

# Intensivvård och prioriteringar i fredstida katastrofer och krig

## ATT KOMMA FRAM TILL ETISKT VÄLGRUNDADE STÄLLNINGSTAGANDEN

I samband med pandemin tog Socialstyrelsen initiativ till prioriteringsstöd för intensivvården för att hantera en situation där antalet patienter i behov av intensivvård skulle överstiga antalet intensivvårdsplatser [1]. I ett senare skede fick Socialstyrelsen även i uppdrag att utveckla ett mer generellt prioriteringsstöd för kris och krig [2]. Syftet med denna artikel är att illustrera vilken vägledning den etiska plattformen (se Juth et al i detta temanummer) kan ge i en sådan svår prioriteringssituation, men också vilken vägledning plattformen inte ger och hur den avsaknaden kan hanteras. Utifrån detta pekar vi också på några svårigheter med den nuvarande etiska plattformen för prioriteringar när den relateras till kris- och krigshändelser.

### Ett centralt ställningstagande i prioriteringsstödet

I Socialstyrelsens prioriteringsstöd finns ett ställningstagande som inte explicit har stöd i de förarbeten där den etiska plattformen beskrivs: att biologisk ålder kan tolkas i termer av förväntad återstående livslängd.

I stödet utformades en tregradig prioriteringsskala för patienter inom intensivvården. På prioriteringsnivå 1 (det vill säga den högst prioriterade patientkate-

**Lars Sandman**, professor, hälso- och sjukvårdsetik, Prioriteringscentrum, institutionen för hälsa, medicin och vård, Linköpings universitet  
● lars.sandman@liu.se

**Erik Gustavsson**, universitetslektor, tillämpad etik, avdelningen för filosofi och tillämpad etik, institutionen för kultur och samhälle; Prioriteringscentrum, institutionen för hälsa, medicin och vård, Linköpings universitet

gorin) sattes patienter med följande karakteristik (sidan 7, vår kursivering) [1]:

»Svår sjukdom eller skada hos en patient med förväntad överlevnad >12 månader och som har indikation för intensivvård och som inte har försämrade möjligheter till överlevnad utifrån ovanstående aspekter. I den mån det måste göras en prioritering mellan patienter på prioriteringsnivå 1 prioriteras patienter utifrån biologisk ålder i termer av förväntad återstående livslängd.«

Detta ställningstagande - att väga in biologisk ålder

»I Socialstyrelsens prioriteringsstöd finns ett ställningstagande som inte explicit har stöd i de förarbeten där den etiska plattformen beskrivs ...«

i termer av förväntad återstående livslängd och att begränsa bedömningen till livslängd - gav upphov till viss kritik [3, 4].

### Den svenska etiska plattformen

Enligt den svenska etiska plattformen för prioritering ska mer resurser läggas på patienter med större behov (behovs- och solidaritetsprincipen), under förutsättning att dessa resurser har en rimlig relation till den patientnytta som åtgärden åstadkommer (kostnadseffektivitetsprincipen). Behov tolkas i dimensionerna svårighetsgrad och patientnytta [5]. Detta ska ske inom människovärdesprincipens ramar, som bland annat säger att man inte får ta hänsyn till kronologisk ålder, men som ger visst utrymme för hänsyn till biologisk ålder. I propositionen (sidan 24) [5] uttrycks detta på följande sätt:

»Hos äldre är det då viktigt att skilja på kronologisk och biologisk ålder. Kronologisk ålder är bestämd av födelsedatum, medan biologisk ålder är ett mer vagt men ändå medicinskt bedömbart begrepp. Det skulle strida mot de etiska principerna att särbehandla någon enbart på grund av kronologisk ålder. Det finns heller inga skäl att tillämpa generella kronologiska åldersgränser vid ställningstagande till medicinska åtgärder. Däremot ingår nedsatta fysiologiska reserver i bedömningen av vad enskilda äldre patienter kan tillgodogöra sig i form av medicinska åtgärder.«

