

Övergripande etiska frågor som aktualiserats av covid-19-pandemin

Till Regeringens Coronakommission den 12.9.2020

Den här texten har producerats av etikgruppen i Medborgarnas Coronakommission

Rent allmänt gäller att de analyser vi gjort baseras på kunskaper som vi har idag (september 2020). Covid-19 är ett coronavirus som visat sig ha en rad oväntade egenskaper och kunskapen om dessa har ökat under det intensiva första halvåret 2020. Vi önskar att de slutsatser vi kommer fram till skall påverka planeringen nästa gång en liknande pandemi inträffar med ett virus vars egenskaper ej är kända. I den här texten tar vi upp allmänna samhällsetiska frågor som har varit av avgörande betydelse under covid-19-pandemin och som bör uppmärksammas i hanteringen av kommande pandemier. När det gäller mera detaljerade etiska resonemang hänvisar vi till en utomordentlig översikt över etiska problem relaterade till covid-19-pandemin. Den har nyligen utgivits av Statens Medicinetiska Råd (SMER) (<http://www.smer.se/rapporter/etiska-vagval-vid-en-pandemi/>)

Ett övergripande samhällsetiskt problem som fått allvarliga konsekvenser under covid-19-pandemin i Sverige är att etiska frågor inte uppmärksammats tillräckligt i sjukvårdspolitik och -administration. Det innebär att regionpolitiker har kunnat fatta beslut med ödesdigra konsekvenser för sjukvård och prevention utan att etiska överväganden har gjorts. Vårdetik har ansetts vara något som personalen får ta hand om. Det innebär i praktiken att politiker och administratörer kan vältra över ansvaret för konsekvenserna av illa genomtänkta beslut på underlydande personal utan att själva behöva drabbas av något obehag. Att etiktemat i stort sett är frånvarande i ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården har bekräftats av forskarna Erika Falkenström och Anna T Höglund som i sin studie *På spaning efter etik* (Appell förlag 2018) fann just detta. Behovet av en etisk analys av vårdpolitiken betonas även av SMER i skriften *Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys* (SMER 2019:2) samt i boken *När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ* av Göran Dahlgren utgiven av Arena Idé och Gemensam Valfärd 2018

Etikgruppens frågor

1. Kan man ur ett lika-människovärdesperspektiv acceptera en initialt högre covid-19-dödlighet/sjuklighet för att det på sikt – genom högre immunitet/flockimmunitet – bidrar till minskad smittspridning?

Vilka de relevanta parametrarna skall vara när man beskriver pandemiförloppet med ett internationellt perspektiv är en svår fråga. Ett av de mer robusta mått som föreslagits för internationella jämförelser är det som kan kallas ”netto-överdödlighet”, dvs hur stor dödligheten varit i jämförelse med samma period föregående år uttryckt i procent. Fördelen med den typen av mått är att måttet på nettoöverdödlighet inte är känsligt för hur man ställt diagnosen covid-19 och inte heller för i vilken utsträckning man specifikt testat om infektionen föreligger. Inte heller är måttet känsligt för om alla som avlidit och som bedömts ha covid-19-infektion räknas in som covid-19-dödsfall eller om man även bedömt huruvida personen dött just av infektionen eller avlidit av någon annan sjukdom men råkat ha infektionen samtidigt. Inte heller netto-överdödlighet är oantastligt som mått i internationella jämförelser. Det är man jämför med kan t ex ha varit ett år med låg dödlighet och då kan nettoöverdödligheten framstå som mycket hög under pandemiåret utan att detta återspeglar en relevant verklighet. Det omvända gäller förstås också. Om vi emellertid accepterar netto-överdödlighet i internationella jämförelser visar det sig att Sverige har haft en betydligt högre

netto-överdödlighet än våra nordiska grannländer. I ett europeiskt perspektiv finns det flera länder som haft en större netto-överdödlighet än Sverige men också flera som haft betydligt lägre. Men skillnaden mellan Sverige och våra nordiska grannar är så stor att skillnaden sticker i ögonen. Vi har så stora likheter i folkhälsa, sjukvård och demografi att vi borde likna varandra i pandemidödlighet. Även när det gäller antalet konstaterade fall totalt sett ligger Sverige högt i ett västereuropeiskt perspektiv, särskilt i jämförelse med de nordiska grannländerna. Vår principiella etiska fråga är därför relevant, i synnerhet som olika länder ganska snabbt har etablerat sig i en låg- eller en höggrupp där de sedan tenderat att ligga kvar relativt andra länder. Allt detta kommer så småningom att kunna redas ut i vetenskapligt samarbete.

