshot och i andra hand till bestående funktionshinder och livskvalitetspåverkan.

Högsta prioritet ges åt följande patienter:

- Patienter med svåra till mycket svåra tillstånd eller risk för att utveckla ett sådant tillstånd inom kort, där akuta livshot kan åtgärdas och mer långsiktig patientnytta kan åstadkommas med en rimlig resursanvändning på plats eller i ett senare skede.

Detta innebär att följande patienter kan behöva ges en lägre prioritet:

- Patienter med svåra till mycket svåra tillstånd, där prognosen att kunna häva akuta livshot och åstadkomma långsiktig patientnytta är låg och resursåtgången för detta är mycket stor.

Vad som bedöms vara en rimlig resursanvändning avgörs i situationen, men prioriteringen innebär att man behöver göra en avvägning mellan de resurser som krävs för att rädda *en* patient med ett svårt till mycket svårt tillstånd och att rädda ett flertal patienter med likvärdigt svåra tillstånd. Det är däremot inte etiskt acceptabelt att avstå insatser för patienter med svåra till mycket svåra tillstånd för att gynna patienter med mer stabila och lindrigare tillstånd.

Observera: Patienter med svåra till mycket svåra tillstånd som inte kan ges vård enligt ovanstående ordning prioriteras till omvårdnad och symtombehandling, som smärtlindring, i den mån det är möjligt utifrån resurstillgången. Det är viktigt att detta sker innan vård ges till patienter med lindrigare tillstånd och vars vård bedöms kunna ransoneras.

1b. Evakueringsituation

Scenario: *I samband med ett terroristangrepp har ett sjukhus med ett större antal slutenvårdsplatser börjat brinna. Elden har fått snabb spridning och ett större antal vårdavdelningar med allvarligt sjuka patienter kommer snart att drabbas. Patienterna behöver därför evakueras till en annan vårdenhet utanför sjukhuset på kort tid. Tiden är begränsad och det bedöms omöjligt att evakuera alla patienter från dessa vårdavdelningar.*

³² Punkt 8.2.2 i WMA Statement On Medical Ethics In The Events Of Disasters

I denna situation behöver man ta ställning till olika delar:

- de begränsade resurserna
- tiden för evakuering innan elden sprider sig
- den personal och utrustning som finns att tillgå för att kunna genomföra evakueringen på ett patient- och personalsäkert sätt.

Patienter som kan ta sig ut på egen hand eller i grupp med stöd av någon enstaka vårdpersonal eller med hjälp av räddningspersonal ges en hög prioritering för evakuering.

Prioritera patienter med svåra till mycket svåra tillstånd och i behov av stöd av personalen så här:

- **Hög prioritering:** Patienter som kan transporteras med tillgänglig personal och utrustning, med en relativt god prognos och där prognosen inte allvarligt försämras av transporten.
- **Medelhög prioritering:** Patienter där prognosen allvarligt försämras på ett sätt som minskar sannolikheten för långsiktig patientnytta vid transport utifrån tillgången på personal och utrustning.
- **Låg prioritering:** Patienter där transport är omöjlig och inte innebär någon patientnytta utan i stället ökar risken för ökat lidande och död.

På samma sätt som i en masskadesituation måste en avvägning göras mellan den resursanvändning som krävs för att rädda en enstaka patient och i vilken utsträckning den resursen kan användas för att gagna fler andra patienter med lika svåra eller svårare tillstånd.

Observera: Patienter som lämnas kvar i den aktuella situationen ges symptomlindring genom smärtlindring och sederung, så att deras lidande reduceras till ett minimum.

2. Välja mellan patienter med likvärdiga behov av en kritisk sjukvårdsprodukt

I samband med ett krig eller en fredstida katastrof kommer det sannolikt uppstå situationer där det råder brist på kritiska sjukvårdsprodukter i form av läkemedel, medicintekniska produkter etc. Här följer ett exempel på en situation där en sådan utmaning kan uppstå.