Baserat på denna skrivning förefaller det inte fin-

### HUVUDBUDSKAP

- Fredstida katastrofer och krig ställer intensivvården inför svåra etiska prioriteringar där den etiska plattformen inte ger explicit vägledning.
- Detta kräver tolkning med utgångspunkt från plattformen, dess tillämpning i praxis och ett allmänetiskt resonemang för att kunna ge vägledning även i en sådan etiskt utmanande situation, vilket illustreras i artikeln.
- Vi har skäl, för att undvika godtycklighet och ojämlikhet, att försöka göra sådana tolkningar även om de går utöver vad den etiska plattformen explicit ger stöd för.
- Vi argumenterar för att det är rimligt att tolka biologisk ålder i termer av mer långsiktig överlevnadsvinst, eftersom detta görs när begreppet patientnytta tillämpas i prioriteringspraxis. Vi pekar också på att detta kan göras utan att strida mot skrivningarna kring människovärdesprincipens explicita förbud emot att ta hänsyn till kronologisk ålder i sig och att tillämpa generella kronologiska åldersgränser.
- I den mån förarbeten inte ger explicit stöd kan dock dessa behöva ses över för att vägledning ska underlättas och tolkningsutrymmet minska.

nas explicit stöd för att tolka biologisk ålder så att det även innebär hänsyn till förväntad återstående livslängd, utan snarare förefaller det handla om den mer kortsiktiga prognosen för patienten och hur den på-

---

**»I den fortsatta texten ska vi argumentera för att det trots allt kan vara etiskt rimligt att tolka biologisk ålder också i termer av förväntad återstående livslängd.«**

---

verkas av den biologiska åldern samt vilka åtgärder som därmed kan anses meningsfulla. I den fortsatta texten ska vi argumentera för att det trots allt kan vara etiskt rimligt att tolka biologisk ålder också i termer av förväntad återstående livslängd.

### **Etisk argumentation kring ställningstaganden**

I en situation där antalet patienter i behov av intensivvård överstiger antalet intensivvårdsplatser måste vi göra svåra etiska val. De patienter som är aktuella för intensivvård har den högsta möjliga svårighetsgraden (riskerar att dö eller få stora bestående men utan intensivvård) och bör ha en kortsiktigt gynnsam prognos med hänsyn till biologisk ålder. Trots dessa kriterier kan det finnas flera aktuella patienter som skulle kunna ges intensivvård. Om vi utgår från explicita beskrivningar av den etiska plattformen verkar vi ha uttömt de kriterier som plattformen lyfter fram [5, 6]. Hur ska man prioritera i en sådan situation?

- Vi kan lämna beslutet till den enskilde intensivvårdsläkaren.
- Vi kan göra en tolkning av plattformen med koppling till praxis och ett allmän-etiskt resonemang.

### **Att lämna beslutet till den enskilde intensivvårdsläkaren**

En viktig grundtanke med att fatta beslut om gemensamma etiska principer för prioritering är att inte helt och hållet överlåta svåra etiska beslut till den enskilda läkaren eller det enskilda teamet. Att överlåta besluten utan att ge vägledning riskerar också att leda till att besluten ser olika ut beroende på vem som fattar dem. Detta verkar vara i strid med den grundläggande tanken att Sverige ska erbjuda jämlik vård.

Samtidigt är det viktigt att betona att även vägledande riktlinjer alltid måste tolkas av den enskilda läkaren eller teamet i den specifika situationen. Skillnaden blir att det finns en gemensam utgångspunkt och att det finns möjlighet att peka ut vilka faktorer som skulle kunna påverka beslutet men som man bör undvika att ta hänsyn till.

