

Prioriteringar i intensivvården ur ett etiskt perspektiv

SVÅRA PRIORITERINGSBESLUT I KOMBINATION MED OKLARHETER I PLATTFORMEN OCH RIKTLINJER KAN LEDA TILL MORALISK STRESS

Niklas Juth, professor, Centrum för forskningsetik och bioetik, Uppsala universitet

● niklas.juth@crb.uu.se

Eva Hannerz

Schmidtke, med dr, specialistläkare, anesthesi och intensivvård, bitr överläkare, intensivvårdssektionen, Anopiva, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Föreliggande text handlar om prioriteringsfrågor inom intensivvården. Prioriteringsfrågor är i grunden frågor om resursfördelning. Resursfördelningsfrågor uppstår när det råder knapphet, det vill säga när inte alla kan få det de vill och behöver, åtminstone inte omedelbart. I intensivvårdssammanhang är knapphet ständigt närvarande. I Sverige har vi fortfarande ett väldigt lågt antal Iva-platser per 100 000 invånare: för 2022 beräknas siffran till 4,8 per 100 000 [1, 2].

I slutändan är frågan vilka patienter och patientgrupper som ska prioriteras och varför. Fördelningen av olika resurser får sedan anpassas efter rimliga svar på hur patienter ska prioriteras. I denna text presenteras först de etiska grunderna för prioriteringar i svensk vård, sedan vad som karakteriserar just intensivvårdsprioriteringar. Därefter diskuteras hur grunderna för prioriteringar påverkar intensivvårdsprioriteringarna. Avslutningsvis presenteras några svåra prioriteringsetiska frågor som ännu inte är lösta.

Rättvisepprinciper ger allmänna svar på hur man bör prioritera [3]. Om inte patienter godtyckligt ska få olika behandling vid prioriteringar måste prioriteringar ske enligt givna och kända principer. Principer löser naturligtvis inte allt: ju mer allmänt hållna de är, desto mer behöver de preciseras för att vara tillämpbara i den kliniska praktiken (vi återkommer till detta nedan). Men principer ger vägledning för vilka faktorer man ska lägga vikt vid när prioriteringar görs och kan åtminstone ofta säga vilka prioriteringar som inte är försvarbara. Till skillnad från de flesta andra länder har vi i Sverige i dag officiellt antagna principer som ska styra alla prioriteringar på alla nivåer, från klinik till regional och nationell nivå. Dessa återges i den så kallade etiska plattformen.

Den etiska plattformen

Den etiska plattformen kommer i första hand till uttryck i den statliga offentliga utredningen »Vårdens svåra val« (SOU 1995:5), som ledde till propositionen 1996/97:60, antagen i riksdagen 1997 som del av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) [4-6]. I den etiska plattformen anges tre principer för hur prioriteringar ska ske i svensk hälso- och sjukvård:

1) Människovärdesprincipen, som säger: »Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.«

2) Behovs- och solidaritetsprincipen, som säger: »Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.«

3) Kostnadseffektivitetsprincipen, som säger: »Vid

val mellan olika åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet, eftersträvas.«

Det framgår otvetydigt att dessa principer avses vara rangordnade, så att människovärdesprincipen alltid har företräde framför behovs- och solidaritets-

»Det framgår otvetydigt att dessa principer avses vara rangordnade så att människovärdesprincipen alltid har företräde ... «

principen och att behovs- och solidaritetsprincipen (hädanefter: behovsprincipen) alltid har företräde framför kostnadseffektivitetsprincipen vid eventuella konflikter. Människovärdesprincipen ska alltså anses ha företräde och väga tyngst. I den meningen är det den viktigaste av principerna.