Scenario: *Under en långvarig global kris har det börjat uppstå leveransproblem för ett antal kritiska läkemedel som är väsentliga för ett antal olika patientgrupper. Lagren av läkemedel börjar ta slut och det är i nuläget svårt att förutse när lagren kan fyllas på igen.*

Ett krig eller en fredstida katastrof som pågår under en längre tid kan, trots god förberedelse och lagerhållning, leda till situationer där det uppstår en bristsituation som kräver prioritering mellan olika patientgrupper i behov av samma sjukvårdsprodukt, eller inom en och samma patientgrupp i behov av

produkten. Följande steg genomförs innan man tar ställning till den mer etiskt utmanande prioriteringen:

1. Gör i första hand en prioritering utifrån hur svåra tillstånden är och prioritera patienter med svåra till mycket svåra tillstånd.
2. Överväg i andra hand om behandlingen som kräver den aktuella produkten kan förskjutas i tid för någon av dessa patientgrupper med svårare tillstånd utan att patientnyttan påverkas negativt.
3. Överväg i tredje hand om produkten kan ersättas med ett alternativ med något sämre patientnytta, eller ges med en lägre dosering (med samma konsekvens för patientnyttan) för någon patientgrupp. Detta gäller främst för patientgrupper som har ett mindre vårdbehov av produkten på grund av ett mindre svårt tillstånd.

Observera: Om man, efter att man gått igenom de första tre stegen, måste välja mellan patienter som har lika svåra tillstånd och där det saknas alternativ eller behandlingen inte kan förskjutas i tid utan allvarlig påverkan på tillståndet, prioriteras patienter så här:

1. I första hand prioritera utifrån hur stor patientnyttan blir i termer av sammanvägd påverkan på överlevnad och livskvalitet.
2. I andra hand, om man trots en sådan bedömning har svårt att skilja patienter på individnivå åt, prioriteras patienter med längre förväntad överlevnad framför patienter med en kortare förväntad överlevnad.

3. Upprätthålla eller sänka vårdkvaliteten

I samband med krig eller fredstida katastrofer kan man ställas inför valet att upprätthålla normal vårdkvalitet för de högst prioriterade patienterna, eller sänka vårdkvalitet till en minsta acceptabel nivå för att kunna behandla fler svårt skadade eller drabbade patienter. Detta kan ske i den ovan beskrivna masskadesituationen, men även i situationer där kritisk vårdpersonaltillgång eller kritisk infrastruktur är starkt påverkad som i exemplet nedan.

Scenario: *I samband med ett väpnat angrepp har elförsörjningen i området slagits ut. Det lokala sjukhuset måste gå över till reservkraft. Tillgängliga reservaggregat kan lösa större delen av elförsörjningen, men de delar av sjukhusets verksamhet som har ett stort behov av elkraft riskerar att belasta reservsystemet på ett sätt som kräver att man minskar belastningen i andra delar av sjukhuset. Den elintensiva verksamheten är framför allt kopplad till avancerade insatser för svårt sjuka patienter.*

I denna situation är första steget att ransonera vård med utgångspunkt i det verktyg som vi presenterade i förra kapitlet. Om detta inte är tillräckligt, överväg om det är möjligt att sänka vårdkvaliteten även för patienter med svåra till mycket svåra tillstånd för att göra resursen tillgänglig också för andra patienter med svåra till mycket svåra tillstånd. Skälet är att full vårdkvalitet inte kan anses vara optimal användning av den begränsade resursen,

givet den förändrade resurssituationen. I samband med det definieras en minsta acceptabel vårdkvalitet för de patienter där kvaliteten sänks. Det är också viktigt att det görs en noggrann bedömning om den omfördelning som därmed skulle kunna ske av resurser kan anses vara tillräcklig värdefull för att kvalitetssänkningen ska vara motiverad.

Sänkt vårdkvalitet kan i detta fall innebära

- behandlingar med något sämre patientnytta (nytta för patienten)
- behandlingar utan full tillgång till information eller diagnostik för patienten
- överbeläggningar, alternativt kraftigt minskad personal per vårdenhet, även om det påverkar patientnyttan negativt
- att insatser genomförs av personal med lägre kompetens.

Att implementera kunskapsstödet

I det här kapitlet får du som fattar beslut om beredskapen i hälso- och sjukvården vägledning inför arbetet med att omsätta och implementera kunskapsstödet för prioriteringar i krig och fredstida katastrofer i en verksamhet. Du får bland annat stöd i kontinuitetshanteringen³³ för att i sådana situationer kunna upprätthålla en tolerabel nivå i verksamheten. Det handlar om att

- säkerställa att prioriteringarna i hälso- och sjukvården är systematiska och transparenta även då vårdbehovet vida överstiger de tillgängliga resurserna
- minska risken för etisk stress hos vårdpersonalen genom att visa att prioriteringarna kommer att ske på ett enhetligt sätt.