Det avgörande problemet i Sverige när det gäller den höga smittspridningen med åtföljande hög dödlighet och sjuklighet var att man hade bristande resurser och beredskap inom det regionala och lokala smittskyddsarbetet. Ansvaret för det regionala smittskyddet fördes över från länsstyrelserna/länsläkarorganisation till landstingen/regionerna någon gång på 1980-talet. Meningen var då att landstingen dels skulle bygga upp smittskyddsenheter och dels skulle kunna ta i anspråk andra delar av sjukvården - i första hand primärvårdsorganisationen - om man behövde ytterligare lokala resurser exempelvis för testning och smittspårning. Detta låg också i linje med tanken på en primärvård med nära kontakter med den kommunala sjukvården och framför allt med ett folkhälsoansvar på områdesnivå.

Genomförandet av den stora reformen med namnet “Vårdvals-system”, framförallt i Stockholm, slog sönder alla möjligheter till att bygga upp en områdebaserad lokal sjukvårdsverksamhet med folkhälsoansvar. Istället har sjukvården i allt högre grad förvandlats till en efterfråge- och marknadsstyrd serviceverksamhet utan något ansvar för befolkningens hälsa. Inom en sådan organisation är det mycket svårt att bedriva någon smittskyddsverksamhet och exempelvis stödja äldreomsorgen när det gäller att förebygga smittspridning. Hela den sk vårdvalsreformen genomfördes utan att man analyserat konsekvenserna för folkhälsoarbetet, som också innefattar smittskyddet och beredskapen för pandemier. Detta är en stor samhällsetisk fråga.

Ett starkt skäl att välja en strategi som resulterar i få fall i ett initialskede är att vi i detta fall hade att göra med en virussjukdom vars egenskaper var okända. Det ledde i sin tur till helt oväntade komplikationer och sjukdomsförlopp vilket enligt vittnesmål från behandlande personal ofta ledde till svår etisk stress och en stark känsla av otillräcklighet i initialskedet. Om man hade lyckats skjuta upp massinsjuknanden i detta skede skulle stresskomplikationerna hos personalen ha minskat avsevärt. I så fall skulle fler insjuknanden ha ägt rum i ett senare skede då man fått bättre kunskaper om sjukdomen

Vår slutsats:

Sverige hamnade i en situation som medförde snabb smittspridning och hög dödlighet, i synnerhet i ett nordiskt perspektiv. Det går inte att säkert veta vad detta beror på men en delförklaring kan vara den relativt liberala strategin som valdes. Det svenska samhället har varit mindre ”nedstängt” och samtidigt i många avseenden mindre väl rustat än övriga nordiska samhällen för en pandemi. I början av året talades det mycket om hur snabbt ”flockimmunitet” skulle kunna uppnås och matematiska modeller för en sådan diskuterades. Från Folkhälsomyndigheten förnekar man att huvudstrategin skulle ha varit att så snabbt som möjligt uppnå sådan immunitet men i praktiken har ändå den svenska strategin haft tydliga sådana drag. I efterhand kan man tycka att detta var äventyrligt eftersom sjukdomen visade

sig vara mer oberäknelig och farligare än förväntat. Ur etisk synpunkt kan strategin ses som tveksam eftersom en försiktighetsprincip borde ha varit vägledande. Den etiska principen om alla människors lika värde förutsätter att man vid varje tillfälle försöker minimera antalet smittade och döda. Den svenska strategin har som vi uppfattat det mer inriktats mot att bromsa och i tiden sprida snarare än minimera smittspridningen vid varje tillfälle. Effekten av detta är sannolikt en onödigt hög covid-19 relaterad dödlighet, sjuklighet och fler senkomplikationer än med en mindre liberal strategi. Kraftfulla och snabbare åtgärder initialt innebär också att belastningen på sjukvården blir mindre än vid en mer liberal strategi. Ytterligare ett argument för detta är att kunskaperna om denna nya sjukdom har förbättrats efter hand. I starten har, enligt flera vittnesmål, sjukdomens förlopp överraskat de behandlande läkarna. Risken för sådana överraskningar minskar när man lär sig mer om sjukdomen vilket i sig talar för att man inte skall tillåta en hög initial smittspridning när en pandemi med okända egenskaper drabbar ett land. Detta talar också för att både patienter och personal skulle ha haft en bättre situation om massinsjuknanden initialt kunnat minimeras.