Vad säger då människovärdesprincipen mer exakt enligt den etiska plattformen? Det är tydligt att principen ska förstås som en likabehandlingsprincip: om man ska göra en skillnad mellan två patienter eller pa-

HUVUDBUDSKAP

- Prioriteringar till intensivvården ska ske enligt den etiska plattformen.
- Prioriteringar till intensivvården är särskilt svåra, då de sker mellan vitt skilda patientkategorier, är akuta och behäftade med stor osäkerhet om prognos.
- Ibland är svårighetsgraden maximal för flera patienter: utan omedelbara åtgärder avlider de. Då blir behandlingseffekt och kostnadseffektivitet mer avgörande för prioriteringsbesluten.
- Att avstå från att inleda intensivvård respektive att avbryta intensivvård bör rimligen ses som moraliskt likvärdiga alternativ.
- Svåra prioriteringsbeslut i kombination med oklarheter i plattformen och riktlinjer riskerar att medföra moralisk stress hos intensivvårdspersonalen.

tientgrupper så måste det finnas en relevant skillnad mellan dem. Människovärdesprincipen säger dock inte i sig vad som ska anses utgöra en relevant skillnad, med undantag för ett antal faktorer som aldrig ska anses relevanta, såsom etnicitet, kön, ekonomisk och social ställning, (kronologisk) ålder samt tidigare livsstil. Däremot får man lägga vikt vid biologisk ålder, eftersom denna kan påverka behandlingseffekten. Vi återkommer till detta.

Prioriteringar i intensivvården

Naturligtvis förekommer prioriteringar på alla områden i vården. Det finns dock ett antal faktorer som gör prioriteringsfrågor särskilt svåra i intensivvården.

Prioriteringar i intensivvården är ofta skarpa på åtminstone två sätt. För det första kan de vara akuta: beslut om omedelbart livräddande åtgärder för fler än en patient kan behöva fattas omedelbart. Tidsbristen gör att lång tid för eftertanke och analys saknas. Denna situation är välkänd, och det finns ett flertal arbetssätt som används vid behov av snabbt beslutsfattande. Bland dessa kan nämnas ATLS-konceptet samt masskadetriagering [7]. För det andra har de stora konsekvenser för de inblandade patienterna: det är beslut som avgör vilka som har möjlighet att räddas till ett längre liv och inte. Prioriteringsbeslut i intensivvården är alltså beslut om liv eller död, åtminstone ibland.

Prioriteringar i intensivvården är dessutom ofta horisontella (till skillnad från vertikala): man väljer bland patienter som normalt tillhör olika patientgrupper. När den etiska plattformen utformades tänkte man att kostnadseffektivitetsprincipen i första hand skulle användas inom samma vårdform: hur ska exempelvis diabetespatienter prioriteras, och vilka behandlingar bör i första hand användas för dessa

»Intensivvårdsläkaren behöver därmed dagligen jämföra äpplen och päron.«

patienter? Horisontella prioriteringar avsågs i första hand göras på övergripande nationell, region- och sjukhusnivå [4]. Inom intensivvården förekommer patienter med alla möjliga olika typer av tillstånd, och frågan hur olika patientgrupper ska prioriteras uppstår kliniskt på golvet avseende individuella patienter. Intensivvårdsläkaren behöver därmed dagligen jämföra äpplen och päron.

Exempelvis kan man behöva prioritera mellan en kronologiskt och biologiskt ung men mycket allvarligt sjuk patient med svår sepsis och multiorgansvikt och en mycket kronologiskt och biologiskt äldre skör patient med en bakteriell pneumoni, som är en mindre komplicerad åkomma med så kallad enkel organsvikt (single organ failure). Den förstnämnda patienten kan bli väldigt resurskrävande, men har vid överlevnad potentiellt många levnadsår kvar. Den andra patienten är intensivvårdsmässigt mer okomplicerad, men

har en stor risk för komplikationer och sannolikt ett rehabiliteringsbehov.

Dessutom behöver prioriteringar i intensivvården inte sällan göras på grundval av osäkerhet om behandlingseffekt och prognos. I andra artiklar i detta temanummer adresseras konsekvenserna av denna osäkerhet. Inte ens de bästa prediktionsmodellerna är heltäckande, och de lämnar utrymme för andra överväganden än de rent medicinska vid beslut om prioritering och behandling. Det är i detta sammanhang värt att understryka att prioriteringsbeslut må vila på medicinska överväganden, men det är en etisk fråga vilka sådana överväganden man ska lägga vikt vid och hur de ska vägas mot varandra.

