

Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin

Kunskapsstöd för att utveckla
regionala och lokala riktlinjer

Versionshistorik

2.0	<i>Tillägg av diarienummer</i>	2020-04-22
1.0	Nytt dokument	2020-04-20

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

Dnr: 13865/2020
Publicerad: www.socialstyrelsen.se, april 2020

Förord

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) slår fast att vi i Sverige ska ha en vård på lika villkor för hela befolkningen. 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.

Detta dokument innehåller principer för att prioritera resurser i hälso- och sjukvården under covid-19-pandemin. Det fokuserar på rutinsjukvård och kompletterar Socialstyrelsens dokument *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden*. Dokumentet har tagits fram i samverkan med etiker och medicinskt sakkunniga.

Principerna för prioritering gäller när behovet av vård överstiger de tillgängliga resurserna, oavsett orsak. De är dock framtagna särskilt med tanke på risken för att covid-19-pandemin orsakar en sådan situation, inom olika vårdområden. Principerna gäller alla patienter som behöver vård under denna tid, och är desamma oavsett vårdbehovets orsak.

Socialstyrelsen har konkretiserat principerna i en särskild modell för att prioritera ner viss vård under covid-19-pandemin, om pandemin utvecklas så att behovet av vård överstiger de tillgängliga resurserna. Syftet är att stödja huvudmän och vårdgivare att utveckla verksamhetsnära riktlinjer för prioriteringar. Detta för att högt prioriterad rutinsjukvård inte ska riskera att prioriteras ner. Modellen syftar även till att minska etisk stress, genom att visa vårdpersonalen att svåra beslut fattas på goda grunder och inte på ett godtyckligt sätt.

Principerna i modellen är formulerade på en övergripande nivå. Huvudmän och vårdgivare kommer att behöva anpassa och konkretisera principerna till sin vårdverksamhet, genom att ta fram regionala och lokala riktlinjer. Det är bra om även dessa riktlinjer utformas på en relativt övergripande nivå, så att de kan gälla för flera likartade verksamheter – eftersom det är viktigt att prioritera vård på ett enhetligt sätt.

Dokumentet har tagits fram på mycket kort tid för att snabbt möta behovet vid viruspandemin. Socialstyrelsen har därför hämtat in synpunkter från färre sakkunniga och andra intressenter än vanligt. Aktörer som varit behjälpliga i arbetet är till exempel Sveriges Läkarförbund, Statens medicinsk-etiska råd, Sveriges Kommuner och Regioner samt Funktionsrätt Sverige. Socialstyrelsen vill också särskilt tacka Lars Sandman, Erik Gustavsson, Niklas Juth, Ingemar Petersson, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Stefan Lindgren, Eva Arvidsson, Elisabeth Fernell med flera, som med sitt expertkunnande har bidragit till att ta fram detta dokument.

Thomas Lindén
Avdelningschef
Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården

Innehåll

Förord	4
Bakgrund: Att prioritera tillgång till vård efter behov	6
Juridiska och etiska utgångspunkter.....	6
Etisk plattform	6
Nationell modell för öppna prioriteringar	7
Prioritering vid resursbrist	8
Hänsyn till smittrisk	8
Modell för att prioritera ner vård under covid-19-pandemin	9
Innan modellen används	9
Prioritera så här enligt modellen.....	9
Exempel på vad som inte kan eller inte är tänkt att prioriteras ner enligt modellen	12
Tolkning och implementering av modellen.....	13
Öppen kommunikation.....	13
Hantering av etisk stress hos vårdpersonalen.....	13
Bilaga 1. Stöd för att konkretisera med prioriteringsmodellen	14

Bakgrund: Att prioritera tillgång till vård efter behov

Covid-19-pandemin aktualiserar frågan om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Det beror på att

- resurser behöver frigöras för intensivvård och andra vårdinsatser för patienter med covid-19
- smittoriskerna begränsar möjligheten och lämpligheten att bedriva viss hälso- och sjukvård, eftersom risken som patienten utsätts för kan vara större än nyttan med en vårdåtgärd.

I detta dokument presenteras därför en modell för att ge viss vård en lägre prioritet under covid-19-pandemin, om pandemin utvecklas så att behovet av vård överstiger de tillgängliga resurserna. Det handlar om vård utanför intensivvården, som kan komma att behöva skjutas upp eller inte utföras alls. Inledningsvis presenteras några allmänna utgångspunkter för att prioritera tillgång till vård efter behov.