Fråga: Borde vi om Sverige drabbas av någon ny pandemi vars egenskaper är okända i initialfasen tillämpa en något mindre liberal strategi för vårt land?

2.Strider överdödligheten och det höga antalet smittade på många särskilda boenden mot principen om alla människors lika värde och gällande professionella etiska principer?

Ett utmärkande drag i den svenska pandemisituationen är att det har varit en hög dödlighet i covid-19 bland äldre. Om man tittar på boendeformer finner man vidare att överdödligheten bland äldre är särskilt tydlig bland de som bott i så kallade särskilda boenden. Hur detta skall förklaras är inte uppenbart. Bland annat pågår en ingående utredning på IVO med genomgång av journaler efter avlidna patienter från särskilda boenden. Särskilt boende kan ses som en intermediär form av boende. De som bor i sådana institutioner har ofta hamnat där därför att de har någon form av sjukdom eller handikapp. Det gör att de kan ha större risk för komplikationer vid ett insjuknande i covid-19. På motsvarande sätt kan äldre som bor i eget boende ses som en friskare grupp med mindre risk för komplikationer vid ett covid-19-insjuknande. Men detta kan endast vara en del av förklaringen eftersom variationen mellan olika boenden är mycket stor. På vissa särskilda boenden har man inte haft någon dödlighet alls medan andra ställen haft en hög covid-19-relaterad mortalitet. I diskussionen har många saker tagits upp, t ex att det inte funnits skyddsutrustning i förråd och att sådan varit svår att få fram, att personalen varit dåligt utbildad i sjukvård, att bristande kommunikation om smittspridningsinstruktioner pga språkproblem förekommit både bland personal och boende och att personalen rekryterats från områden med trångboddhet där de inte kunnat skydda sig mot smittspridning. I samhällsdiskussionen har det nämnts att sparsamhetsiver och tendenser till vinstmaximering skapat resursbrist och för smala marginaler. Detta är en samhällsetisk diskussion som är av stor betydelse för vår framtida hantering av pandemier. I vissa regioner drivs en hög andel av de särskilda boendena i privat regi. Detta har med största sannolikhet drivit på utvecklingen mot lägre personaltäthet, mindre omfattande undervisning av personal och mindre förråd etc. Men den trenden har de offentligt drivna verksamheterna tvingats gå med i ”av överlevnadsskäl” och därför kan det vara svårt idag att analysera om smittorisk och vanvård i äldreboenden skiljer sig mellan offentligt och privat drivna verksamheter. Spridningen mellan olika privat drivna organisationer är också stor. En del har höga vårdmässiga ambitioner.

Vår slutsats:

De äldre som bor i särskilda boenden har utsatts för stora risker. Det är etiskt oförsvarbart att skyddsutrustning varit svår att få tag i, att instruktioner till personal har brutit och att en genomgripande strategi saknats. Man kan rent allmänt konstatera att resurserna varit alldeles för små för att man skulle kunna hantera en pandemi av denna omfattning. Detta är en samhällsetisk fråga. I fortsättningen måste man sköta planeringen bättre. Det har påpekats att vinstmaximering och rationalisering har drivits för långt både i offentligt och privat driven verksamhet. Rationaliseringsivern måste tyglas med tydliga föreskrifter och förbättrade lagar.

Fråga: Satsar vi i Sverige tillräckligt när det gäller skyddsutrustning, utbildning av personal och riktlinjer beträffande akuta medicinska vårdformer för äldre i en liknande situation i framtiden? Är ny lagstiftning nödvändig med frizoner mot vinstmaximering så att de äldres rätt till trygg vård kan garanteras?

