



2022-04-29

Socialstyrelsen
registrator@socialstyrelsen.se

Remissvar Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig – Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS tackar för möjligheten att lämna synpunkter på remissversionen av *Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig*. SLS har framfört synpunkter på innehållet i tidigare version av dokumentet i en skrivelse till Socialstyrelsen daterad den 12 januari 2022. I beredningen av SLS yttrande har vi fått in remissvar från SLS delegation *för medicinsk etik* (bifogas).

SLS anser sammanfattningsvis

- **att** det finns ett tydligt behov av att stärka den katastrofmedicinska beredskapen i Sverige. Detta inbegriper bland annat förbättrad beredskap vad gäller materiel, logistik, personella resurser, IVA-platser etc.
- **att** i frånvaro av en klar definition av ”katastrofsituationer och krig” bör en sådan stipuleras tydligare än hittills, som utesluter sådan brist som förekommer även under mer normala förhållanden
- **att** det finns ett behov av att underlätta tillämpningen av prioriteringsplattformen (den av riksdagen beslutade etiska plattformen), i synnerhet genom att tydliggöra hur en mer restriktiv linjedragning (”lägga ribban högre”) kan ske när ett särskilt stort gap mellan behov och resurser uppstår under katastrofsituationer och krig
- **att** detta dock är något annat än att ändra *prioriteringsplattformen i sig*, och hierarkin mellan de ingående etiska principerna
- **att** eventuella sådana förändringar faller utanför Socialstyrelsens aktuella uppdrag. Denna typ av frågor måste belysas med ingående etisk analys, bred samhällsdebatt och politiska beslut
- **att** prioriteringsplattformen inbegriper åtskilliga av sjukvårdens etiska kärnvärden, och att den därtill är demokratiskt väl förankrad samt kodifierad i gällande hälso- och sjukvårdslagstiftning
- **att försök att operationalisera plattformen**, såsom exempelvis den nationella modellen för öppna prioriteringar, måste vara förenliga med plattformens innehåll
- **att** aggregering av patientnytta, där fler lindriga vårdbehov får gå före färre, svåra vårdbehov är oförenligt med prioriteringsplattformen
- **att** den humanitära rätten i krig, rimligt uttolkad, är förenlig med prioriteringsplattformen; den humanitära rätten vilar inte på en utilitaristisk grund
- **att** professionellt baserade individuella bedömningar av patienter är centrala vid prioritering
- **att** prioriteringsplattformen är giltig inom all hälso- och sjukvård, oavsett drifts- och finansieringsformer
- **att** det finns anledning att öka utbildningsinsatserna kring prioriteringsplattformens tillämpning till hälso- och sjukvårdspersonal samt aktörer på administrativ och politisk nivå
- **att** det är viktigt att diskutera åtgärder för att hantera etisk stress då det finns ett gap mellan vårdbehov och resurser, men inte genom att ändra *prioriteringsplattformen i sig*, och hierarkin mellan de ingående etiska principerna .

SLS lämnar i sitt remissvar dels *allmänna synpunkter* på arbetet och remissversionen, dels *synpunkter på remissversionens värdegrund*, dels *övriga synpunkter* på remissversionens begreppsapparat, tillämpbarhet och praktiska användbarhet.

Allmänt om remissversionen

SLS anser att det finns ett tydligt behov av att stärka den katastrofmedicinska beredskapen i Sverige. För att tillgodose detta behov behöver vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig ingående analyseras. Därför är det viktigt att regeringen har givit det aktuella uppdraget. SLS uppskattar även att Socialstyrelsen (SoS) nedlagt ett betydande arbete för att utföra uppdraget. I jämförelse med texten i dokumentet *Nationella principer för prioritering i kris och krig* noterar SLS förändringar såsom en ansats till snävare definition av vilka typer av krissituationer som avses, samt betoningen av att prioriteringar under katastrofsituationer och krig ska ske på samma etiska grund som den som gäller under normala förhållanden. Vidare uppskattar SLS att prioriteringsplattformen nu beskrivs på ett tydligt sätt.

SLS anser dock att innehållet i remissversionen delvis avviker från prioriteringsplattformen. Remissversionen öppnar för möjligheten att flera, mindre svåra, vårdbehov tillåts överflygla färre, svåra, vårdbehov. Sådana förändringar av gällande rätt faller utanför det aktuella uppdraget att föreslå. Denna typ av frågor måste belysas med ingående etisk analys, bred samhällsdebatt och politiska beslut. Detta gäller såväl prioriteringar under katastrofsituationer och krig som under normala omständigheter. SLS anser mot bakgrund av detta att remissversionen är i behov av en större revision. Vi menar också att betydande resurser bör läggas på att öka kunskapen om och implementera prioriteringsplattformen på klinisk, administrativ och politisk nivå.

