

Nationella principer  
för prioritering inom  
intensivvård under  
extraordinära förhållanden

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Publicering [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2020

# 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 med principer för prioritering av resurser inom intensivvård under extraordinära förhållanden har tagits fram av Socialstyrelsen i samverkan med etiker och medicinskt sakkunniga, med anledning av Covid-19-pandemin.

Syftet med skriften är att stödja hälso- och sjukvården att fatta beslut om prioriteringar enligt den gällande etiska plattformen för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården, som också uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen. Principerna är tänkta att tillämpas i det fall smittutvecklingen leder till att behovet av intensivvård kommer överstiga tillgängliga resurser.

När principerna tillämpas gäller de alla patienter som behöver intensivvård i samband med att situationen kring Covid-19 kvarstår, och inte endast de patienter som har en pågående Covid-19-infektion.

Principerna kommer att behöva anpassas och konkretiseras av verksamhetsföreträdare när de skall användas i konkreta situationer. Principerna kommer att behöva kompletteras med medicinska riktlinjer. Principerna kan även användas som utgångspunkt vid prioriteringar inom andra vårdformer där svårt sjuka patienter vårdas och där resurstillgången är påverkad av pandemin.

Socialstyrelsen vill tacka Lars Sandman, Claes Frostell, Erik Gustavsson, Mats Johansson, Niklas Juth, Henrik Jörnvall, Ulrik Kihlbom, Erik Malmkvist, Christian Munthe, Mikael Sandlund och Johan von Schreeb samt Statens medicinsk-etiska råd, som med sitt expertkunnande har bidragit till att ta fram denna skrift. Myndigheten vill även tacka andra som också bidragit med synpunkter.

Thomas Lindén

Avdelningschef

Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården

# Innehåll

Förord.....	3
Prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden.....	5
Första steget – utöka resurser eller flytta patienter.....	5
Prioritera tillgång till intensivvård efter behov och patientnytta .....	6
Avbryta intensivvård.....	7
Vård och behandling av patienter som nedprioriteras .....	7
Juridiska och etiska utgångspunkter för principerna .....	8
Implementering, beslut och kommunikation av principerna.....	8
Hantering av etisk stress hos vårdpersonalen.....	8
Bilaga – Prioriteringar inom andra delar av hälso- och sjukvården.....	10
Ransonering av övrig hälso- och sjukvård.....	10

# Prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden

## Första steget – utöka resurserna

Innan vårdgivare tillämpar de principer för prioritering av intensivvårdsresurser som ges i detta dokument bör de uttömma alla möjligheter att öka de intensivvårdsresurser det rör sig om.

I en bilaga berörs ransonering inom andra delar av hälso- och sjukvården för att frigöra resurser.

## Prioritera tillgång till intensivvård efter behov och patientnytta

Under extraordinära förhållanden med begränsade resurser behöver indikationen för intensivvård skärpas. Även i normala fall ges intensivvård endast till svårt sjuka patienter, och sådana som riskerar att annars försämrans i sitt tillstånd, men då även till patienter med låg sannolikhet att överleva. I vissa fall görs detta för att ge tid till upprepad bedömning av situationen och för att ge tid till samråd med närstående. I samband med en extraordinär resurssituation måste intensivvårdsresurserna däremot reserveras för patienter där intensivvården har stor sannolikhet att bidra till fortsatt överlevnad. Detta innebär en större restriktivitet med att inleda eller fortsätta intensivvård än i normalfallet.

### Prioriteringsprinciper

I linje med människovärdesprincipen får prioritering *inte* ske utifrån patientens kronologiska ålder i sig. Däremot är det tillåtet att ta hänsyn till patientens biologiska ålder, det vill säga vilken patientnytta som är möjlig given patientens biologiska tillstånd. Det innebär att en person med en låg kronologisk ålder men en hög bräcklighet kan komma att prioriteras lägre än en person med en högre kronologisk ålder men större förmåga att klara och leva vidare efter intensivvård.

Prioritering får inte heller ske utifrån patientens sociala situation eller ställning, eventuell funktionsnedsättning eller utifrån huruvida patienten själv bidragit till att orsaka sitt tillstånd.