3 Har urvalet till mer intensiva vårdformer skötts på ett etiskt försvarbart sätt?

En annan diskussion som är relaterad till ovanstående har handlat om hur personalen har instruerats att hantera insjuknanden hos boende. Hur har kommunikationen sett ut med sjukvården? Vilka med covid-19 har skickats till sjukhus? Hur har man hanterat ålderskriteriet? Läkarsällskapet har tidigare (före pandemin) publicerat ett dokument med tydliga etiska principer för hantering av sådana situationer. Där betonas att i situationer med brist på vårdplatser och utrustning för en viss typ av vård de patienter skall gynnas som har den största potentiella nyttan av just den vården. Till det kan man också lägga att en riskfaktor som medför att en viss behandling innebär risk för permanent skada (t ex långvarig behandling med övertryck i respirator som kan ge kroniska skador i lungorna) utgör ett negativt urvalskriterium. Eftersom äldre människor jämfört med yngre har fler riskfaktorer i form av hjärt- och lungsjukdomar, diabetes och inflammatoriska tillstånd kommer ålder att finnas med i sådana bedömningar. Men att använda kronologisk ålder som enda urvalskriterium är absolut inte etiskt försvarbart. Inför nästa pandemi måste man arbeta fram ett bättre samband mellan äldrevård och sjukvård och man måste också formulera tydliga instruktioner till personalen när det gäller beslut om vårdform för smittade.

I några vittnesmål som finns tillgängliga är det tydligt att medicinsk kompetens inte utnyttjats eller inte funnits tillräckligt lättillgänglig för att kloka beslut om hänvisning av personer i särskilt boende till akutvård kunnat fattas. Ibland har personer skickats för sent. Bristen på medicinsk kompetens i äldrevården är ett systemfel som utvecklats under åren från 1992 när Ädelreformen infördes. Tidigare hade långvårdssjukhusen egna läkare medan äldre i hemmen hade sin läkarkontakt i primärvården. Kommunerna fick genom Ädel ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade och genom detta ta över en del ansvar som tidigare legat på landstingens sjukvårdssektor. Dock innebar reformen att kommunerna inte tilläts anställa läkare. De geriatriner som tidigare arbetade på långvårdssjukhusen gick till den slutna vården. De nya särskilda boendena som skulle göra vården mindre medikaliserad fick förlita sig på en redan pressad primärvård.

Vårdtyngden på äldreboendena har ökat kraftigt sedan Ädel-reformen utan att de medicinska resurserna har ökat i motsvarande grad. Läkarna fungerar på många håll som konsulter utan direkt koppling till varje äldreboende. Även sjuksköterskor kan ses som konsulter, speciellt under jourtid, vilket ger övrig vårdpersonal ett stort ansvar att bedöma de boendes medicinska tillstånd.

Man kan konstatera att de reformer som genomförts sedan 1990-talet på många ställen gjorde att en del fast utrustning för syrgastillförsel togs bort från särskilda boenden. Säkert skulle en del av de patienter som skickades in i ett för sent skede till sjukhusen ha kunnat vårdas på sitt boende med bl a syrgastillförsel (efter konsultationer med läkare). Covid-19 har ju överraskat många genom att även ganska extremt låg syremättnad i blodet inte verkar att öka behovet av ökad andning varför en del patienter gravt underskattat allvaret i sitt tillstånd vilket i vissa fall lett till dödsfall. Förhöjd syremättnad kan också minska risken för inflammatoriska tillstånd.

Vad som möjligen kan tala för att en ganska hård prioritering av vilka patienter som fått intensivvård har ägt rum är att en del extraordinära resurser skapades som sedan inte alls utnyttjades. Ett bra exempel är det fullt utrustade militärsjukhus som byggdes upp i Älvsjö. Det kom aldrig att användas.

Vår slutsats:

Mycket tyder på att äldre personer ”sorterats bort” på felaktiga grunder vilket strider mot grundläggande etiska principer om alla människors lika värde. Detta måste förbättras och det innebär bättre tillgång till medicinsk kompetens på särskilda boenden och förändrad kommunikation mellan dessa boenden och regionvården. Kommunerna bör få möjlighet att anställa läkare och ett större antal sjuksköterskor så att ett samlat ansvar rörande hälso- och sjukvård kommer till stånd på äldreboenden.