SLS övergripande synpunkter på remissversionens värdegrund

SLS anser att innehållet i remissversionen delvis avviker från prioriteringsplattformen, vilket kan öppna för möjligheten att många, mindre svåra, vårdbehov tillåts överflygla färre, svåra, vårdbehov. Detta sker genom flera skrivningar (a-f):

- a) **den hierarkiska relationen mellan prioriteringsplattformen och gjorda försök att operationalisera plattformen** framgår inte tillräckligt tydligt, då plattformen anges som en av fyra ”Etiska principer för prioriteringar i katastrofsituationer och krig” (remissversionens innehållsförteckning)

Beträffande dokumentets övergripande logik är det viktigt att skilja mellan *grundläggande etiska principer kodifierade i gällande rätt (Etiska principer för prioriteringar i katastrofsituationer och krig)* och olika *försök till operationalisering av dessa etiska principer*. Denna distinktion framgår inte tillräckligt tydligt vare sig i innehållsförteckningen eller senare i dokumentets text.

Distinktionen är viktig för att tydliggöra att olika försök till operationalisering måste vara förenliga med innehållet i prioriteringsplattformen.

SLS konstaterar att riksdagens prioriteringsplattform [1-3] inbegriper åtskilliga av sjukvårdens etiska kärnvärden, och att den därtill är demokratiskt väl förankrad samt kodifierad i gällande rätt.

SLS anser att under rubriken *Etiska principer för prioriteringar i katastrofsituationer och krig* bör *Etiska plattformen för prioriteringar (riksdagens prioriteringsplattform)* och *Den humanitära rätten i krig* omnämnas. *Nationell modell för öppna prioriteringar, Verktyg för prioritering av vård i katastrofsituationer och krig* samt *Kompletterande vägledning för prioriteringar i specifika situationer* hör lämpligen hemma under rubriken *Försök till operationalisering av etiska principer för prioriteringar i katastrofsituationer och krig*. Det måste framgå att operationaliseringarna ska harmoniera med gällande rätt.

- b) **den humanitära rätten i krig** ges en tendentiös tolkning; detta genom en glidning av definitionen i flera led via den mångtydiga termen triage (remissversionen s. 14):
1. "Förtur till vård mellan sårade och sjuka får endast grundas på trängande medicinska skäl."
 2. "Vad som närmare utgör trängande medicinska skäl anges inte i den humanitära rätten."
 3. "Enligt ICRC är det allmänt accepterat att det är reglerna för medicinsk etik och accepterade standarder för den medicinska professionen som styr dessa beslut."

4. "Enligt ICRC är dock principerna för medicinsk **triage** (SLS' fetstilsmarkering) förenliga med syftet i den humanitära rätten, och de är också i enlighet med medicinsk etik."
5. "Principerna för medicinsk triage syftar till att uppnå ett optimalt utnyttjande av tillgängliga resurser för att **gagna det största antalet av skadade** (SLS' fetstilsmarkering) som har bäst chans att överleva."

De första tre punkterna är okontroversiella, men det är problematiskt att principerna för medicinsk triage tas för givna i sammanhanget. Begreppet medicinsk triage kan ges olika innebörd och det finns olika värde- och evidensgrund för olika triagesystem [5-7]. Slutsatsen i punkt 5 är i förhållande till punkterna 1-3 inte följdriktig och öppnar för en utilitaristiskt färgad tolkning ("...**det största antalet av skadade** som har bäst chans att överleva."). Exempelvis kan texten tolkas som att behoven hos fem svårt skadade individer med måttligt stor chans att överleva, om de får snabb och adekvat medicinsk vård, ska rangordnas lägre än behoven hos 15 lätt-måttligt skadade individer med större chans att överleva. Detta är inte i enlighet med prioriteringsplattformens innehåll.

SLS anser att den humanitära rätten i krig bör återges mindre tendentiöst, och att dess rättsliga status i förhållande till prioriteringsplattformen bör analyseras. Nyckeltermen triage måste definieras.

- c) **prioriteringsplattformen (den etiska plattformen)** återges korrekt, men utan att omnämna den grundläggande förutsättningen att plattformen inte är förenlig med utilitaristisk nyttoaggregering (remissversionen s. 14-15)

SLS uppfattar att remissversionens text om den etiska plattformen är korrekt. Det finns en hierarki mellan plattformens etiska principer, där människovärdesprincipen är högst rangordnad, och behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen [1-3]. Den individ som har det största vårdbehovet ska gå först. Det är särskilt viktigt att identifiera vårdbehov hos svaga individer, särskilt de med nedsatt autonomi.