Etiska konsekvenser

De ovannämnda faktorerna har konsekvenser för hur plattformens principer ska tillämpas i inten-

»... det måste alltså finnas en möjlig positiv effekt av en insats för att man ska anses ha behov av den.«

sivvården. En viktig sådan konsekvens rör behovsprincipen. Behovsprincipen innebär att en patient ska ha högre prioritet ju större behov hon eller han har [8]. Men hur avgörs behovets storlek? Plattformen anger att det är svårighetsgraden eller allvarligheten i patientens tillstånd som bestämmer behovet - ju mer illa därän patienten är, desto högre prioritet ska patienten ges. Det framgår dock att man inte kan ha behov av vårdinsatser som inte har möjlighet att förbättra ens situation; det måste alltså finnas en möjlig positiv effekt av en insats för att man ska anses ha behov av den. Därför kan även effekten av en behandling ha betydelse för huruvida ett behov föreligger och, mer kontroversiellt, för hur stort behovet ska anses vara. Ett exempel på när detta är aktuellt är terminalt sjuka patienter med multiorgansvikt som har behov av till exempel dialys och andningsunderstöd men inte är möjliga att behandla kurativt. Där är behovet uppenbarligen mycket stort, men behandlingarna kan vara mer eller mindre effektlösa, åtminstone på sikt.

I intensivvård förekommer situationer där svårighetsgraden är maximal för fler än en patient samtidigt: två eller fler patienter kan vara i belägenheten att de riskerar att avlida om de inte får maximala insatser omedelbart. Om prioritering behöver göras mellan sådana patienter kan alltså inte allvarlighetsfaktorn avgöra frågan vilken patient som bör prioriteras. Då måste man gå vidare till nästa faktor: behandlingseffekt (som är en del av behovsprincipen) och (i nästa steg) kostnadseffektivitet. Det var det som kom till uttryck under pandemin i Socialstyrelsens »Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden« [9]. Principerna fick då kritik för att vara för konsekvensetiskt effektorienterade [10], men

»Det kan dock vara psykologiskt tungt för vårdpersonal att anamma en policy som innebär att man avbryter på samma grund som man avstår från att inleda ...«

man behöver förstå att det alltså är ett resultat av de omständigheter man arbetar under: när allvarlighet inte kan fälla avgörandet måste något annat göra det, i första hand just effekt.

En annan konsekvens är att man kan behöva ta ställning till när man inte längre kan fortsätta intensivvårda en patient när andra patienter med större behov måste ges utrymme. Då uppstår frågan huruvida det är någon etisk skillnad mellan att avstå från att inleda och att avbryta (livsuppehållande) behandling. Att det inte föreligger någon sådan skillnad kallas för ekvivalenstesen och är allmänt vedertaget i modern medicinsk etik [11]. Även Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI) står bakom ekvivalenstesen i sina riktlinjer [12]. Det är svårt att motivera varför det skulle finnas en moraliskt relevant skillnad mellan att avstå från att inleda eller att avsluta behandling, speciellt i en verksamhet som hälso- och sjukvården, som från början är inställd på beslutsfattande till gagn för patienten: om två patienter har samma maximala allvarlighetsgrad och en kan gynnas mer än den andra så vore det märkligt att inte satsa på den som sannolikt gynnas mer [11]. Det kan dock vara psykologiskt tungt för vårdpersonal att anamma en policy som innebär att man avbryter på samma grund som man avstår från att inleda: att avbryta kan upplevas som att erkänna nederlag. Eventuellt kan stödjande strukturer i form av etikronder och dylikt underlätta implementeringen av ekvivalenstesen.