Fråga: Hur kan vi garantera att äldreboenden får tillgång till läkare och sjuksköterskor och förbättring av kunskaperna om etiska ställningstaganden i akuta bedömningar av sjukvård för äldre. Hur kan samarbetet mellan kommunerna och regionerna i detta avseende förbättras? Är lagändring nödvändig när det gäller tillgången till medicinsk kompetens på äldreboenden?

4. Har man tagit hänsyn till socioekonomiska faktorer i samhället – dvs att coronapandemin drabbar socioekonomiskt och yrkesmässigt utsatta grupper extra hårt? Denna samhällsetiska fråga har stor betydelse i pandemihantering och försummas i debatten.

Coronapandemin slår hårdast mot arbetare, låginkomsttagare och invandrare från vissa utomeuropeiska länder. Personer som är utrikesfödda är i högre grad arbetslösa, har sjuk-/aktivitetsersättning, mer problem med ekonomi, saknar socialt stöd och uppger sämre hälsa jämfört med befolkningen i genomsnitt. Andelen smittade är mycket högre i Rinkeby än på Östermalm. Utgångsläget är olika i socioekonomiskt olika områden när covid-19-pandemin utbryter. Redan ”från början” är den förväntade livslängden betydligt kortare i socialt och ekonomiskt missgynnade områden t ex i Stockholms län, och det betyder också att risken för dödsfall och andra komplikationer av covid-19 är betydligt större i dessa områden än i andra.

Yrken med den högsta relativa risken att smittas är olika serviceyrken. Så t ex drabbas taxiförare och busschaufförer som har kontakt med ett stort antal människor lättare av covid-19-smitta.

Coronastrategin borde utformas utifrån dessa gruppers vardagsverklighet med till exempel trångboddhet i invandrartäta områden och ett beroende av kollektiva färdmedel för alla som inte kan arbeta hemifrån och saknar bil. Det är vidare av strategisk folkhälsobetydelse att beakta och på sikt försöka minska den mycket högre andel av befolkningen bland låginkomstgrupper som har underliggande sjukdomar som ökar risken för komplikationer även vid covid-19-sjukdom, t ex lungsjukdom, diabetes och hjärtkärlsjukdom. Detta är ett

perspektiv på coronapandemin som ofta försummas trots att det är av samma betydelse som överdödligheten och smittspridningen bland äldre.

Vår slutsats

Socioekonomiska perspektiv är viktiga att ta hänsyn till i samhällsplaneringen för en ny pandemi med okända egenskaper. Det handlar både om preventivt folkhälsoarbete som minskar risken för allvarliga komplikationer vid akuta virusangrepp och om dimensionering av sjukvårdsresurser – i områden med en hög andel låginkomsttagare och invandrare bör tillgången till intensivvård och antalet sjukhussängar vara större än i andra områden. Resurserna skall alltså fördelas enligt behovsprincipen som är grundläggande i den etiska planeringen. Ett kraftfullt förslag för att råda bot på den stora överrisken för komplikationer i socioekonomiskt utsatta områden är att skapa socialmedicinska team som ges resurser att arbeta preventivt.

Fråga: Hur tillgodoser vi de socioekonomiskt utsatta gruppernas särskilda behov av preventivt arbete inför en eventuell ny pandemi i framtiden? Skulle inte införandet av socialmedicinska team vara en lämplig åtgärd?

5. Är det oetiskt att inte rekommendera munskydd? Borde inte behovs- och försiktighetsprincipen liksom vetenskap- och beprövad erfarenhet leda till rekommendationer/krav på munskydd?