Juridiska och etiska utgångspunkter

Etisk plattform

Prioriteringsmodellen i detta dokument utgår ytterst från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60), som beslutades av riksdagen 1997. Den etiska plattformen gäller för prioriteringar även under covid-19-pandemin. Propositionen anger följande:

Tre principer ligger till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården:

- *människovärdesprincipen, alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,*
- *behovs-solidaritetsprincipen, resurserna bör fördelas efter behov och man bör särskilt värna om att svaga grupperns behov tillgodoses,*
- *kostnadseffektivitetsprincipen, vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet eftersträvas.*

Dessa tre principer är rangordnade i relation till varandra, och kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de två andra principerna. I propositionen uttolkas detta på följande sätt:

Eftersom behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen skall svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar

gå före lindrigare, även om vården av svåra tillstånd drar väsentligt större kostnader.

Vidare säger propositionen följande om vilka hänsyn som människovärdesprincipen medger:

Det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.

Det betonas att:

Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Hit hör bl.a. barn, åldersdementa, medvetlösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning. Människor som inte kan ta tillvara sina rättigheter har samma rätt till vård som andra.

Om behovsbegreppet uttalar propositionen att:

Utredningen anser att nytta i vårdsammanhang skall ses ur individens och inte samhällsekonomins perspektiv. Nyttoaspekten finns inbyggd i behovsbegreppet. Man har endast behov av det man har nytta av eller omvänt man har inte behov av det man inte har nytta av.

Det anges också att:

Hur stort behovet är beror av sjukdomens svårighetsgrad, men sannolikt också av dess varaktighet.

Om begreppet nytta uttalar propositionen att:

Det yttersta kravet på nytta inom hälso- och sjukvården är att de medicinska beslut som tas alltid skall bygga på vetenskap och dokumenterade goda resultat.

Nationell modell för öppna prioriteringar

Principerna i den etiska plattformen har operationaliserats i den nationella modellen för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården¹, som används av ett stort antal 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 – i linje med propositionen. Begreppet patientnytta är valt för att betona att den effekt

¹ Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso-och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet; 2017.

eller nytta som en åtgärd kan ge är kopplad till den individuella patienten – det handlar inte om samhällsnytta eller aggregerad nytta.

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 eller effekt
- 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. Det är också viktigt att betona att människovärdesprincipen inte tillåter prioriteringar utifrån social ställning eller position, tidigare livsstil, funktionshinder eller kronologisk ålder.

Prioritering vid resursbrist

När det saknas resurser kan man prioritera ner vård på olika sätt:

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

Huvudmän och vårdgivare kan prioritera ner och fördröja vård på alla dessa sätt med hjälp av Socialstyrelsens prioriteringsmodell 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 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.

Hänsyn till smittrisk

Den som tolkar och tillämpar prioriteringsmodellen nedan, kan behöva överväga att ta hand om patienter med misstänkt covid-19 i en särskild ordning. Det kan handla om att

- ta hand om patienter med misstänkt covid-19 på en viss vårdnivå
- ta fram specifika lösningar för patienter med misstänkt covid-19
- avstå från att ge vissa patienter utan covid-19 vård, för att smittrisken för patienten bedöms vara större än patientnyttan med vården.

Modell för att prioritera ner vård under covid-19-pandemin

Här presenteras Socialstyrelsens modell för att prioritera ner viss vård under covid-19-pandemin, om pandemin utvecklas så att behovet av vård överstiger de tillgängliga resurserna inom olika områden. Nerprioriteringen innebär att vården inte erbjuds alls eller erbjuds i lägre grad.

Modellen består av fem övergripande prioriteringsgrupper utifrån den etiska plattformen för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). Modellen är tänkt att ligga till grund för regionala och lokala riktlinjer på patientgruppsnivå. Sådana riktlinjer kan till exempel användas för att fördela om resurser mellan eller inom verksamheter.

I modellen ingår att låta både indikationen och resurstillgången styra var gränsen dras för vilka patientgrupper som får vård.

Nerprioritera bara under begränsad tid!

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

➔ **Läs mer** om hur modellen kan konkretiseras till en vårdverksamhet i bilaga 1.

Innan modellen används

Innan huvudmän och vårdgivare prioriterar ner vård enligt modellen, behöver de

- undersöka om vården kan ges i andra regioner, med bättre resurstillgång
- överväga om det finns resurskrävande insatser med mycket marginell patientnytta som kan prioriteras ner (oavsett hälsotillståndets svårighetsgrad).