Svåra prioriteringsetiska frågor framöver

En typ av principiella frågor uppstår när den etiska plattformen inte ger direkt vägledning, vilket var det som föranledde formuleringen av ovan nämnda riktlinje under covid-19-pandemin (som även den kan uppfattas som för allmänt hållen och oprecis) [9]. Hur ska man exempelvis väga sannolikhet att överle-

va mot förväntad livslängd vid framgångsrik livräddning i det akuta läget? Även om dessa faktorer (sannolikhet för överlevnad och prognos vid överlevnad) ofta samvarierar så kan de dra isär (frågan adresseras också i en annan artikel i detta temanummer). Då lämnar den etiska plattformen beslutsfattaren i sticket. En annan fråga är hur flera patienter med risk för död ska vägas mot ett enskilt liv med större svårighetsgrad (och därmed större behov)? Den etiska plattformen i dag tillåter inte att man prioriterar flera med nästan lika stora behov framför en med marginellt större behov, ens när »behov« förstås som sannolikhet att räddas till livet. Det innebär att en patient kan sluka de Iva-resurser som kunde ha använts för att rädda flera andra, vilket har setts som en orimligt anti-konsekvensetisk följd av plattformen [13]. För att ta ställning i den svåra frågan krävs förmodligen en uppdatering av den etiska plattformen.

En annan fråga som kvarstår rör den personal som är satt att fatta snabba och svåra prioriteringsbeslut, i synnerhet då det saknas konkreta prioriteringsetiska riktlinjer för många situationer. Brist på förståelse för

»För att ta ställning i den svåra frågan krävs förmodligen en uppdatering av den etiska plattformen.«

den svåra prioriteringsetiska situationen kan leda till etisk stress. Forskning visar att etisk stress är särskilt vanlig och svår just vid prioriteringsbeslut [14]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2024;121:23193

REFERENSER

1. Svenska intensivvårdsregistret (SIR). Utdata-portal. Kvalitetsindikatorer. Riskjusterad mortalitet. <https://portal.icuregsw.org/utdata/sv/home>
2. Statistiska centralbyrån (SCB). Sveriges befolkning [citerat 27 nov 2023]. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/sveriges-befolkning/>
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
4. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, 1995.
5. Prop 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 1996.
6. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag.
7. American College of Surgeons (ACS). About Advanced trauma life support. <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/education/advanced-trauma-life-support/about/> [citerat 27 nov 2023]
8. Gustavsson E. Characterising needs in health care priority setting [avhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2018.
9. Socialstyrelsen. Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden. Version 2.0. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
10. Engström I, Hermerén G, Sahlin NE, et al. Principer för prioriteringar av intensivvård ifrågasätts. *Läkartidningen*. 31 mar 2020.
11. Sandman L, Liliemark J. Withholding and withdrawing treatment for cost-effectiveness reasons: Are they ethically on par? *Bioethics*. 2019;33(2):278-86.
12. Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI). Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom intensivvården. 17 sep 2012. https://sfai.se/wp-content/uploads/files/22-2_Behandlingsstrategi_IVA.pdf
13. Juth N. Challenges for principles of need in health care. *Health Care Anal*. 2015;23(1):73-87.
14. Gustavsson ME, Juth N, von Schreeb J, et al. Moral stress among Swedish health care workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional Study. *Scandinavian Journal of Work and Organizational Psychology*. 2023;8(1):2.

SUMMARY

Priority setting in intensive care from an ethical perspective

Priority setting at intensive care units is legally regulated in accordance with the so-called ethical platform, which states that all priorities must be based on three lexically ranked principles: the principle of human dignity (a ban on discrimination, e.g. based on social standing), the principle of needs and solidarity, and the principle of cost-effectiveness. Prioritization for intensive care is particularly difficult as it requires comparisons between widely different patient categories, occurs in acute situations and is fraught with great uncertainty about the prognosis. Sometimes the degree of severity is maximal for several patients: without treatment, they die. Then treatment effect and cost-effectiveness become more decisive for prioritization decisions. Moreover, withholding and withdrawing intensive care are increasingly considered as morally equivalent. Difficult priority decisions risk moral stress among the intensive care staff.