

Arbetsmaterial

Nationella principer för
prioritering i hälso- och
sjukvården under covid-19-
pandemin

Arbetsmaterial

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

Publicering www.socialstyrelsen.se, mars 2020

Arbetsmaterial

Förord

Hälso- och sjukvårdslagen slår fast att vi i Sverige ska ha en vård på lika villkor för hela befolkningen, och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Denna skrift innehåller principer för att prioritera resurser i hälso- och sjukvården under covid-19-pandemin. Socialstyrelsen har tagit fram skriften i samverkan med etiker och medicinskt sakkunniga.

Syftet med skriften är att stödja dig som beslutar om prioriteringar i hälso- och sjukvården så att besluten sker enligt den gällande etiska plattformen för öppna prioriteringar, som också uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen. Principerna för prioritering gäller alltid när behovet av vård överstiger de tillgängliga resurserna, men är i detta sammanhang tänkta att tillämpas om pandemin utvecklas så att behovet av vård överstiger de tillgängliga resurserna inom olika områden. Principerna gäller alla patienter som behöver vård i samband med att situationen kring covid-19 kvarstår.

Principerna är formulerade på en generisk nivå vilket innebär att du som företräder en verksamhet kommer att behöva anpassa och konkretisera principerna till din vårdverksamhet. Anpassningen kan med fördel ske genom att regionala och lokala riktlinjer tas fram för likartade verksamheter.

Socialstyrelsen vill tacka ...

Avdelningschef

Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården

Arbetsmaterial

Innehåll

Förord.....	3
Prioritera efter behov och patientnytta	5
Juridiska och etiska utgångspunkter	5
Att fördröja vård innebär ransonering.....	6
Generisk modell för att prioritera vård i samband med covid-19- pandemin	7
Prioritera genom att rasonera i följande ordning	8
Hänsyn till smittrisk.....	10
Palliativ vård	10
Tolkning och implementering av modellen	10
Öppen kommunikation	11
Hantering av etisk stress hos vårdpersonalen	11
Bilaga.....	12

Arbetsmaterial

Prioritera efter behov och patientnytta

Covid-19-pandemin ställer hälso- och sjukvården inför andra prioriteringar än vanligt. Det beror på att

- resurser behöver frigöras för intensivvård och andra vårdinsatser för patienter med covid-19
- smittorisken begränsar möjligheten och lämpligheten att bedriva viss hälso- och sjukvård.

I detta dokument presenteras en generisk modell för att ge viss vård en lägre prioritering i samband med covid-19-pandemin. Det handlar om vård utanför intensivvården, som kan komma att behöva skjutas upp eller inte utföras alls. Du kan använda modellen för att ta fram mer specifika prioriteringsriktlinjer för din verksamhet.

Undersök resurstillgången i andra regioner

Det är viktigt att betona att innan vård ges en lägre prioritering enligt modellen bör det undersökas om vården kan ges i andra regioner, där resurstillgången är bättre.

Modellen utgår från den nationella modellen för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [ref], som används av ett stort antal myndigheter, regioner och andra vårdaktörer. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60), som beslutades av riksdagen 1997.

Juridiska och etiska utgångspunkter

Den etiska plattformen från 1997 gäller för prioriteringar även i samband med covid-19-pandemin (prop. 1996/97:60, HSL). Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Vården ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett sådant som personliga egenskaper, livsstil, bostadsort, kön, religion, kronologisk ålder med mera. Man får dock ta hänsyn till biologisk ålder¹, om det påverkar patientnyttan.

¹ Bedömningen av biologisk ålder kräver en sammanvägning av olika faktorer, och kan göras med stöd av etablerade skattningsskalor. Den biologiska åldern blir högre av faktorer som sviktande vitalfunktioner, samsjuklighet och dålig förmåga att tillgodogöra sig en åtgärd på grund av hög kronologisk ålder. Se bland annat prop. 1996/97:60 och *Nationella principer för prioriteringar inom intensivvård under extraordinära förhållanden*, Socialstyrelsen 2020.

Arbetsmaterial

- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** De som behöver vården mest ska få företräde – patienterna med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Samtidigt tar man hänsyn till hur stor patientnytta som vården ifråga kan ge.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Det ska finnas en rimlig relation mellan kostnaden och effekten av en behandling. Om till exempel två behandlingar ger samma effekt så bör man välja den som kostar mindre. Samtidigt kan man använda mer resurser för att få en viss patientnytta vid svårare hälsotillstånd än vid lindrigare – kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de övriga principerna.