Diskussionen om munskydd har blivit allt intensivare, och vid Folkhälsomyndigheten har man fått frågor om och kritiserats för att man inte går ut med rekommendation om munskydd i specifika situationer t ex i kollektivtrafik. Debatten om denna fråga har periodvis varit osaklig och det är uppenbart att olika debattörer har läst en del vetenskapliga publikationer felaktigt. Så t ex har vissa debattörer hävdade att en artikel i Lancet (Chu et al, Vol 395 June 27, 2020) visat att det finns övertygande bevis för att ansiktsmask skyddar mot smitta. Men det är inte vad författarna av Lancetartikeln säger själva. Artikeln handlar till en mindre del om ansiktsskydd, de flesta studier som inkluderats i översikten handlar om fysiskt avstånd (som bedöms ha ett vetenskapligt bevisat värde). De har använt en "Cochrane"-inspirerad teknik för att värdera evidensen i tillgänglig internationell vetenskaplig litteratur. Det har inte funnits några randomiserade studier av effekten av ansiktsskydd mot covid-19-smitta och de inkluderade observationsstudierna (som är något mindre tillförlitliga än randomiserade) handlar mest om skydd mot SARS, inte om skydd mot covid-19. Författarna sammanfattar läget med att säga att enligt GRADE (som är den skala som används) den vetenskapliga evidensen ligger på grad 2 av 4 möjliga, vilket innebär svag evidens. Icke desto mindre bör en försiktighetsprincip gälla när det handlar om ett livsfarligt virus. WHO, Europeiska smittskyddsorganisationen och i stort sett alla västeuropeiska länder inklusive Norge, Danmark och Finland förordar munskydd i kollektivtrafiken, i affärer och andra offentliga platser inomhus samt i äldreomsorgen där det finns risk för smittspridning. Endast i Sverige finns ännu inte dessa rekommendationer trots att många forskare även här förordar detta.

Även om det vetenskapliga läget är oklart tycks det vara så att munskydd av godkänd kvalitet dels ger visst skydd mot att sprida smitta och dels ger visst skydd mot att bli smittad. Det finns således av solidaritetsskäl anledning att alla uppmanas använda munskydd i vissa situationer. Det räcker inte med att stanna hemma om man känner sig sjuk eftersom alla som sprider smitta inte känner sig sjuka - man anser att presymptomatiska smittbärare kan smitta. Dessutom finns starka skäl att informera om att man i viss utsträckning kan skydda sig från att

bli smittad genom att bära munskydd i situationer där man inte kan hålla rekommenderat fysiskt avstånd.

Det vetenskapliga stödet när det gäller negativa effekter av munskydd är mycket begränsat även i jämförelse med vad man vet om de positiva effekterna. Rekommendationer om munskydd måste dock kombineras med noggrann information om hur ansiktsskydd skall vara utformade och hur de skall användas för att vara effektiva. Det kan också vara så att ansiktsskydd kan ha en psykologisk effekt som handlar om att människor påminns om riskerna och blir bättre på att följa andra rekommendationer. Härigenom blir frågan om munskyddets vara eller icke vara en samhällsetisk fråga. Hur kan vi med enkla medel förstärka människors villighet att hålla avstånd och tänka på att ha god handhygien så att vi tar gemensamt ansvar? Munskyddet påminner oss om att vi har ett gemensamt ansvar.

Vår slutsats

Trots att det vetenskapliga stödet för munskyddens smittbegränsande effekt är svagt när det gäller covid-19 kan det av samhällsetiska skäl finnas anledning att införa mera tydliga rekommendationer om att man skall bära munskydd i specifika situationer, t ex i kollektivtrafiken eller i samlingar i vilka rekommendationer om att hålla avstånd inte kan tillämpas. Även inom äldreomsorg bör det införas krav på munskydd när det finns risk för smittspridning.

Fråga: Bör, trots att det vetenskapliga läget är oklart, råden om munskydd göras mer enhetliga inför nya pandemiutbrott?

6. Privata sjukvårdsförsäkringar.

Den långa och plågsamma perioden med extrem belastning av covid-19-fall i den svenska sjukvården har gjort att många operationer har ställts in. Det kan t ex handla om cancerpatienter som löpt risken att se sin sjukdom sprida sig med metastaser och om patienter med svåra smärtor i en höftled som gör det omöjligt att gå. Smärttillståndet är i sig inte dödande men det leder till ett svårartat stresstillstånd som kan påskynda uppkomsten av andra sjukdomar. Smärtan utgör i sig ett svårt lidande och kan leda till sömnlöshet och missbruk av mediciner. Många patienter är i denna situation. De utgör "vårdskulden". Man diskuterar nu hur sjukhusen skall hantera den stora vårdskulden.

Personer med privata sjukvårdsförsäkringar får idag förtur – en "gräddfil" – till vård hos i första hand privata vårdgivare som ger vård åt offentligt finansierade patienter. Vid brist på kvalificerad medicinsk kompetens (läkare och sjuksköterskor) innebär det att offentligt finansierade patienter trängs undan och får vänta ännu längre på den vård de behöver. Ofta har dessutom de privatförsäkrade patienterna som ges denna förtur ofta mindre vårdbehov jämfört med de offentligt finansierade patienterna. Dessa effekter är väl dokumenterade även om man inte vet i vilken omfattning privatfinansierade patienter trängs undan offentligfinansierade patienter.