SLS saknar dock en nödvändig definition av begreppet patientnytta. I relevanta förarbeten till och tolkningar av gällande hälso- och sjukvårdslagstiftning [1-3,8,9] avvisas den utilitaristiska nyttoprincipen i ett prioriteringssammanhang. Prioriteringsutredningen godtog inte en nyttoprincip med innebörden att det som ger störst nytta för flest patienter ska väljas. Den tog avstånd ifrån att lägga resurser på att hjälpa många människor med lindrigare besvär i stället för ett fåtal med svåra skador. Patientnytta ska ses från individens och inte kollektivets perspektiv [1]. En utilitaristisk nyttoaggregering är inte förenlig med vare sig människovärdesprincipen eller behovs- och solidaritetsprincipen, dvs den sammanlagda nyttan av att tillgodose ett större antal lindriga vårdbehov får inte överflygla nyttan av att tillgodose svåra vårdbehov hos relativt få patienter.

I första hand ska hälso- och sjukvården tillgodose behov hos de individer som har det största vårdbehovet (A). Först i andra hand ska en hälsomaximering på gruppnivå (samhällsnivå) eftersträvas (B). (A) och (B) sammanfaller ibland i prioriteringssammanhang, men ibland står strävan efter (A) i motsatsställning till (B), och i dessa fall ska (A) gälla i första hand. Exempelvis ska vårdbehovet hos fem individer med stort vårdbehov per individ (svårt hälsotillstånd, t.ex. cancer eller svår hjärtsvikt; stor möjlig patientnytta av åtgärd enligt vetenskap och beprövad erfarenhet) prioriteras före vårdbehovet hos 15 individer med lindriga-måttliga vårdbehov även om den aggregerade nyttan bedöms större om åtgärder för de 15 individerna prioriteras högre. Även om prioriteringsplattformen inbegriper såväl pliktetiska som konsekvensetiska värden, är plattformen inte utilitaristisk. Detta har konstaterats i exempelvis tre doktorsavhandlingar [10-12].

SLS anser att under rubriken *Den etiska plattformen* bör med hänvisning till relevanta förarbeten framgå att med patientnytta avses nytta för en enskild individ och att en renodlad utilitaristisk nyttoaggregering inte är förenlig med prioriteringsplattformen. Den sammanlagda nyttan av att tillgodose ett större antal lindriga vårdbehov får inte överflygla nyttan av att tillgodose svåra vårdbehov hos relativt få patienter. Patientnytta ska i första hand ses från individens och inte kollektivets perspektiv.

- d) **Den nationella modellen för öppna prioriteringar** (13) utgör en vällovlig och viktig operationalisering av prioriteringsplattformen. Den refererade versionen av modellen innehåller dock några avsnitt som enligt SLS behöver problematiseras. Exempel:

”Med risk för att dö i förtid p g a hälsotillståndet avses risken för att:

- 1) aktuellt hälsoproblem troligt kommer att orsaka patientgruppens död,
- 2) döden kommer att inträffa tidigare än om inte det specifika problemet funnits.

Om inte hälsoproblemet förväntas orsaka patientgruppens död och/eller detta inte förväntas inträffa innan en förväntad medellivslängd för gruppen finns med andra ord i det här sammanhanget ingen risk för att dö i förtid.”

(s. 48-49 Nationella modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård).

Innebörden i det refererade avsnittet behöver analyseras i förhållande till prioriteringsplattformen. I Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) [3] konstateras att ”Varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskilde patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen, men med vägledning av genomtänkta etiska grundprinciper.”

I ”Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin (SoS) [9]:

”Individuella bedömningar: Den som tillämpar modellen i det dagliga arbetet, på patientnivå, behöver bedöma varje patient individuellt. Detta eftersom en patients vårdbehov kan skilja sig från den patientgrupp den tillhör.”

Den som tillämpar prioriteringsplattformen i det dagliga arbetet, på patientnivå, behöver bedöma varje patient individuellt [1-3].

SLS konstaterar att det är förenligt med prioriteringsplattformen att ta hänsyn till biologisk ålder, men bara om detta har föregåtts av en bedömning på klinisk-individuell nivå. Detta bör konsekvent framhållas när termen ”ålder” används, även i kris och krig.