Prioritera så här enligt modellen

Den som behöver använda modellen kan tänka på följande sätt: Prioritera ner den vård som stämmer överens med prioriteringsgrupp A–E nedan. Börja med A och gå igenom samtliga steg där. Om det finns flera alternativ inom samma prioriteringsgrupp, börja med att prioritera ner vård inom det första alternativet. Om nödvändigt, gå till B och gör samma sak där, och så vidare. Gå så långt som resursbristen kräver.

För varje prioriteringsgrupp kan vården prioriteras ner genom att man

- inte ger vård
- ger vård med lägre kvalitet
- förändrar indikationen för vård
- skjuter fram vården i tiden (se *Prioritering vid resursbrist* ovan).

A. Vård som med stor sannolikhet kan prioriteras ner utan att patienternas hälsotillstånd eller möjligheten att behandla hälsotillstånden försämras.

Nerprioritera denna vård i följande ordning:

1. Tillståndet kan på lång sikt ha en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten och livslängden. Vården ges i förebyggande syfte, men en fördröjd vård påverkar inte nämnvärt behandlingsresultatet för 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 patienternas lidande blir förlängt. Patienterna kan i de flesta fall också utföra 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 patienternas 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 patienternas lidande blir förlängt.

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

Nerprioritera denna vård i följande ordning:

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

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

Observera: Denna vård 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 palliativ vård (se nedan).

D. Vård som i normalfallet har en måttlig patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten eller livslängden. Nerprioritering innebär större negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrad livskvalitet och ökad risk för förtida död.

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

Observera: Om man prioriterar ner vård i prioriteringsgrupp D för att frigöra resurser för intensivvården, kan det i vissa fall innebära att man prioriterar ner 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.

E. Vård som i normalfallet har en stor patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor eller mycket stor påverkan på livskvaliteten eller livslängden. Nerprioritering innebär stora negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrad livskvalitet och mycket ökad risk för förtida död.

Observera: Undvik denna nerprioritering så långt det är möjligt. Prioriteringsgrupp E motsvarar prioriteringsnivå 1 i *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden*. Det betyder att nerprioriteringen drabbar patienter med samma grad av vårdbehov och möjlighet att gagnas av vården som de patienter som man frigör resurser för i intensivvården, med stora ansträngningar. Överväg därför endast nerprioriteringen om en mer tillfällig fördröjning kan frigöra resurser, och det kan ske

utan att behandlingsmöjligheten försämras. Vilka prioriteringar som är nödvändiga kan behöva bedömas på högsta regionala nivå, om möjligt nationellt samordnat.

Exempel på vad som inte kan eller inte är tänkt att prioriteras ner enligt modellen

Medicinska bedömningar: En patient ska snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt (2 kap. 2 § patientlagen [2014:821]). Medicinska bedömningar av patientens hälsotillstånd eller vårdbehov kan därmed inte fördröjas enligt modellen. Däremot kan den åtgärd som sätts in som ett resultat av bedömningen behöva fördröjas.

Akut vård: Det måste finnas god tillgång till vård som kan ge stor patientnytta vid andra akuta svåra hälsotillstånd än covid-19, även när vården vid covid-19 kräver mycket resurser. Detta gäller också för personer som behöver annan akut vård samtidigt som de är eller kan vara smittade.

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.

Symtombehandling: Modellen innebär inte att patientgrupper lämnas utan vård. I modellen ingår att behandla symtomen hos patienter i prioriteringsgrupp A och B ovan som får sin vård nerprioriterad, så resurseffektivt som möjligt.

Palliativ vård: Patienter i prioriteringsgrupp C–E ovan som får sin vård nerprioriterad behöver god palliativ vård, när de inte kan erbjudas botande eller palliativt livsförlängande behandling. Därmed kan palliativ vård generellt behöva prioriteras högt, och resurser kan behöva tas från annan hälso- och sjukvård.

Vård som är likvärdig med vården vid covid-19: Modellen innebär inte att vård prioriteras ner om den är likvärdig med den vård som ges på grund av covid-19-pandemin, när det gäller hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdens patientnytta. Det är irrelevant för prioriteringen om en patients vårdbehov helt eller delvis orsakas av covid-19 eller inte.

