

Remissvar SOU 2021:19 En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (dnr S2021/03085)

Prioriteringscentrum och Medicinska fakulteten vid Linköpings universitet (LiU) har beretts tillfälle att yttra sig över *SOU 2021: 19 En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* och lämnar följande gemensamma synpunkter.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis ställer sig Prioriteringscentrum och Medicinska fakulteten vid LiU positiva till utredningens mycket grundliga genomgång och, utifrån vad vi kan bedöma, väl genomtänkta förslag för att stärka hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap. I vissa delar kan vi inte ta ställning till lämpligheten i dessa utan har valt att fokusera på de delar som rör prioriteringsgrunder och strukturer för att genomföra prioriteringar. Sammanfattningsvis menar vi att:

- Begreppet vård som inte kan anstå kräver tolkning och riskerar att inte ge den vägledning som krävs för att kunna ge stöd till de prioriteringar som krävs för en stärkt försörjningsberedskap.
- Det fokus på att rädda liv som lyfts fram, kan behöva balanseras på ett tydligare sätt för att inte misstolkas i konkreta situationer.
- Det finns starka skäl att göra en tydligare koppling till de prioriteringar som görs och bör göras inom hälso- och sjukvården under normala förhållanden, eftersom detta på många sätt kan förbereda för de prioriteringar som krävs i fredstida kriser och krig.
- De vaccinprioriteringar som gjorts under pandemin visar delvis att den etiska plattformen inte fullt ut ger stöd för åtgärder som kräver ett populations- eller systemperspektiv, något som utredningen kan behöva adressera.
- Det är positivt att Socialstyrelsen får utökade möjligheter att meddela föreskrifter, men vi vill betona vikten av att det sker i samverkan med regionerna och den specifika ämneskompetens som finns tillgänglig inom universitetsvärlden.
- Det är positivt att utredningen betonar vikten av strukturer för att prioritering, ransonering och omfördelning – men vi betonar återigen

vikten av att dessa är förankrade och använder sig av erfarenheter av de prioriteringar som krävs under normala förhållanden.

5.4.2 Det införs en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om vård vid fredstida kriser och krig

Utredningen föreslår en målbild för hälso- och sjukvården under fredstida kriser och krig som innebär att vården ska kunna tillhandahålla vård som inte kan anstå, och att detta ska införas som en paragraf i hälso- och sjukvårdslagen.

Prioriteringscentrum och Medicinska fakulteten ställer sig positiva till att det tydliggörs vilken målbild som vården bör ha i dessa situationer, men anser att det finns problem med tydligheten i denna målbild. Som utredningen observerar kommer vård som inte kan anstå vara ett rörligt mål, beroende på den tids- och resursmässiga kontexten. Prioriteringscentrum har i andra analyser av begreppet, pekat på hur svårtolkat det är¹. De exempel som utredningen ger implicerar en stor bredd kring vilken vård som inte kan anstå (under olika omständigheter) och ger en indikation av tolkningsproblemen. Prioriteringscentrum och Medicinska fakulteten ser därmed en risk för att införandet av en sådan målbild inte kommer ge bättre förutsättningar för stöd till prioritering i samband med fredstida kriser och krig. Vad som krävs är snarare en bättre helhetsbild av hur vård under normala förhållanden bör prioriteras eftersom det ger förutsättningar att ransonera vård vid resursbrist med början i den lägst prioriterade vården. Det vore värdefullt om utredningen tydligare betonade sambandet mellan den prioritering som sker under normala förhållanden och den prioritering som bör ske under fredstida kriser och krig, eftersom samma principer föreslås ligga till grund för en sådan prioritering under alla dessa förhållanden. Här uppkommer också frågan kring hur utredningens förslag står i relation till regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla särskilda prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården i kris och krig, något som kan behöva klargöras².

Att prioriteringar görs även i vårdens vardag kan framgå tydligare i flera av utredningens passager. I sammanfattningen skriver utredningen till exempel "För

¹ Sandman, L., Broqvist, M., Gustavsson, E., Arvidsson, E., Ekerstad, N., & Carlsson, P. (2014) *Vård som inte kan anstå – Tolkning i relation till den etiska plattformen och nationella modellen för öppna prioriteringar*. Prioriteringscentrum, Linköping.