### Tillämpning av principerna under extraordinära förhållanden

I samband med en extraordinär resurssituation kommer biologisk ålder och dess påverkan på patientnyttan i termer av fortsatt överlevnad att vara central. Bedömningen av biologisk ålder kräver en sammanvägning av olika faktorer, och kan göras med stöd av etablerade skattningsskalor. Följande faktorer påverkar den biologiska åldern till att bli hög och därmed att sannolikheten för fortsatt överlevnad försämrans:

- antal vitalfunktioner/organsystem som sviktar och graden av svikt hos respektive funktion/system
- grad av samsjuklighet – hur många andra kroniska eller akuta sjukdomar som patienten samtidigt lider av samt svårighetsgrad och prognos för dessa
- hög kronologisk ålder med en relaterad dålig förmåga att klara och leva vidare efter intensivvård.

För patienter med pågående intensivvård betyder fortsatt försämring eller längre vårdtid utan förbättring lägre sannolikhet för överlevnad.

Utifrån detta kan man formulera följande prioriteringsordning:

Intensivvård till patienter prioriteras enligt följande:	Prioritet
Svår sjukdom eller skada hos en patient med förväntad överlevnad > 12 månader 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.	1
Patienter som uppvisar något av följande kriterier (eller kombination av flera kriterier): a. En eller flera allvarliga systemsjukdomar med påtaglig funktionell begränsning. b. Förväntad överlevnad 6–12 månader, utifrån underliggande sjukdom.	2
Patient med sammantaget förväntad låg sannolikhet för överlevnad initialt och där intensivvård normalt endast sätts in för att möjliggöra en förnyad bedömning och samråd med närstående.	3

Det krävs fortlöpande utvärdering av patienternas status, för att löpande kunna prioritera och omprioritera. Var gränsen dras för vilka patienter som ges tillgång till intensivvård beror såväl på indikation som på den aktuella resurstillgången.

## Avbryta intensivvård

Om en patient blivit prioriterad till intensivvårdinsatser enligt ovanstående prioriteringsordning bör den behålla insatsen tills prognosen försämrats till en lägre prioriteringsnivå. I det läget bör insatsen omprövas och, om det finns patienter som har en högre prioriteringsnivå i kö, avbrytas för att ge andra patienter tillgång.

Ställningstagande till att avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling ska kommuniceras med patient och närstående och dokumenteras i journalen, om möjligt innan indikation för intensivvård uppstått.<sup>1</sup> Det extraordnåra läget kan medföra att dialogen med anhöriga försvåras.

## Vård och behandling av patienter som nedprioriteras

Patienter som inte får tillgång till intensivvård initialt eller genom att intensivvård avbryts utifrån dessa prioriteringsprinciper ska erbjudas annan vård. Vid kort förlopp kan sådan vård ske inom intensivvården om resursläget tillåter det. Vid ett längre förlopp flyttas patienter till annan vårdenhet för vård. Patienterna kan tas om hand inom ett flertal olika vårdformer, till exempel geriatrik, specialiserad palliativ vård, invärtesmedicin, avancerad hemsjukvård eller särskilt boende för äldre.

<sup>1</sup> Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7) samt *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal* (Socialstyrelsen, 2011).

## Juridiska och etiska utgångspunkter för principerna

De principer som ges i denna skrift baseras på den av riksdagen beslutade etiska plattformen för prioriteringar med dess tre principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen (prop. 1996/97:60, hälso- och sjukvårdslag (2017:30)). Följande dimensioner med grund i plattformen berörs:

- hälsotillståndets svårighetsgrad (patientbehovet)
- åtgärdens patientnytta<sup>2</sup>
- resursanvändningens rimlighet i förhållande till patientnyttans storlek.

Det är viktigt att betona att beslut om prioritering bör fattas endast med hänsyn till dessa parametrar.

## Implementering, beslut och kommunikation av principerna

### Förankra lokalt och konsultera experter vid behov

De prioriteringsprinciper som beskrivs i detta dokument måste anpassas till den lokala resurssituationen när de ska implementeras. Beslut i linje med principerna bör vara förankrade inom den aktuella intensivvårdsenheten och det bör finnas strukturer för att fatta beslut på ett tidseffektivt sätt. Beslut bör ske i samråd mellan två läkare med erforderlig kompetens och erfarenhet. Beslut med motivering utifrån dessa principer ska tydligt dokumenteras i patientens journal.