SLS anser att den nationella modellen för öppna prioriteringar återges alltför kortfattat i remissversionen. Det bör tydligare betonas att modellen måste harmoniera med prioriteringsplattformen och att detta kan kräva en framtida revidering av dokumentet. Det bör även framgå att de prioriteringsdimensioner som i modellen härletts från prioriteringsplattformens etiska principer [9], i likhet med de etiska principerna, är sinsemellan rangordnade, dvs hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdens patientnytta (härledda från behovs- och solidaritetsprincipen) är tillsammans överordnade åtgärdens kostnadseffektivitet (härledd från kostnadseffektivitetsprincipen). I annat fall urholkas i praktiken prioriteringsplattformen.

- e) **Kompletterande vägledning för prioriteringar i specifika situationer** syftar till att ge konkret stöd i specifika situationer, illustrerade med vinjettartade fallbeskrivningar, vilket är vällovligt ur pedagogisk synvinkel. I åtminstone två avsnitt identifieras dock rekommendationer som tycks färgade av nyttoaggregering och utilitaristisk prioritering:

”I masskadesituationer används begreppet triagering som innebär en initial sortering och prioritering av patienter till olika vårdnivåer. I en sådan situation är målet att åstadkomma god patientnytta för så **många** svårt skadade patienter **som möjligt**...” (remissversionen s. 21)

”Samtidigt kan det finnas insatser för högt prioriterade grupper som kräver en sådan omfattning av den aktuella resursen att de kan ses som mindre kostnadseffektiva. För att frigöra infrastrukturresurser till fler patientgrupper kan man då överväga om sådan vård kan ransoneras till förmån för mindre resurskrävande insatser som fortfarande har rimlig patientnytta. **Detta innebär att man accepterar en något sämre patientnytta för dessa grupper för att möjliggöra insatser med patientnytta för ett större antal patienter som har lika svåra eller mindre svåra tillstånd.** (SLS’ fetstilsmarkering)” (remissversionen s. 24)

Detta resonemang harmonierar inte med skrivningarna i Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) [3] respektive Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll SOU 2021:80 [14]:

”Att verksamheten bedrivs kostnadseffektivt får däremot aldrig innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra som är i liknande situation.” (Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60)) [3]

”Kostnadseffektivitetsprincipen (jfr 4 kap. 1 § HSL), är underordnad de båda andra principerna. Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.” (SoU 2021:80) [14]

En sak är att linjedragningen behöver göras annorlunda när ett stort gap mellan behov och resurser föreligger, dvs att åtgärd-tillståndspar som är lågt rangordnade, inte kan tillgodoses omedelbart. ”Ribban behöver läggas högre”. Det finns däremot ingen anledning att ändra själva prioriteringsplattformen, dvs rangordningen mellan olika tillstånd-åtgärdspår under krig och kris.

SLS anser att de ovan återgivna nuvarande ordalydelserna (särskilt s. 24) är oförenliga med gällande lagstiftning. SLS anser att de nämnda avsnitten bör strykas eller omformuleras så att deras innehåll harmonierar med prioriteringsplattformen.

- f) **Exempel på risker och svåra frågor** under stöd för implementering tar upp uppfattningar som i några fall är kontroversiella (remissversionen s. 28).

Syftet med dessa exempel är vällovligt, men återigen återges (utan källa!) farhågor som i vissa fall är kontroversiella. Exempel (remissversionen s. 28): ”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.” Tvärtemot vad som antyds i texten är det mycket som talar för att individer med stora och komplexa vårdbehov, t.ex. äldre med multisjuklighet och/eller skörhet och nedsatt autonomi, drabbas av undanträngningseffekter, dvs ges en alltför låg prioritering i förhållande till andra individer med lindrigare vårdbehov [15-17].

SLS anser att det finns skäl att mer heltäckande och stringent än i den nu föreliggande remissversionen identifiera och analysera hinder för prioriteringsplattformens implementering på olika nivåer, vilket förtjänar en egen utredning. Det nämnda avsnittet i remissversionen bör strykas eller i grunden omarbetas.

SLS övriga synpunkter på remissversionen

Begrepp och tillhörande termer definitioner

Det saknas en hållbar definition av vad som avses med ”katastrofsituationer och krig”. Termen ”kris” ges olika vid innebörd på olika ställen i dokumentet, underförstått med olika definitioner. Även andra termer behöver definieras mer stringent än hittills, exempelvis *vård som inte kan anstå; triage; trängande; resurseffektiv; vida överstiger*.

SLS anser att en tydligare definition av ”katastrofsituationer och krig” bör stipuleras, som utesluter sådan brist på t.ex. läkemedel, vårdplatser och personal som förekommer även under mer normala förhållanden. I övrigt behöver även de ovan nämnda termerna definieras.