Dessa etiska principer har operationaliserats i den nationella modellen för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [ref]. Med hjälp av modellen rangordnar man olika kombinationer av hälsotillstånd och åtgärder, och ger dem därmed olika hög prioritet. Rangordningen utgår från

- hälsotillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens patientnytta.
- evidensen eller kunskapsunderlaget för patientnyttan
- åtgärdens kostnadseffektivitet
- evidensen eller kunskapsunderlaget för kostnadseffektiviteten.

Eftersom de etiska principerna i plattformen är rangordnade, spelar hälsotillståndets svårighetsgrad en avgörande roll för vårdens prioritet.

Att fördröja vård innebär ransonering

Om vård prioriteras ner på grund av resurstillgång innebär det någon form av ransonering. Vård kan ransoneras på olika sätt, på grund av resursbrist [ref]:

- **Nivåransonering** innebär att man ger mindre av en åtgärd, eller helt slutar med en åtgärd. Därmed sänker man kvaliteten på vården för patienten och får sannolikt därmed en sämre patientnytta.
- **Indikationsransonering** innebär att man skärper indikationen, så att patienten behöver ha ett svårare hälsotillstånd än normalt för att få tillgång till en åtgärd.
- **Tidsransonering** innebär att man skjuter fram en åtgärd i tiden. Patientens hälsotillstånd riskerar då att försämrats.

Du kan prioritera ner vård på alla dessa sätt med hjälp av den generiska modellen nedan, för att spara eller frigöra resurser – beroende på hur stor resurstillgången 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 vid ett senare tillfälle är mycket mer resurskrävande att åtgärda tillståndet. I vissa fall kan det i så fall vara bättre att prioritera åtgärden högre.

Arbetsmaterial

Generisk modell för att prioritera vård i samband med covid-19-pandemin

Här presenteras den generiska modellen för att prioritera vård i samband med covid-19-pandemin. Prioriteringen innebär att vården ransoneras, det vill säga att den inte erbjuds alls eller erbjuds i lägre grad, enligt något av alternativen ovan. Modellen består av 5 övergripande prioriteringsgrupper för ransonering utifrån den etiska plattformen [ref]. Modellen är utformad för att ligga till grund för regionala och lokala riktlinjer på patientgruppsnivå som till exempel kan användas för resursomfördelning mellan eller inom verksamheter. När de lokala riktlinjerna tillämpas i dagliga arbetet, på patientnivå, är det viktigt att det sker en individuell bedömning av enskilda patienter.

I modellen ingår att

- låta både indikationen och resurstillgången styra var gränsen dras för vilka patientgrupper som får vård.
- behandla symtomen hos de patientgrupper vars vård har ransonerats i prioriteringsgrupp A och B, så resurseffektivt som möjligt – modellen innebär inte att patientgrupper lämnas helt utan vård.
- ge god palliativ vård efter behov åt de patienter som blir utan behandling på grund av ransonering i prioriteringsgrupp C-E – resurser för detta kan behöva tas från annan hälso- och sjukvård.
- inte ransonera bort vård som är likvärdig när det gäller svårighetsgrad och patientnytta med den vård som ges på grund av covid-19-pandemin – det är irrelevant för prioriteringen om en patients ohälsa helt eller delvis orsakas av covid-19 eller inte.
- vara generös med att bedöma vårdbehov. I många fall kan man inte, utan kontakt i form av samtal eller undersökning av patienten, bedöma svårighetsgrad eller nytta av insatser. Därmed kan kontakt för bedömning behöva prioriteras även om vård sedan inte initieras.

Det är viktigt att betona att det bör ske en horisontell prioritering, det vill säga att de prioriteringar som sker görs på ett likartat sätt över hela hälso- och sjukvårdssystemet. Det innebär att om vård ransoneras enligt nedanstående prioriteringsmodell, kan det inte göras för att frigöra resurser för vård som är lägre prioriterad enligt prioriteringsmodellen.

Arbetsmaterial

Ransoning under begränsad tid!

Fördröj bara vården medan covid-19-pandemin pågår, och ytterligare tid som kan krävas för att komma i kapp – sammanlagt 6–12 månader, enligt nuvarande bedömning.

Prioritera genom att ransonera i följande ordning

Innan nedanstående modell tillämpas bör det övervägas om det finns resurskrävande insatser med mycket marginell patientnytta (oavsett svårighetsgrad) som kan ransoneras.