### **Medvetet etiskt ställningstagande**

Det förefaller alltså finnas skäl att försöka göra ett medvetet etiskt ställningstagande kring hur patienter bör prioriteras i denna svåra situation. Det finns ett flertal angreppssätt som kan övervägas. Man kan helt enkelt ta den patient som kommer först (alltså till-

lämpa »först till kvarn«); man kan välja att lotta mellan olika patienter med samma kortsiktiga prognos; man kan tänka sig att man väger in huruvida patienten har en viktig social funktion (exempelvis arbetar inom en kritisk vårdverksamhet eller liknande). Människovärdesprincipen säger explicit att vi inte ska ta hänsyn till social funktion, och i den utredning som låg till grund för lagstiftningen avvisas uttryckligen en lotteriprincip [5, 6]. Att ta hänsyn till social funktion öppnar för en subjektiv bedömning av vad som är en mer kritisk social funktion, och vi bedömer att det generellt är svårt att få gehör för en lotteriprincip i denna form av situation. Det är inte heller en del av nuvarande praxis att vi tar dessa hänsyn. Att använda kö som ett sätt att sortera patienter är uppenbarligen etablerad praxis inom vården, men det finns en risk att vem som kommer först i kön påverkas av faktorer som troligen inte bör vägas in i en rättvis prioritering, exempelvis närstående som ligger på remitterande läkare, eller att vissa remitterande läkare är mer benägna att skicka in patienter än andra.

En faktor som däremot spelar roll i den praxis för prioritering som utvecklats med ledning av den etiska plattformen är storleken på patientnyttan. I samband med att den etiska plattformen trädde i kraft 1997 började arbetet med en operationalisering. 2007 publicerade Prioriteringscentrum den första versionen av det som kommit att kallas nationell modell (och som nu finns i sin tredje upplaga) [7]. Det var ett arbete i samverkan mellan myndigheter, professionsförbund, (dåvarande) landsting och Prioriteringscentrum. Den nationella modellen har sedan dess tillämpats i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och i en mängd andra prioriteringssammanhang och får anses som etablerad praxis för prioritering i Sverige [8]. En central dimension som bör påverka prioriteringen enligt den modellen är storleken på patientnyttan. I vissa fall bedöms den explicit i prioriteringsarbeten, i vissa fall ingår den som en del av en kostnadseffektivitetsanalys. En viktig del av bedömningen av patientnytta är den överlevnadsvinst som patientgruppen får av en

---

**»I denna situation har vi alltså utgått från ... hänsyn till biologisk ålder, samt en praxis som etablerats under drygt 20 år, nämligen att låta den större patientnyttan fälla avgörandet ...«**

---

viss insats.

Om vi återgår till situationen där antalet patienter i behov av intensivvård överstiger antalet intensivvårdsplatser och försöker ta ställning till vem som får den största patientnyttan när det gäller överlevnadsvinst av den begränsade intensivvårdsresursen, så är det med stor sannolikhet den patient som har den lägsta biologiska åldern. I en sådan bedömning

finns det naturligtvis ett statistiskt samband mellan biologisk och kronologisk ålder, men vid en individuell bedömning, som i vårt intensivvårdsfall, är den

## »Sannolikt hade ett förslag där man hänvisade till patientnyttan snarare än den biologiska åldern uppfattats som mindre kontroversiellt ...«

kopplingen mindre påtaglig. En 25-årig patient kan ha underliggande sjukdomstillstånd som, trots relativt god kortsiktig prognos, med stor sannolikhet leder till att hen får en relativt kort livslängd, medan en 75-årig patient med bättre underliggande biologiska förutsättningar kan ha en lägre biologisk ålder och större överlevnadsvinst.

I denna situation har vi alltså utgått från något som är tillåtet enligt den etiska plattformen, hänsyn till biologisk ålder, samt en praxis som etablerats under drygt 20 år, nämligen att låta den större patientnyttan fälla avgörandet när patienter i övrigt har likvärdiga förutsättningar. Samtidigt har vi gjort en tolkning som inte förefaller överträda det uttryckliga förbudet mot att ta hänsyn till kronologisk ålder i sig eller att ställa upp generella kronologiska åldergränser. På det sättet har vi försökt ge vägledning i en situation där den etiska plattformen inte i sig ger någon explicit vägledning. Sannolikt hade ett förslag där man hänvisade till patientnyttan snarare än den biologiska åldern uppfattats som mindre kontroversiellt, även om implikationerna för prioriteringar vore desamma.