”Riktlinjer för högt prioriterad vård”

I avsnittet ”Riktlinjer för högt prioriterad vård” återges grupper med hög prioritet baserade på enbart hälsotillståndets svårighetsgrad, vilket avviker från den i övrigt gällande logiken att definiera vårdbehov som en funktion av hälsotillståndets svårighetsgrad och möjlig individuell patientnytta. Det har konstaterats tidigare att även om hälsotillståndets svårighetsgrad ska väga tungt, bör även patientnyttan av en åtgärd beaktas vid prioritering, och Prioriteringscentrum, Socialstyrelsen och SMER har uttryckt samsyn i att de s.k. prioriteringsgrupperna (I-IV, där grupp I som inbegriper ”högt prioriterad vård”) bör avskaffas [8, 18]. Prioriteringsgrupperna torde mot denna bakgrund, till skillnad från prioriteringsplattformen för övrigt, ses som en överspelad del av det aktuella förarbetet [1].

SLS anser att ”Riktlinjer för högt prioriterad vård” i konsekvensens namn bör strykas alternativt kompletteras med förtydligandet att vårdbehov är en funktion av hälsotillståndets svårighetsgrad och möjlig individuell patientnytta och att en individ inte har behov av en åtgärd som inte medför patientnytta.

Tillämpbarhet

Det saknas en distinkt angivelse av vilken räckvidd tillämpbarheten av *Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig* förväntas få, dvs vilka vårdgivare som omfattas av stödet. Exempelvis visar erfarenheter från *Corona*-krisen att det kan behöva klargöras att alla vårdgivare omfattas av gällande rätt beträffande prioriteringar.

SLS anser att det bör framgå att prioriteringsplattformen är giltig inom all hälso- och sjukvård, oavsett drifts- och finansieringsformer.

Dokumentets status, målgrupp och praktiska användbarhet

Dokumentet betecknas som ”Kunskapsstöd”, men termen ”stöd” harmonierar sannolikt bättre med dess innehåll, då det inte grundar sig i en sammanställning av befintlig kunskap enligt gängse praxis. Dokumentet förefaller i praktiken rikta sig till beslutsfattare på samtliga beslutsnivåer (klinisk nivå [mikronivå], administrativ nivå [mesonivå], politisk/samhällelig nivå [makronivå]). Detta är svårigenomförbart i praktiken. Prioriteringsgrupperna A-E och dess handläggning bygger på ett tämligen abstrakt-teoretiskt resonemang som ter sig svårt att operationalisera i praktiken. Därtill är komplexiteten i kliniska sammanhang alltför hög. Uttalad multisjuklighet, skörhet och komplexa vårdbehov, som tarvar individuella bedömningar, är mycket utbredd.

SLS anser att dokumentets tillämpbarhet i en klinisk kontext, även vid krig och katastrof, bör problematiseras.

Etisk stress

SLS instämmer i att det är viktigt att prioritera vård på ett enhetligt och förutsägbart sätt och att etiskt väl underbyggda principer kan minska den etiska stressen. Det är dock oklart om det aktuella dokumentet med dess nuvarande inriktning skulle minska den etiska stressen i katastrofsituationer och krig. Stressen skulle rentav kunna öka om man försvårar ett konsekvent användande av prioriteringsplattformen och inför parallella och delvis annorlunda principer. Kunskapen om den etiska plattformen har konstaterats vara bristfällig [19, 20], vilket torde utgöra en grogrund för etisk stress.

SLS anser att det är viktigt att diskutera åtgärder för att hantera etisk stress då ett gap föreligger mellan vårdbehov och resurser. En viktig del i detta arbete är att öka kunskapen om den etiska plattformen.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Niklas Ekerstad
ledamot i SLS nämnd

Bilaga: Remissvar från SLS delegation för medicinsk etik.

Referenser

1. Vårdens svåra val, SOU 1995:5.
2. Betänkande 1996/97:SoU14 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
3. Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
4. 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-databases.icrc.org/ihl/full/GCI-commentary> samt regel 110 i “Customary International Humanitarian Law”, två volymer: Volume I: Rules, Volume II: Practice (två delar), Jean-Marie Henckaerts och Louise Doswald-Beck, Cambridge University Press, 2005
5. SBU. 2010. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. (SBU). SBU-rapport nr 197.
6. Farrokhnia N, Castren M, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, Asplund K och Göransson KE. 2011. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 30(19): 42.
7. Prioriteringscentrum. Triage som prioriteringsinstrument. Triage som prioriteringsinstrument på akutmottagning. En etisk analys av RETTS 2012:2.
8. SMER. Bilaga till beslut av Statens medicinsk etiska råd (S 1985:A) den 23 januari 2009, Dnr 03/09. Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården.
9. Socialstyrelsen. 2020. Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin. Kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer
10. Waldau S. Creating organisational capacity for priority setting in health care: using a bottom-up approach to implement a top-down policy decision (doctoral thesis). Umeå university. Umeå 2010.
11. Ekerstad N. Micro Level Priority Setting for Elderly Patients with Acute Cardiovascular Disease and Complex Needs: Practice What We Preach or Preach What We Practice? (doctoral thesis). Linköping university. Linköping 2011.
12. Björk J. Just responsibilities? On responsibility for health in Swedish health care priority setting (doctoral thesis). Karolinska institutet. Stockholm 2021.
13. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso-och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet; 2017.
14. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. SoU 2021:80.
15. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen 2014:22.
16. Olsson O. Managing variability in patient flows (doctoral thesis). Linköping university. Linköping 2021.
17. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök (2022:1). Rapport.
18. Socialstyrelsen, Prioriteringar i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten Vårdens alltför svåra val? 2007.

19. Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen, SOU 2001:8.
20. Drees, C., Krevers, B., Ekerstad, N., Rogge, A., Borzikowsky, C., McLennan, S., Buyx, A. Clinical Priority Setting and Decision-Making in Sweden: A Cross-sectional Survey Among Physicians. *International Journal of Health Policy and Management*, 2021; (): -. doi: 10.34172/ijhpm.2021.16

Remissvar från Delegationen för medicinsk etik (DME) inom Svenska Läkaresällskapet på remissen: Nytt stöd för vårdens prioriteringar i katastrofer och krig (Socialstyrelsen).

Synpunkter från delegationen för medicinsk etik inom SLS:

- Kunskapsstöd?

Texten presenteras som ett kunskapsstöd, vilket vanligen torde förstås som en sammanställning av aktuell kunskap vilken värderats utifrån t ex evidensstyrka, relevans / praktisk användbarhet. Detta dokument behandlar dock värdefrågor, som inte empiriskt kan beläggas som sanna eller falska. Därför är kunskapsstöd en olämplig beteckning.

- Vem är mottagaren av denna text – och hur ska den tas emot?

I förordet läses: "Dokumentet vänder sig till alla som fattar beslut om fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser och gäller för prioriteringar på gruppnivå i alla led – från den övergripande inriktningen till prioriteringar inom en avgränsad verksamhet i vården", vilket talar för att texten är avsedd att vara till för både beslutsfattare på regionkontoret och för läkaren eller sjuksköterskan i första linjen. Att målgruppen är så bred leder dock till problem med textens relevans och tydlighet.

DME noterar textförfattarnas ambition att skriva uttömmande och systematiskt. Samtidigt är språket ställvis omständligt och svår genomträngligt (ex. omskrivningar som "inte enbart"). De fem prioriteringsgrupperna (A till E) där grupperna A, B och C verkar ha mycket gemensamt, liksom grupperna D och E. Samtidigt skrivs det som appendix till grupp D att vården kan omfördelas efter noggrann övervägning. Hur detta ska ske är ett svårt övervägande även för den läsare som sitter i lugn och ro på sin kammare, och det bör vara ännu svårare i den brutala verkligheten av en pågående krigs- eller katastrofsituation. Vår reflektion är därför att om denna text är avsedd för sjukvårdspersonal på golvet kommer den knappast att fungera som ledning i en inträffad katastrofsituation, möjligen som utbildnings- och diskussionsmaterial i lugnt läge. Är målgruppen snarare ledningspersoner eller ansvariga på högre nivåer i hierarkin (som i vissa fall inte kan förväntas ha praktiskt och aktuell erfarenhet av akutsjukvård), borde texten förses med tydliga exempel på skadesituationer och akutmedicinska insatser som kan vara aktuella.

I avsnittet Att implementera kunskapsstödet (sidan 26 ff) ges anvisningar i syfte att tipsa om hur utbildning och analys kan gå till. Förslagen på diskussionspunkter ter sig ställvis att ha svårt väcka det rätta intresset (ex. "Vad vill vi särskilt ska ske i katastrof och krig? Exempel: Att vården endast ransoneras den tid som är absolut nödvändig")

- Hur ska det gå till?

Dokumentet visar att författarna är medvetna om flera avgörande svårigheter: "Om man ransonerar vård i prioriteringsgrupp 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 av hälso- och sjukvården. Detta kräver en noggrant samordnad prioriteringsbedömning för att få en rimlig och enhetlig prioritering mellan olika verksamheter i vården." (sidan 19) Läsaren får dock ingen hjälp att föreställa sig hur denna "noggrant samordnade prioriteringsbedömning" i praktiken ska gå till.