En utmaning i arbetet är alltid att prioritera mellan olika åtgärder och patientgrupper.

Att implementera kunskapsstödet effektivt

Forskning visar att implementering kan vara mycket utmanande, men samtidigt att det kan ske både planerat och framgångsrikt.³⁴ För önskad effekt är det viktigt att implementeringen sker innan ett krig eller en fredstida katastrof uppstår. Detta är således inte ett arbete som förväntas ske under pågående krig eller fredstida katastrof. Här följer några viktiga steg i processen med att arbeta såväl förebyggande som akut med prioriteringar:

1. Analysera verksamheten.
2. Sätt mål.
3. Motivera personalen.
4. Säkra nödvändiga resurser.
5. Se till att kunskapsstödet används.
6. Håll liv i kunskapen.

1. Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt med utgångspunkt i kunskapsstödet för prioriteringar i krig eller fredstida katastrofer med hjälp av följande frågor:

- Hur ser vår nuvarande beredskap ut för vård vid krig och fredstida katastrofer?
- Finns det områden som ofta ransoneras vid resursbrist, utan att detta kan motiveras utifrån gällande etiska principer? Se avsnittet *Vissa sjukdomar ges återkommande lägre prioritet än andra*.
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget i dag?

³³ <https://www.msb.se/kontinuitetshantering>

³⁴ Om implementering. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.

- Utifrån verktyget för att prioritera vård i katastrof och krig: Vilka vårdåtgärder har lägst prioritet för olika tillstånd? Vilka åtgärder bör ha högst prioritet?
- Vad vill vi särskilt ska ske i katastrof och krig? Exempel: Att vården endast ransoneras den tid som är absolut nödvändig.
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera principerna? Vad kan hindra det?

2. Sätt mål

Sätt upp tydliga och mätbara mål. Målen ska leda till att verksamheten är väl rustad för att man snabbt ska kunna identifiera och prioritera mellan vårdområden i händelse av katastrofer och krig. Ett delmål kan vara att de etiska principerna för prioriteringar är väl kända bland alla i personalen. Arbetet kan till exempel innebära att ni tillsammans i verksamheten tar fram planer och ser över utbud och åtgärder:

- Ta fram beredskapsplaner för hur personalen ska prioritera mellan åtgärder och patientgrupper i katastrofer och krig.
- Kvalitetssäkra verksamhetens utbud.
- Utmönstra kontinuerligt ineffektiva åtgärder.

3. Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor är att personalen förstår nyttan med att arbeta med prioriteringar på ett mer strukturerat och transparent sätt och vill ta till sig kunskapen. Alla behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Exempel på sätt att klargöra nyttan:

- Fördjupa diskussionen med personalen om vilka etiska principer som gäller för prioritering, så att alla utgår från samma etiska grund.
- Argumentera för vad som är viktigast utifrån de etiska principerna.
- Förtydliga hur principerna är till hjälp för personalen: ”Om alla hjälps åt att öka kunskapen om grunden för prioriteringar, så kan vi minska risken för etisk stress och arbetet blir lättare.”.

Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda.

4. Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för beredskapsarbetet. Personal kan till exempel behöva utbildas och det kan behövas nya aktiviteter. Samtidigt kan ni om möjligt omfördela resurser och i vissa fall utmönstra ineffektiva åtgärder redan nu. I bästa fall kan då mer resurser avsättas till arbetet med verksamheternas beredskap.

5. Se till att kunskapsstödet används

Prioriteringar i vården kan vara mycket svåra, särskilt då vårdbehovet vida överstiger de tillgängliga resurserna, som vid katastrofer eller krig. Personal kan känna sig obekväma och osäker på att till exempel behöva ställa olika patienter och patientgrupper mot varandra. För att förebygga detta kan du,

utöver att erbjuda utbildning, löpande öva svåra prioriteringar tillsammans med personalen som en del av beredskapsarbetet.