### Slutsatser

I denna artikel har vi försökt illustrera hur det saknas tydlig och explicit vägledning för ställningstaganden kring att prioritera vårdplatser inom intensivvården i en kris- eller krigssituation när dessa inte är tillräckliga för att tillgodose samtliga behov. För att ge stöd till den vårdpersonal som har att fatta dessa beslut och undvika en ojämlig eller godtycklig bedömning finns skäl att ta fram konkret vägledning. Vi har försökt visa hur det är möjligt att tolka plattformen, genom att väga samman de skrivningar som ligger till grund för plattformen i kombination med hur den har kommit att tillämpas i praxis för att ge ett sådant stöd. Vi har illustrerat detta genom att peka på att biologisk ålder rimligen kan tolkas i termer av långsiktig patientnytta, det vill säga längst förväntad återstående livslängd, på ett sätt som är i linje med hur patientnytta tolkas

i prioriteringspraxis på till exempel regional- och myndighetsnivå.

Samtidigt pekar detta på en problematik med den nuvarande etiska plattformen. Den är inte explicit utformad för den form av svåra etiska situationer som en fredstida katastrof eller ett krig kan ställa oss inför. Vi menar dock att den etiska plattformen utgör en robust grund för rimliga etiska ställningstaganden även i händelse av kris och krig, vilket vi försökt illustrera. Det finns därför inte behov av andra grundläggande principer. Men om värden ska kunna få vägledning även i dessa situationer behöver dessa principer tolkas och tillämpas med utgångspunkt från de specifika förutsättningar som katastrofen eller kriget medför – mindre resurser men större behov. Eftersom de etiska utmaningarna ställs på sin spets i samband med katastrofer och krig är det dock olyckligt om det finns oklarheter i förarbeten och lagstiftning om hur etiska principer för prioritering bör tolkas i sådana situationer eller om de inte ger vägledning i de mest utma-

## »Det kan därmed finnas skäl att se över principerna ... och samtidigt ge bättre förutsättningar att kunna ge vägledning utifrån den etiska plattformen, också i katastrofer och krig.«

nande situationerna. Det kan därmed finnas skäl att se över principerna och förtydliga dem för att därmed minska tolkningsutrymmet och samtidigt ge bättre förutsättningar att kunna ge vägledning utifrån den etiska plattformen, också i katastrofer och krig. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Båda författarna var inblandade i Socialstyrelsens process för framtagande av riktlinjerna för intensivvården under pandemin.

Citera som: *Läkartidningen*. 2024;121:23203

### REFERENSER

1. Nationella principer för prioritering av intensivvård under extraordinära förhållanden. Version 2.0. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
2. Vårdens prioriteringar

i fredstida katastrofer och krig. Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Artikelnr 2022-6-7984.

3. Engström I, Hermerén G, Sahlin NE, et al. Principer för prioriteringar

av intensivvård ifrågasätts. *Läkartidningen*. 31 mar 2020.

4. Vahlne Westerhäll L. Några myndigheter i coronatider – ett rättsligt perspektiv. *Juridisk Tidskrift*. 2020/21;(1):65-81.
5. Prop 1996/97:60. Prio-

riteringar i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 1997.

6. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.

7. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård – ett verktyg för rangordning. Linköping: Prioriteringscentrum; 2017. Rapport 2017:3.
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer.

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>

## SUMMARY

### **Intensive care and priority setting during catastrophe or war**

In this article we discuss some ethically and legally controversial issues in the Swedish priority guidelines for intensive care during the recent covid pandemic. We show how the Swedish ethics platform for priority setting constitutes a robust starting point for such guidance, but that there is a lack of detail leaving some of the more challenging situations without explicit guidance. To provide guidance, which we have reason to do in order to avoid inequality and arbitrariness, we should try to interpret the ethics platform, based on how it is applied in practice together with ethical reasoning. In this article, we illustrate this by focusing on contested guidance concerning biological age when distributing scarce intensive care beds. We conclude that biological age should be interpreted in terms of long-term survival. We also conclude that the ethical platform does not provide guidance in these challenging situations, but needs interpretation. Therefore, there is a need of a legal overview of the principles in order to create an even stronger basis for support in the future.