Stora delar av sjukvårdens personal och utrustning ägnas åt vårdbehov som i normallägen är angelägna men som skulle kunna anstå i ett katastrofläge. Kan det vara mer rationellt att låta dessa delar av vården löpa på så länge som den inte tär på infrastruktur, personalresurser och material som behövs för omhändertagandet av katastrofens offer? Vi undrar om Socialstyrelsen anser att det av rättviseskäl är så att ordinarie vård bör avbrytas/ransoneras, även om dess utförande inte påverkar krigets eller katastrofens offer?

Dokumentets idé om "noggrant samordnad prioriteringsbedömning" tycks förutsätta (utan att detta sägs) att det existerar någon form av klinik- och regionövergripande kommunikationssystem – ett system som enligt vår bedömning saknas. Det står på flera ställen att katastrofsituationer utmanar normala kvalitetskrav, men att även i katastrof- och krigssituationer ska "den vård som ges i sådana situationer vara förenlig med en god och säker vård..." (sid 13). Kan inte det diskuteras? Tex att man utöver att prioritera att ge *mindre* vård eller vård vid ett senare tillfälle, även skulle kunna prioritera genom att ge mindre *god* vård, och/eller mindre *säker* vård. Sjukvården lägger rätt mycket tid och resurser på att ge säker vård (med all rätt), men i en katastrofsituation kan antagligen mer vård ges om man sänker kraven på säkerhet (färre kontroller, fler patienter per sjuksköterska, färre personal på operationssalen...) Sen kan man ju också fråga sig vad (tillräckligt) *god* vård är - i det brukar vi ju räkna in att informera, lindra, trösta, bry oss om anhöriga mm. I en katastrofsituation kanske detta också är något som kan ransoneras? (Det är ju inget man skulle önska, men å andra sidan önskar man ju inte en katastrof heller...)

Det framgår på flera ställen att prioritering görs på många olika nivåer. Samtidigt framgår (t ex på sid 16) att "...vårdbehovet – i varje enskilt fall – måste bedömas utifrån förutsättningar i just det fallet." Hur ska i så fall prioriteringen enligt detta dokument kunna ske på högre organisatoriska nivåer (sjukhus, region, nationellt)? Att prioritera alltför breda kategorier av tillstånd blir problematiskt. Vilken grupp av patienter har störst behov: de med akut hjärtinfarkt eller de med leukemi eller de med diabetes eller de med skov av svår inflammatorisk tarmsjukdom eller de med svårbehandlad epilepsi? Inom vardera gruppen varierar behoven avsevärt. Till och med nageltrång kan vara alltifrån banalt till livshotande, beroende på situationen för den individuella patienten. Prioriteringen enligt detta kunskapsstöd *måste* därför ske nära patienten, men också i nära samråd med någon som har överblick över hela verksamheten (för att jämföra olika patienter).

Ett exempel: Föreligger det en masskadesituation med många traumapatienter (stor olycka, eller krig) så verkar det ju klokt att stärka upp operationskapaciteten på ett sjukhus (eller i en region). Men bedömningen av varifrån resurserna bör tas kan enligt vår mening inte enbart göras från hög administrativ höjd. Omfördelningen kräver nämligen god kännedom om förekomsten av individuella behov inom respektive patientgrupp/klinik/verksamhet där resurserna tas. Övervägandet blir därmed väldigt patientnära. Återigen krävs ett kommunikationssystem mellan beslutsnivåerna som saknas idag.

- Högt prioriterad vård

Det finns (på sid 16) en uppräknig av exempel på vad som är högt prioriterad vård. Den sista punkten anger vård av människor med nedsatt autonomi. - Betyder det att en människa med nedsatt autonomi som har ett lindrigt vårdbehov, är högt prioriterad *bara* pga sin bristande autonomi?

- Definitioner, tack!

Det är oklart vad som i praktiken avses med "marginell patientnytta". Är det en patientnytta som asymptotiskt närmar sig noll, eller är det påtaglig patientnytta, dock mindre än den som uppkommer när man stillar en stor pågående inre blödning? Utan konkretisering och tydliga exempel finns risk för synnerligen arbiträra tolkningar snarare utgående från bedömaren, än från en tänkt rangordning av tillstånd-åtgärder hos de vård sökande.

Likaså noteras att det ursprungliga uppdragets begrepps-par *kris och krig* har förändrats till *katastrof och krig*. En katastrof är förmodligen värre än en kris, men det bör anges tydligare vilka situationer som dokumentets rekommendationer gäller (att behoven "vida" överstiger resurserna är föga

klargörande). Även här behövs någon avgränsning och exempel för att läsaren ska förstå vilken typ av situationer som texten avser respektive inte avser.

- Tag personligt ansvar, gör det du kan!