I den mån det behövs: Ransonera den vård som stämmer överens med prioriteringsgrupp A-E nedan. Börja med A och gå igenom samtliga steg där. Om nödvändigt gå till B och gör samma sak där och så vidare. Gå så långt som resursbristen kräver.

A. Vården kan med stor sannolikhet skjutas upp utan att patientens tillstånd eller möjligheten att behandla tillståndet försämras.

Ransonera denna vård i följande ordning:

1. Vården förebygger tillstånd som på lång sikt kan ha en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten och livslängden. En fördröjd vård påverkar dock inte nämnvärt behandlingsresultatet av tillståndet.
2. Tillståndet har en liten påverkan på livskvaliteten och är spontant övergående eller försämras inte. Vården kan ges vid ett senare tillfälle utan att det påverkar behandlingsresultatet, även om patientens lidande blir förlängt. Patienten kan i de flesta fall också bedriva egenvård för att lindra tillståndet.
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 patientens lidande blir förlängt.
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 patientens lidande blir förlängt.

Arbetsmaterial

B. Patienten får försämrad livskvalitet under tiden som vården skjuts upp, men riskerar inte ett akut livshotande tillstånd. En fördröjd vård kan ge försämrad men fortfarande acceptabel patientnytta.

Ransonera denna vård i följande ordning:

1. Tillståndet riskerar att försämrats och få en måttlig påverkan på livskvaliteten, som dock (delvis) kan behandlas symtomatiskt. En fördröjd vård innebär en något sämre patientnytta.
2. Tillståndet riskerar att försämrats och få en stor påverkan på livskvaliteten, som dock (delvis) kan behandlas symtomatiskt. En fördröjd vård innebär en något sämre patientnytta.

C. Vården gäller tillstånd med en stor till mycket stor påverkan på patientens livskvalitet och livslängd. I normalfallet är patientnyttan av åtgärden liten.

Kommentar: Patienterna kommer att ha en fortsatt mycket stor påverkan på livskvaliteten, och de riskerar att dö medan vården fördröjs. Detta bedöms dock inte som en allvarlig följd, eftersom risken för förtida död är stor även om den aktuella åtgärden inte ransoneras. Dessa patienter bör ha tillgång till god palliativ vård (se nedan).

D. Vården gäller tillstånd med en stor till mycket stor påverkan på patientens livskvalitet eller livslängd. I normalfallet förbättrar vården patientnyttan måttligt.

Ransonera denna vård i följande ordning: Ju mindre förväntad påverkan i form av förbättrad livskvalitet och livslängd, desto större skäl för ransonering.

Kommentar: På denna ransoneringsnivå närmar du dig prioriteringsnivå 1 i *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden*. Att ransonera vård på denna nivå kan därmed innebära att man ökar risken för förtida död, för att frigöra resurser med syfte att motverka förtida död för andra patientgrupper. Detta kräver därmed en noggrann horisontell prioriteringsbedömning, för att få enhetlig prioritering mellan olika verksamheter i vården.

Arbetsmaterial

E. Vården gäller tillstånd med en stor eller mycket stor påverkan på patientens livskvalitet eller livslängd. I normalfallet förbättrar vården patientens livskvalitet eller livslängd substantiellt och mer långsiktigt.

Observera: Undvik denna ransonering så långt det är möjligt. Beslut bör fattas på nationell nivå om ransoneringen är nödvändig.

Kommentar: Denna ransonering ligger på samma nivå som prioriteringsnivå 1 i *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden*. Det betyder att du ransonerar vård för patienter i en del av hälso- och sjukvården för att frigöra resurser för motsvarande patienter med samma möjlighet till patientnytta i en annan del av hälso- och sjukvården. Detta bör endast övervägas om en mer tillfällig fördröjning kan frigöra resurser och det kan ske utan att behandlingsmöjligheten försämras. Beslut kring detta bör fattas på övergripande regional nivå.

Hänsyn till smittrisk

När den generiska modellen tolkas och tillämpas kan det finnas skäl att överväga om patienter som är smittade eller misstänks vara smittade av Covid-19 behöver handläggas i särskild ordning. Detta kan handla om på vilken vårdnivå patienten ska handläggas eller att det behövs specifika lösningar för patienter med misstänkt Covid-19 smitta. Det kan även handla om att i individuella fall avstå från att ge vård som erbjuds till patienter där risken som patienten därmed utsätts för bedöms vara större än patientnyttan med vården.