Regional samordning: Olika huvudmän och vårdgivare kan behöva samordna sig inom befintliga nationella kanaler för regional samverkan, så att prioriteringarna blir likartade i landet. Det innebär att en huvudman eller vårdgivare inte kan prioritera ner vård enligt prioriteringsmodellen för att

frigöra resurser för vård som är lägre prioriterad enligt modellen. Samordningen kan behövas när vård prioriteras ner för högre prioriterade grupper enligt modellen (framför allt grupp D och E).

Tolkning och implementering av modellen

Modellens principer behöver tolkas i relation till den verksamhet och resurs-situation där de ska implementeras. Tolkningen behöver vara förankrad i den berörda verksamheten. En sådan tolkning behöver även stämmas av regionalt och lokalt, så att prioriteringar sker likvärdigt inom olika delar av vården.

Öppen kommunikation

De som beslutar om riktlinjer utifrån modellen behöver tydligt kommunicera vilka prioriteringar som kommer att göras till medborgare, patienter, närstående samt personal och ledning i kommunal och regional vård och omsorg. Externt kan huvudmän och vårdgivare kommunicera genom vedertagna kanaler, exempelvis sina webbplatser och 1177 Vårdguiden. I denna kommunikation kan det tydligt framgå att patienterna har rätt att få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, så att de inte undviker att söka vård vid behov. Särskild vikt kan behöva läggas vid de grupper som har sämre möjlighet att söka vård av olika skäl, och de grupper som har en nedsatt förmåga att ta till sig information om varför de inte får den vård de är vana vid.

Hantering av etisk stress hos vårdpersonalen

I samband med de svåra beslut som kan komma att krävas kan hälso- och sjukvårdspersonalen 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, så att dessa i sin tur kan ge stöd till personalen
- möjlighet till återhämtning och vila
- organiserat samtalsstöd och handledning

Bilaga 1. Stöd för att konkretisera med prioriteringsmodellen

	Grupp A	Grupp B	Grupp C	Grupp D	Grupp E
Hälsotillståndets 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.
Patientnytta i normalfallet	Patientnyttan varierar från liten till mycket stor.	Patientnyttan varierar från liten till stor.	Patientnyttan är liten.	Patientnyttan är måttlig.	Patientnyttan är stor till mycket stor.
Konsekvens av väntan	Livskvalitetspåverkan kvarstår under väntetiden. Behandlingen ger oförändrad patientnytta när den väl ges.	Livskvaliteten försämras under väntetiden, men leder inte till ett akut livshotande tillstånd. Behandlingen kan få något sämre resultat när den väl ges – men har trots det rimlig patientnytta.	Endast marginell skillnad, jämfört med om vården inte fördröjs.	Ökad negativ livskvalitetspåverkan. Något ökad risk för förtida död, jämfört med om behandling inte fördröjs.	Ökad negativ livskvalitetspåverkan. Substantiellt ökad risk för förtida död, med större livslängdspåverkan jämfört med om behandling inte fördröjs.
Alternativ som kan erbjudas till den vård som prioriterats ner	Symtomatisk behandling som kan minska livskvalitetspåverkan till en acceptabel nivå för patienten.	Symtomatisk behandling som i stor utsträckning kan minska livskvalitetspåverkan till en acceptabel nivå för patienten.	Palliativ vård kan ges som alternativ till den vård som nerprioriteras.	Palliativ vård kan ges som alternativ till den vård som nerprioriteras.	Palliativ vård kan ges som alternativ till den vård som nerprioriteras.
Exempel	<p>Uppföljning av behandling av kroniska sjukdomar, där patientens hälsotillstånd är under god kontroll.</p> <p>Uppföljning av multisjuka patienter utan aktuella besvär.</p> <p>Hälsokontroller.</p> <p>Ortopedisk behandling med knä- och höftplastiker, där resultatet blir tillfredsställande även med fördröjd behandling.</p>	<p>Ortopedisk behandling av hälsotillstånd där behandlingen kommer att ge resttillstånd om den fördröjs.</p> <p>Uppföljning av behandling av kroniska sjukdomar, där patientens tillstånd är osäkert eller under dålig kontroll.</p> <p>Uppföljning av multisjuka med viss risk för försämring.</p>	<p>Onkologisk läkemedelsbehandling med en liten förväntad förbättring av patientens livslängd.</p>	<p>Onkologisk behandling som kan förlänga livet och minska symtombördan under viss tid för patienter i ett palliativt skede av sin cancersjukdom.</p>	<p>Kirurgi för akut livshotande hälsotillstånd, där patienten har en längre förväntad återstående livslängd och insatsen bedöms vara effektiv.</p>