Både organisationen och invanda handlingsmönster kan behöva förändras. I ett normalläge kan det till exempel vara svårt att få personalen att sluta använda metoder som har visat sig ineffektiva. På samma sätt kan det vara svårt att få personalen att sluta använda en viss metod som skulle kunna ransoneras endast till vissa grupper i fredstida katastrofer eller krig. Om du har klart för dig vilken nytta det gör att ransonera en viss metod kan du använda den analysen för att förklara nyttan med en förändring och motivera personalen.

6. Håll liv i kunskapen

För att bibehålla kunskapen hos personalen om prioriteringar i extrema situationer, så behöver du följa upp och säkerställa kunskapen löpande. Det gäller för såväl ny som erfaren personal i verksamheten. Följ upp och förankra innehållet i beredskapsplanerna och säkerställ att resurskrävande metoder som utmönstrats inte börjar användas igen.

➔ **Läs mer** i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* och i rapporten *Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder* från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi.^{35 36}

Exempel på risker och svåra frågor

Här följer några exempel på risker och svåra frågor i arbetet med att prioritera då vårdbehoven vida överstiger de tillgängliga resurserna. Vi har hämtat exemplen från diskussioner med användare av Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Svårt att prioritera mellan olika sjukdomsområden

Olika sjukdomsområden kan vara mycket svåra att prioritera mot varandra vid en så kallad horisontell prioritering. Det är vanligt att områden med högst prioritet får alla – eller en oproportionerligt stor andel av resurserna – under lång tid. Lågt prioriterad vård riskerar därför att hamna allt längre bort från det önskade läget, med stora uppdämda vårdbehov som följd. Du behöver därför kontinuerligt se över de prioriteringar som är gjorda och vara beredd på att omvärdera dem, bland annat utifrån konsekvenserna av att viss vård får stå tillbaka under en lång tid.

Vissa sjukdomar ges återkommande lägre prioritet än andra

Du som fattar beslut om prioriteringar i vården behöver vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem.

Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter.³⁷ Statusordningarna påverkar det informella

³⁵ Om implementering. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.

³⁶ Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder, rapport 2016:2 i CMT:s rapportserie. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi; 2016.

³⁷ Hofmann, B. Biases distorting priority setting. *Health Policy*. 2020; 124(1):52-60.

prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården, till exempel genom att en del områden systematiskt ges mer resurser.

Det är därför viktigt att du tänker på skillnader i status mellan sjukdomar som kan förekomma i din verksamhet när du implementerar kunskapsstödet.

Teknik har hög status och prioriteras ofta högt

Det finns en tendens att verksamheter prioriterar metoder eller aktiviteter som bygger på teknik i högre utsträckning än de som är komplexa och snarare bygger på mänsklig kompetens. På samma sätt kan tekniska metoder fortsätta att användas även sedan nya, bättre metoder har kommit. Det kan bero på att tekniken oftare har starka förespråkare.³⁸ Som beslutsfattare behöver du kompensera även för den här typen av obalanser.

Etiska principer för prioriteringar för en jämlik vård

Din verksamhet och andra beslutsfattande nivåer i hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser utifrån den etiska plattformen för prioriteringar, som har beslutats av riksdagen (prop. 1996/97:60) och uttrycks i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). De etiska principerna ska bland annat bidra till en behovsstyrd och jämlik vård i såväl fredstid som krig.

Hälsan och vården i Sverige är dock ännu inte jämlik.³⁹ Det finns flera skillnader mellan olika grupper i dödlighet, vård och behandling.⁴⁰ Dessa skillnader riskerar att bli ännu större om vårdbehoven vida överstiger de tillgängliga resurserna. Detta kunskapsstöd är ett verktyg för att minska sådana skillnader.

➔ **Läs mer:** Nationellt prioriteringscentrum ger ytterligare stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se www.liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

³⁸ Hofmann, B. Biases distorting priority setting. *Health Policy*. 2020; 124(1):52–60.

³⁹ Öppna jämförelser 2020 - Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2020.

⁴⁰ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2021. Socialstyrelsen; 2021

Ordlista

Här redogör vi för begrepp som förekommer vid prioritering, med utgångspunkt från hur de beskrivs i Prioriteringscentrums rapport *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning*; Linköpings universitet; 2017. I detta kunskapsstöd för prioriteringar använder vi samma innebörd för dessa begrepp.