² <https://www.regeringen.se/49592f/contentassets/34125b47dc404af6a5f8b90280ca55ad/uppdrag-att-utveckla-sarskilda-prioriteringsprinciper-for-halso-och-sjukvarden-som-galler-vid-kris-och-krig.pdf>

de situationer när resursbristen blir så påtaglig att prioriteringar behöver göras på nationell nivå...” Sådana formuleringar riskerar att skicka signalen att det bara är i extraordinära situationer som prioriteringar på nationell nivå behöver göras. Men prioriteringar görs även till vardags på nationell nivå (till exempel NT, MTP och TLV). Socialstyrelsens arbete med principdokumentet för prioritering av intensivvård och rutinsjukvård under pandemin baserades på de erfarenheter och prioriteringar som är i linje med den etiska plattformen även under normala förhållanden³.

I beskrivningen av den etiska plattformen för prioriteringar beskrivs behovs- och solidaritetsprincipen på följande sätt:

”Behovs- och solidaritetsprincipen; resurserna bör fördelas efter behov och man bör särskilt värna om att svaga grupperns behov tillgodoses...”

Detta är en olycklig beskrivning som avviker från hur principen definieras i *Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* ”Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste....Människor som inte kan ta tillvara sina rättigheter har *samma rätt* till vård som andra.” Men i utredningen ges snarare intryck av att det som kallas för svaga grupperns behov ska ges prioritet framför andra grupperns behov. Så har normalt inte lagstiftningen tolkats, och senare i texten skriver utredningen också att: ”Människor med nedsatt autonomi [dvs. svaga grupper (vår kommentar)] och människor med full autonomi med samma vårdbehov ska således behandlas lika.” (SOU 2021:19, s. 287). Prioriteringscentrum har redan i sin kommunikation med olika aktörer observerat att denna skrivning (som även återfanns i förra förslaget från föreliggande utredning) väcker förvirring, vilket är högst olyckligt. Vi föreslår därför att utredningen strikt håller sig till den definition som ges i ovan nämnda proposition.

I tolkningen av den etiska plattformen för fredstida kriser och krig läggs stor tonvikt vid att rädda liv. I sak förefaller det inte orimligt att det läggs viss tonvikt på överlevnad i relation till andra behov som är mer fokuserade på livskvalitet när resursbegränsningen är mer extrem vilket också ligger i linje med de tolkningar som gjordes i arbetet med intensivvårdsriktlinjerna. Samtidigt kan skrivningarna om att rädda liv ge intryck att detta ”bör ges högsta prioritet”, oavsett hur långt det liv som personen räddas till är. I linje med hur prioriteringsplattformen har tolkats utifrån den skrivningar som återfinns i ovan angivna proposition, så förefaller en sådan tolkning olycklig. I de prioriteringar som sker i normalläget, ges ingen sådan prioritet för att rädda liv, utan ett mer långvarigt livskvalitetsbehov kan prioriteras framför ett överlevnadsbehov som handlar om en kort överlevnad. Till viss del observeras detta senare i utredningsförslaget när man skriver att: ”åtgärder som

³ Socialstyrelsen (2020) Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/nationella-prioriteringar-intensivvarden.pdf>

endast medför korta överlevnadsvinster [kan] behöva bortprioriteras” (SOU 2021:19, s. 287). Det explicita fokus som utredningen ger åt att rädda liv riskerar dock att förbise denna viktiga aspekt, och leda till att det som utredningen också betonar som allvarliga tillstånd, exempelvis långvarig och svår funktionsnedsättning prioriteras ned. Erfarenheter under pandemin pekar på att livräddande insatser lätt får prioritet på bekostnad av andra insatser, även när sådana insatser haft en blygsam effekt.

