

Ransonering av övrig hälso- och sjukvård i samband med Covid-19 19

Gäller för: Region Kronoberg

Utförs på: Region Kronoberg

Detta dokument är en sammanfattning och lokal anpassning av [Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen](#).

Prioriteringar i hälso- och sjukvården kan bli aktuella i samband med covid-19. Det beror på att

- Resurser behöver frigöras för intensivvård och andra vårdinsatser för patienter med covid-19
- Smittorisken begränsar möjligheten och lämpligheten att bedriva viss hälso- och sjukvård. Detta eftersom risken som patienten utsätts för kan vara större än nyttan med en vårdåtgärd.
- Logistikproblem beträffande leverans av läkemedel och sjukvårdsmaterial.
- Personalbrist
- Vårdplatsbrist

Det är väsentligt att upprätthålla en så god och jämlik vård som möjligt för så många som möjligt. Men resursbrist i kombination med hög belastning medför att man behöver prioritera mellan olika vårdåtgärder vilket innebär att vi behöver införa ransonering av vård. Ransonering införs vanligen på gruppnivå men varje individ behöver ändå ses just som en individ vars vårdbehov även bedöms på individnivå. Arbetsrutiner som säkerställer detta behöver beaktas.

Prioritering vid resursbrist

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

- Mindre av en åtgärd, eller sluta helt med åtgärden. Därmed sänker man kvaliteten på vården för patienten och får sannolikt även en sämre patientnytta.
- Skärpta indikationer, så att patienten behöver ha ett svårare hälsotillstånd än normalt för att få tillgång till en åtgärd.
- Skjuta fram en åtgärd i tiden. Patientens hälsotillstånd riskerar då att försämrans.

En fördröjd eller utebliven vård kan ge upphov till en irreversibel försämring för patienten. Det är 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.

En uppskjuten åtgärd t.ex. en operation kan i vissa fall innebära att en annan resurs t.ex. en vårdplats (om patienten inte kan skrivas ut) inte blir tillgänglig för en patient med i grunden högre prioritet. Av det skälet kan det i vissa fall vara av värde att ändra prioriteringen för den första patienten. Dvs för att kunna ge vård till den patient som har högre prioritet måste man ändå behandla en annan patient först för att friställa resurser som behövs för att vårda den mer angelägna patienten.

Nedprioritera 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.

Prioriteringsmodell

- A. Vård som med stor sannolikhet kan prioriteras ner utan att patienternas hälsotillstånd eller möjligheten att behandla hälsotillstånden försämras.
- 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 nedprioriterad. Patientnyttan kan vara försämrad men fortfarande god när vården väl ges.
- 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.
- 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. Nedprioritering innebär större negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrad livskvalitet och ökad risk för förtidig död.
- 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. Nedprioritering innebär stora negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrad livskvalitet och mycket ökad risk för förtidig död.

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

Medicinska bedömningar:

En patient ska inte undanhållas en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövligt (2 kap. 2 § patientlagen [2014:821]). Däremot kan man göra bedömningen att eventuella åtgärder ska nedprioriteras.

Akut vård:

Vi behöver säkerställa tillgång till vård vid andra akuta svåra hälsotillstånd än covid-19, även när vården vid covid-19 kräver mycket resurser. Det är inte diagnosen som ger förtur utan bedömning av hur angelägen behandlingen är.

Symtombehandling:

Prioritering innebär inte att patientgrupper med symtom lämnas utan vård. I vissa fall kan symtomlindrande åtgärder vara nödvändiga i väntan på slutlig åtgärd.

Palliativ vård:

Patienter ska alltid erbjudas en god palliativ vård, även när de inte kan erbjudas botande eller livsförlängande behandling. Det kan dock i vissa lägen vara extra viktigt att erbjuda vård av palliativ karaktär med syfte att förlänga livet för att undvika mer avancerad vård i livets slutskede med t.ex. behov av inneliggande vård.

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.

Prioritering av operativa ingrepp

Beskrivningen ovan kan användas på olika typer av vård. För operativ verksamhet kan de olika stegen förtydligas enligt nedan.

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

Inriktningsbeslut

Regional särskild krisledning beslutar om aktuellt läge A – E. Verksamhet inom Region Kronoberg anpassar sig till denna nivå. Verksamheterna rapporterar sina ransoneringsåtgärder och konsekvenserna av detta till vederbörande områdeschef som sammanställer och rapporterar till regional ledning.

Faktorer som påverkar vilken nivå som gäller är en avvägning mellan behov av åtgärder och resurstillgång i form av personal, utrustning och vårdplatser. Vid särskilda händelser är det vanligt att man först skapar ökade resurser men senare i förloppet också behöver balansera behovet vilket då innebär att man t.ex. reducerar planerbar verksamhet i första hand.

Det bör finnas möjlighet att olika delar inom Hälso- och sjukvården befinner sig på olika nivåer. Däremot så är det nödvändigt att olika verksamheter som använder sig av samma resurser t.ex. operationskapacitet har en gemensam bild av vad beslutet innebär.

Prioriteringar

Hälso- och sjukvårdens uppgift är fortsatt att få till ett så bra hälsoutfall som möjligt för den enskilda patienten utifrån tillgängliga resurser. Man behöver för detta väga in:

- Grundsjukdomens allvarlighetsgrad och prognos
- Övrigt hälsotillstånd
- Resurstillgång (personal, material)
- De risker som patienten utsätts för, dels för ökad smittrisk samt risk för att få allvarligare förlopp vid smitta
- Patientens egen inställning

Vid ransonering tillkommer att man också behöver bedöma olika behov mot varandra. I första hand gör vi detta på gruppnivå men principiellt kan vi inte enbart bedöma en enskild patient utifrån grupptillhörighet utan patienten behöver också bedömas som individ.

Vid prioriteringar inom en verksamhet eller mellan olika verksamheter kan man använda ovanstående ransoneringsordning som ett stöd.

Det är viktigt att man organiserar en tydlig struktur för och är transparent med hur dessa prioriteringar ska gå till. När flera verksamheter påverkas så är det obligatoriskt att alla verksamheter samverkar och prioriterar gemensamt.

Etisk stress

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

Sammanfattningsvis

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

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare

Bilaga. 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 nedprioriteras.	Palliativ vård kan ges som alternativ till den vård som nedprioriteras.	Palliativ vård kan ges som alternativ till den vård som nedprioriteras.
Exempel	Uppföljning av behandling av kroniska sjukdomar, där patientens hälsotillstånd är under god kontroll. Uppföljning av multisjuka patienter utan aktuella besvär. Hälsokontroller. Ortopedisk behandling med knä- och höftplastiker, där resultatet blir tillfredsställande även med fördröjd behandling.	Ortopedisk behandling av hälsotillstånd där behandlingen kommer att ge resttillstånd om den fördröjs. Uppföljning av behandling av kroniska sjukdomar, där patientens tillstånd är osäkert eller under dålig kontroll. Uppföljning av multisjuka med viss risk för försämring.	Onkologisk läkemedelsbehandling med en liten förväntad förbättring av patientens livslängd.	Onkologisk behandling som kan förlänga livet och minska symtombördan under viss tid för patienter i ett palliativt skede av sin cancersjukdom.	Kirurgi för akut livshotande hälsotillstånd, där patienten har en längre förväntad återstående livslängd och insatsen bedöms vara effektiv.