### Involvera och informera patienter och närstående

Patienter och närstående har en stark rätt till information och samråd, enligt patientlagen (2014:821). Beslut baserade på dessa principer bör därför ske i samråd med patienter och närstående (om möjligt) och tydligt kommuniceras till berörda parter. Patienter och närstående måste i synnerhet vara medvetna om att beslut om insatt intensivvård kan behöva omprövas (se ovan under *Avbryta intensivvård*). Rätten till information och samråd är samtidigt inte en vetorätt mot sådana beslut som fattats på basis av dessa prioriteringsprinciper, och ansvaret för sådana beslut ligger alltid hos behandlande läkare.

## Hantering av etisk stress hos vårdpersonalen

I samband med de svåra beslut som kan krävas utifrån dessa principer kan hälso- och sjukvårdspersonalen uppleva etisk stress. Etiskt väl underbyggda principer kan minska den etiska stressen, genom att vårdpersonalen kan få

---

<sup>2</sup> Normalt bedöms åtgärdens patientnytta utifrån parametrarna livslängd och livskvalitet. I denna situation är det omöjligt att bedöma patientens framtida livskvalitet, därför har principerna endast fokus på livslängd.



stöd i att svåra beslut fattas på goda grunder och 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
- möjlighet till återhämtning och vila
- organiserat samtalsstöd och handledning.

## Bilaga – Prioriteringar inom andra delar av hälso- och sjukvården

De prioriteringar som krävs inom intensivvården vid en extraordinär situation är mycket svåra och om möjligt bör resurser för intensivvård frigöras från andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Samtidigt måste den som gör en sådan omprioritering säkerställa att inte andra svårt sjuka patienter som kan ha stor nytta av insatser blir utan vård, eller att det leder till en mer långsiktigt ohållbar situation för att andra patienter försämras.

För att frigöra resurser rekommenderas två huvudsakliga strategier:

- **Belasta inte intensivvården med patienter som kommer ha en låg prioritering.** Andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet tvingas bli mer restriktiva med att remittera patienter eller konsultera intensivvården för patienter med en låg prioritering. Detta innebär stor restriktivitet med att genomföra ingrepp som kan kräva uppföljande intensivvård i den mån det kan undvikas.
- **Frigör vårdplatser och andra intensivvårdsresurser, inklusive vårdpersonal.** Högt prioriterade patienter behöver få tillgång till dessa resurser, om sådana finns inom andra delar av hälso- och sjukvården.

## Ransonering av övrig hälso- och sjukvård

Ransonering innebär att vård inte erbjuds alls eller i lägre grad. Hälso- och sjukvården bör inte ransonera insatser som krävs för att häva akuta livshotande tillstånd, i linje med de tillstånd som prioriteras högt enligt ovanstående principer. Insatser som kan bidra till att häva det extraordinära läget bör inte heller ransoneras, särskilt inte insatser som görs för att begränsa smittspridning.

Vårdåtgärder inom andra delar av hälso- och sjukvården bör ransoneras enligt nedan, med början i åtgärder på ransoneringsordning 1.

Ransonera enligt följande:	Ransoneringsordning
Elektiva ingrepp som kan förskjutas utan att tillståndet blir försämrat.	1
Elektiva ingrepp som kan förskjutas och där det innebär försämring i livskvalitet men som inte riskerar att leda till akut livshotande tillstånd.	2
Elektiva eller akuta ingrepp med låg sannolikhet att medföra återställd hälsa och hög sannolikhet för långdragna eftervårdsförtopp med risk för behov av intensivvård.	3
Akuta ingrepp, där förskjutning i tid innebär livskvalitetspåverkan under väntetiden, men inte försämrat långsiktigt resultat på sikt.	4
Akuta ingrepp, där förskjutning i tid innebär livskvalitetspåverkan även på längre sikt, men inte leder till minskad sannolikhet till överlevnad.	5