DME saknar rekommendationer om lämpliga förhållningssätt vid katastrof eller krig. Dessa lämpliga förhållningssätt kan i viss utsträckning vara giltiga både för ledningspersoner och för de praktiskt verksamma. En ofta omvittnad lärdom från coronapandemin (2020 -) är att när det råder extrema förhållanden i sjukvården blir enskilda initiativ och snabbt upprättade informella nätverk betydelsefulla och verkningsfulla. Beslutsvägarna och tiden mellan beslut och förverkligande förkortades markant. De professionellas roll i beslutsfattande även på systemnivå stärktes. Många kliver fram och är beredda ta ett stort ansvar utöver det som stipuleras i arbetsbeskrivningen.

Vi saknar en uppmaning till den enskilda medarbetaren att snabbt försöka skaffa sig en överblick av situationen här-och-nu, och snabbt värdera vilka bidrag man själv kan göra för att lindra situationen. Att alltid invänta direktiv från högre beslutsnivåer kan vara kontraproduktivt.

Vi saknar (frånsett sidan 21 där det enbart tycks handla om masskadesituationer) även referens till att situationsanpassad triagering kan behövas enligt en gemensam modell, på den lokala ledningsnivån. Detta för att undvika att varje enskild medarbetare måste göra en egen prioritering av vilken patient som först ska få hens uppmärksamhet.

- Hur prioritera att prioritera?

DME finner att om den föreslagna modellen ska tillämpas ordagrant i praktiken skulle detta kunna innebära att en väsentlig kvalificerad resurs fick avsättas för att tillämpa själva modellen. Vi saknar ett resonemang om "metaprioritering". Hur ser den optimala balanseringen ut av resurser mellan att tillämpa prioriteringsmodellen och utföra vårduppgifterna?

- Relationen till den prioriteringsetiska plattformen.

Myndighetens och därmed arbetsgruppens mandat kan givetvis inte vara sådant att förslagen skulle hamna i konflikt med den prioriteringsetiska plattformen, vilket även tydligt framgår som en grundförutsättning i den remitterade texten. Det framgår att grunden för prioriteringsbeslut är en individuell bedömning av det enskilda fallet, vilket följsamhet till plattformen kräver. I situationer när behoven (som kan vara hyperakuta och mycket stora: många människor har livshotande tillstånd) vida överstiger resurserna (som kan vara stympade genom till exempel bristsituationer och förstörd infrastruktur för vård) är det förenligt med den prioriteringsetiska plattformen att (ibland drastiskt) "höja ribban" – vårdbehov som i mera normala lägen självklart skulle omhändertagits måste prioriteras ner till förmån för större, mer livshotande, mer akuta tillstånd.

Samtidigt är det så att gängse katastrofmedicinskt tänkande i vissa avseenden inte är förenligt med gällande förståelse av den prioriteringsetiska plattformen. Det gäller synen på aggregerad patientnytta. Är det "rätt" att prioritera mindre vårdbehov hos fler framför större vårdbehov hos färre? Enligt plattformen är detta inte möjligt. Vi saknar en förklarande och problematiserande text runt detta dilemma. I stället smygs det in ställningstaganden där aggregerad patientnytta framhålls (t ex på sidan 24: "*Samtidigt kan det finnas insatser för högt prioriterade grupper enligt denna modell som kräver en sådan omfattning av den aktuella resursen att de kan ses som mindre kostnadseffektiva och det bör då övervägas om sådan vård kan nedprioriteras för att frigöra infrastrukturresurser till fler patientgrupper. Detta innebär då att man accepterar en något sämre patientnytta för dessa grupper för att möjliggöra insatser med patientnytta för en **större andel patienter som har lika svåra eller mindre svåra tillstånd.***"). Utan att här fördjupa analysen av vilka eventuella behov det finns av förtydliganden och anpassningar av plattformen, är det vår uppfattning att det tydligt borde påpekas och problematiseras när konflikter med plattformen kan uppstå. Detta till ledning för den lagstiftningsprocess som är nödvändig vid förändringar av gällande rätt.

Att under en pandemi vaccinera sjukvårdspersonal (med utsatta befattningar) före övrig befolkning och riskgrupper i befolkningen kan motiveras om den personliga risken för att sjukvårdspersonal ska insjukna är hög, utan att någon tydlig konflikt måste uppstå med människovärdesprincipen, som den beskrivs i remissversionen. Att däremot erbjuda förtur till vård för nyckelpersoner, t ex sjukvårdspersonal, står i strid med denna princip. Även på denna punkt saknar vi en problematiserande beskrivning i den remitterade texten.

För Delegationen för medicinsk etik,

Mikael Sandlund, ordförande