Observera: När det gäller begreppen *prioritering*, *ransonering* och *effektivisering* visar erfarenheten att språkbruket inom hälso- och sjukvård kan skilja sig åt. Här används begreppet prioriteringar enbart för själva rangordningen. Beslut måste sedan tas om hur rangordningen ska påverka resursfördelningen i hälso- och sjukvården.

Prioritering – Att prioritera innebär att rangordna olika alternativ. Rangordningen visar vilka alternativ som ska sättas före och vilka alternativ som får stå tillbaka i en resursfördelning.

Ransonering – En aktivitet som begränsar möjligheten att optimalt tillgodose behov. Ransonering innebär alltid någon grad av försämring för de patienter som den riktas mot.

Effektivisering – En aktivitet som tillgodoser behov till samma nivå som tidigare men med en lägre resursförbrukning än förut. Alternativt en aktivitet som bättre tillgodoser behoven med en resursförbrukning som är lika eller lägre än alternativen. En effektivisering innebär aldrig en försämring för de patienter som berörs.

Rationalisering (optimering) – Samlingsterm för åtgärder som sätts in för att effektivisera en verksamhet, antingen genom att producera mer med givna resurser eller genom att minska resursåtgången för ett givet resultat.

Öppen prioritering – En prioritering där prioriteringsbeslut, grunderna och konsekvenserna är tillgängliga och kan förklaras för alla som önskar ta del av dem.

Hälsotillstånd – Begreppet hälsotillstånd har en vid mening men innebär alltid en beskrivning relaterad till ohälsa. Det kan gälla

- konstaterad ohälsa
- kombinationer av olika sorts ohälsa
- misstanke om ohälsa
- risk för framtida ohälsa.

Hälsotillstånd kan anges på olika sätt beroende på sammanhang: som en diagnos, ett symptom, ett funktionshinder, ett multisjukt tillstånd etc.

Livskvalitet – Ett omstritt begrepp, men som WHO menar handlar om individens uppfattning av sin livssituation i relation till rådande kultur och normer, och i förhållande till sina egna mål, förväntningar, värderingar och intressen.

Åtgärd – Begreppet *åtgärd* omfattar alla typer av insatser inom hälso- och sjukvård som riktas mot patienter inom medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och habilitering, såsom

- förebyggande åtgärder
- utredning, analys och diagnostik
- behandling
- uppföljning
- palliativ vård.

En åtgärd kan antingen innebära en enskild åtgärd eller vara en kombination eller kedja av åtgärder som åtgärdsprogram eller vårdformer.

Tillståndets svårighetsgrad – Med svårighetsgrad avses hur svårt ett tillstånd är (om inte en aktuell åtgärd sätts in) och är en sammanvägd bedömning utifrån flera faktorer. Förutom det aktuella hälsotillståndet i form av ”lidandet” och ”funktionsnedsättningen” ingår till exempel även den framtida prognosen i bedömningen i form av livskvalitetspåverkan och för tidig död. Det är vanligt att svårighetsgrad anges i skalan *liten, måttlig, stor* eller *mycket stor*.

Patientnytta – Begreppet patientnytta används för att markera att det är nytta för patienten som är viktig, i form av förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet. Patientnytta ska därmed inte likställas med den nytta som gagnar samhället i stort (aggregerad nytta). Nyttan avser vidare en kombination av tillståndets svårighetsgrad och effekten av den aktuella åtgärden. Patientnytta är även kopplad till behovsbegreppet, där en patient

- endast har behov av åtgärder som medför medicinsk nytta och motsatt
- inte har behov av åtgärder som inte förbättrar hälsan och livskvaliteten.

Triage – En medicinsk snabb förstahandsbedömning av skadade och sjuka på till exempel en katastrofplats eller ett akutintag. Syftet med triage är framför allt att se till att personer med de mest trängande behoven av behandling tas om hand omgående eller med minsta möjliga dröjsmål. Vid olyckshändelser med många svårt skadade kan det ingå i triage att identifiera de personer som inte bedöms kunna överleva ens med behandling och som därför inte ska bli föremål för aktiva åtgärder. Målet med triage är vanligtvis att åstadkomma god patientnytta för så många svårt skadade patienter som möjligt.