Utredningens förslag är tänkt att hantera både fredstida kriser och krig, vilket naturligtvis innefattar en pandemi av det slag vi för tillfället befinner oss i. Under pandemin har det dock visat sig att den etiska plattformens principer inte fullt ut stödjer prioritering av vaccin. Den etiska plattformens individperspektiv kan i vissa stycken hamna i konflikt med det populationsperspektiv som smittskyddsverksamhet med nödvändighet måste ha. Framför allt har diskussionen om hur prioriteringen mellan att vaccinera riskgrupper som själva riskerar att drabbas av allvarlig sjukdom, och vaccination av grupper som riskerar bidra till smittspridning men inte själva kommer att drabbas allvarligt indikerat denna problematik. Exempelvis valde ett flertal regioner att prioritera vaccinationen av vårdpersonal (framför allt vårdpersonal inom akut- och intensivvård och andra kritiska funktioner) trots att det inte fullt ut stöddes av Folkhälsomyndighetens inledande vaccinationsordning och kan tolkas som att det står i strid med skrivningar i relation till människovärdesprincipen om att inte prioritera personer utifrån social funktion eller ställning. I detta sammanhang förefaller inte heller utredningens förslag om vård som inte kan anstå på ett enkelt sätt ge stöd till den sådana prioritering. Prioriteringscentrum och Medicinska fakulteten menar att detta kräver vidare analys och utredning.

5.4.3 Ändrat bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård i krig

Prioriteringscentrum och Medicinska fakulteten finner förslaget om att Socialstyrelsen ges mandat att meddela föreskrifter rimligt. Inte minst mot bakgrund av de tolkningsproblem som skrivningar om målbild etc. kan ge upphov till. Vi vill dock betona vikten av att detta sker i nära dialog med de regioner där föreskrifterna ska tillämpas. Forskningen inom prioriteringsområdet pekar på vikten av så kallad intern legitimitet (dvs. inom de organisationer som ska tillämpa prioriteringar) för de beslut som fattas och en central aspekt av detta är att ges möjlighet att delta och kunna påverka de beslut som fattas, samt att de är förankrade och utgår från den verklighetsbild som finns hos vårdgivarna. Likaså vill vi betona vikten av att relevant kompetens involveras vid utformandet av sådana föreskrifter, vilket gäller framför allt medicinsk, juridisk, etisk och hälsoekonomisk kompetens – men även kan involvera andra kompetenser. Här bör universitet- och högskolor och den forskning som sker där ses som en viktig resurs.

12.4 Åtgärder för fördelning av sjukvårdsprodukter genom ransonering och omfördelning

Prioriteringscentrum och Medicinska fakulteten finner utredningens förslag om åtgärder för ransonering och omfördelning av sjukvårdsprodukter rimliga och ställer sig bakom dessa. Vi vill dock återigen betona vikten av att de strukturer som bör finnas på regional och nationell nivå har en god helhetsbild av de prioriteringar som görs och bör göras under normala förhållanden inom hälso- och sjukvården. Att skaffa sig en sådan bild, något som i stora stycken saknas idag, ger goda förutsättningar för att kunna bedöma var ransonering och omfördelning rimligen kan ske. Det är inte tillräckligt att ha kunskap om var det finns läkemedel och andra sjukvårdsprodukter inom hälso- och sjukvårdssystemet utan det måste också finnas kunskap om hur den vård där det råder brist ska prioriteras i relation till den vård där det finns eventuellt överskott. Eftersom prioriteringen av resurser även under fredstida kriser och krig ska följa de prioriteringsprinciper som även gäller under normala förhållanden så bör en sådan prioriteringsbedömning kunna göras när det inte är kris eller krig (och då inte heller tidsbrist och förmodligen även brist på personella resurser). Att hälso- och sjukvårdssystemet under den innevarande pandemin haft förmåga till relativt snabba och kraftfulla ransoneringar och omfördelningar av resurser kan till dels tillskrivas att det fanns modeller och genomförda prioriteringsordningar på plats sedan tidigare som underlättade bedömningarna. Det finns dock skäl att vidareutveckla detta arbete ytterligare för att ge ett än bättre stöd inför framtida kriser och krig (och inte endast i relation till behoven under normala förhållanden).

Handläggningen av beslutet

Beslut om detta yttrande har fattats av dekanen Lena Jonasson efter föredragning av professor Lars Sandman.

I utformandet av yttrandet har även universitetslektor Erik Gustavsson, som har postdok-medel från MSB för att studera frågan kring prioriteringsprinciper under kris och krig, deltagit.

Lena Jonasson
Dekan

Lars Sandman
Professor i hälso- och sjukvårdsetik

Sändlista:
Socialdepartementet
Registrator
Fakultetsledningen
Medfak-kansliet
Universitetsdirektörens ledningsgrupp