Den gräddfil för privatförsäkrade personer som beskrivs ovan strider mot såväl hälso-och sjukvårdslagens övergripande mål om en behovsbaserad vård på lika villkor som människovärdes och behovs-solidaritetsprinciperna i den etiska plattform för hälso-och sjukvården som riksdagen fastställt.

Under coronapandemin med stora uppdämda vårdbehov (vårdskulden) och omfattande rehabiliteringsinsatser av covid-19-patienter skärps alltså kraven på en rättvis och behovsbaserad vård. Det stora lidande som t ex de många uppskjutna operationerna innebär får inte förlängas ytterligare genom att privatförsäkrade kan köpa sig förtur till vård.

Vi delar Svenska Läkarsällskapets bedömning att det inte är förenligt med de etiska principer riksdagen fastställt ”att samhället legitimerar ett system med privata sjukvårdsförsäkringar som genväg till vård för utvalda grupper. (Svenska Läkarsällskapets uttalande 12 februari 2020). De ”utvalda grupper” som gynnas är främst privatförsäkrade välutbildade män i yrkesverksamma åldrar med mindre vårdbehov som har relativ hög medelinkomst och utbildning. De offentligfinansierade patienter som missgynnas är i hög grad äldre med större vårdbehov som har lägre medelinkomst och utbildning samt andra med vårdkrävande kroniska sjukdomar.

Mot denna bakgrund välkomnar vi regeringens beslut att tillsätta en utredning med uppgift att föreslå ett regelverk/lagar som förhindrar att privatförsäkrade går före offentligt finansierade patienter i vårdkön. I avvaktan på en eventuell statlig reglering bör regionfullmäktige i berörda regioner säkerställa att väntetiderna för skattefinansierade patienter aldrig förlängs ytterligare genom att privatförsäkrade patienter ges förtur i vårdkön. Detta kan till exempel ske genom att man i förfrågningsunderlag och avtal anger som ett villkor för offentlig finansiering vid privat drift att vårdgivaren inte får erbjuda snabbare vård för privatfinansierade patienter. En sådan reglering skulle samtidigt innebära att offentligt finansierade patienter som erhåller vård hos en privat vårdgivare får samma skydd mot att trängas undan av privatfinansierade patienter som finns för den offentligt drivna vården.

Vår slutsats:

För att det skall bli en rättvis och behovsbaserad prioritering bör säkerställas att privatförsäkrade inte kan ges förtur i vårdkön. Detta kan ske genom att ansvariga politiker anger som villkor för offentlig finansiering att de privata vårdgivarna (vårdcentraler, specialistmottagningar och sjukhus) inte ger förtur till privatförsäkrade patienter. Detta gäller redan för den offentligt drivna vården med ett möjligt undantag för Region Stockholm där den borgerliga majoriteten strävat efter att även öppna offentligt driven vård för privatfinansierade patienter.

Fråga: Hur garanterar vi att personer med privata sjukvårdsförsäkringar inte på ett otillbörligt sätt ”går före i kön” i den situation med uppdämda behov som uppstått efter pandemiutbrottet?

Avslutning: Det är vår förhoppning att Coronakommissionen beaktar våra synpunkter och förslag. Vi välkomnar naturligtvis alla möjligheter till dialog med representanter från kommissionen kring etiska analyser och bedömningar relaterade till Coronapandemin.

Stockholm 12.9.2020

Ulla Bertling, fil.dr. Specialist i klinisk psykologi <ulla.bertling@gmail.com>

Göran Dahlgren, fd chef för Socialdepartementets Sjukvårdsenhet och professor
<dahlgrengoran@hotmail.com>

Jan Halldin, medicine doktor, fd överläkare och klinikchef inom beroendevården i Stockholms län <jan.halldin@gmail.com>

Töres Theorell, läkare och professor <tores.theorell@ki.se>

Irene Wanland, journalist <irene.wanland@gmail.com>

Per Åmark, barnläkare, docent <perbarbro@gmail.com>

Medlemmar i Medborgarnas Coronakommissions Etikgrupp