Palliativ vård

Patienter som på grund av ovanstående ransonering inte kan erbjudas livsförlängande behandling enligt prioriteringsnivå C-E bör erbjudas god palliativ vård. Därmed bör palliativ vård generellt ges hög prioritering, vilket kan kräva omprioriteringar av resurser till palliativ vård. Det betonas att palliativ vård i detta sammanhang står för ett visst innehåll av vård, som kan erbjudas inom olika organisatoriska former.

Tolkning och implementering av modellen

Du behöver tolka modellens principer i relation till den verksamhet och resurssituationen där de ska implementeras. Tolkningen bör vara förankrad i berörd verksamhet. En sådan tolkning behöver även stämmas av regionalt

Arbetsmaterial

och lokalt ur ett horisontellt perspektiv, så att prioriteringar sker likvärdigt inom olika delar av vården.

Öppen kommunikation

Du som beslutar om riktlinjer utifrån dessa principer behöver tydligt kommunicera vilka prioriteringar som kommer att göras till medborgare, patienter, närstående, samt till personal och ledning i kommunal och regional vård och omsorg. Extern kommunikation bör ske genom vedertagna kanaler, exempelvis vårdgivares hemsidor och genom 1177 Vårdguiden. Detta framför allt för att ingen ska undvika att söka vård som kommer att erbjudas.

Hantering av etisk stress hos vårdpersonalen

I samband med de svåra beslut som kan krävas utifrån dessa principer kan hälso- och sjukvårdpersonalen uppleva etisk stress. Etiskt väl underbyggda principer 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 följande faktorer minska stressen för personalen:

- öppet samarbetsklimat med möjlighet att lyfta etiska frågor,
- stöd till ledarskapsfunktioner för att dessa i sin tur ska kunna ge stöd till personalen,
- möjlighet till återhämtning och vila,
- organiserat samtalsstöd och handledning.

Arbetsmaterial

Bilaga

	Grupp A	Grupp B	Grupp C	Grupp D	Grupp E
Svårighetsgrad	Liten till mycket stor påverkan på livskvalitet	Måttlig till stor påverkan på livskvalitet	Stor till mycket stor påverkan på livskvalitet och livslängd	Stor till mycket stor påverkan på livskvalitet och livslängd	Stor till mycket stor påverkan på livskvalitet och livslängd
Symptomatisk behandling (inklusive palliativ vård)	Symptomatisk behandling kan reducera livskvalitetspåverkan till en acceptabel nivå.	Symptomatisk behandling delvis möjlig för att reducera livskvalitetspåverkan till en acceptabel nivå.	Palliativ vård bör erbjudas	Palliativ vård bör erbjudas.	Palliativ vård bör erbjudas.
Konsekvens av väntan	Livskvalitetspåverkan kvarstår under väntetiden – men behandlingen ger samma patientnytta när den väl ges.	Försämras under väntan men leder inte till ett akut livshotande	I relation till om värden inte fördröjs innebär det endast en marginell skillnad.	Ökad negativ livskvalitetspåverkan. Något ökad risk för förtida död i relation till om behandling inte fördröjs.	Ökad negativ livskvalitetspåverkan. Substantiellt ökad risk för förtida död med större livslängdspåverkan i relation till om behandling inte fördröjs
Patientnytta	Patientnyttan varierar från liten till stor och är oförändrad när behandling väl ges	Patientnyttan varierar från liten till stor och riskerar vara något försämrad men fortfarande acceptabel när behandling väl ges	Patientnyttan är även i normalfallet liten	Patientnyttan är i normalfallet måttlig och kan försämras något av att behandling fördröjs	Patientnyttan är stor till mycket stor och mer långsiktig
Exempel	- Uppföljning av behandling av kroniska sjukdomar där patientens tillstånd är under god kontroll - Uppföljning av multisjuka patienter utan aktuella besvär	Ortopedisk behandling av tillstånd, där behandlingen kommer ge resttillstånd om den fördröjs. - Uppföljning av behandling av kroniska sjukdomar där patientens tillstånd är osäkert eller under dålig kontroll	Onkologisk läkemedelsbehandling med en liten förväntad förbättring av patientens livslängd	Onkologisk behandling som kan förlänga livet och reducera symtombörda under viss tid för patienter i ett palliativt skede av sin cancersjukdom	Kirurgi för akut livshotande tillstånd där patienten har en längre förväntad återstående livslängd och insatsen bedöms effektiv

Arbetsmaterial

	<p>- Screening och hälsokontroller</p> <p>Ortopedisk behandling med knä- och höftplastiker där resultatet blir tillfredställande även med fördröjd behandling</p>	<p>- Uppföljning multisjuka med viss risk för försämring</p>			
--	---	--	--	--	--