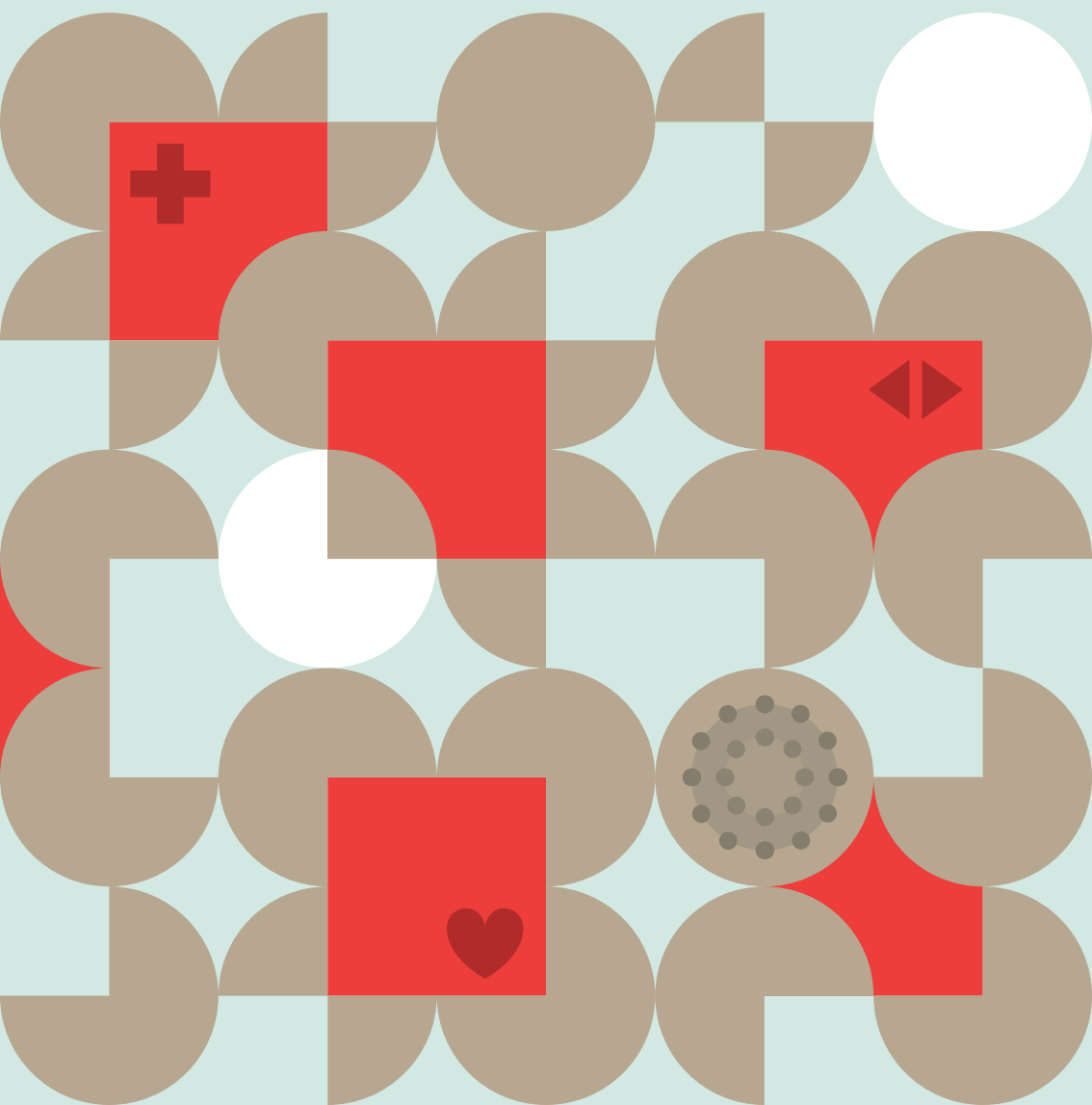


SVENSK PANDEMIBEREDSKAP I ORGANISATIONSETISK BELYSNING



ERICA FALKENSTRÖM

EMPIRISK ANALYS OCH
ÅTGÄRDSFÖRSLAG FÖR
FRAMTIDA PANDEMIER





FORSKNINGSRAPPORT 2021:1
INSTITUTET FÖR FRAMTIDSSTUDIER
STOCKHOLM

SVENSK PANDEMIBEREDSKAP I ORGANISATIONSETISK BELYSNING

EMPIRISK ANALYS OCH ÅTGÄRDSFÖRSLAG
FÖR FRAMTIDA PANDEMIER

ERICA FALKENSTRÖM

FÖRORD

På flera håll pågår ett intensivt arbete med att ta fram kunskap och att lära av de erfarenheter som gjorts under coronapandemin för att vi ska kunna stå bättre rustade inför framtida pandemier och kriser. Den här rapporten bidrar med kunskap om styrning av offentligt finansierad hälso- och sjukvård, med fokus på etiska aspekter. Sådan kunskap är viktig eftersom styrningen påverkar de praktiska möjligheter som vårdens medarbetare har att utföra sina arbetsuppgifter och därmed att värna människors liv, hälsa och värdighet.

Rapporten vänder sig till beslutsfattare på samtliga nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, till policy- och verksamhetsutvecklare och till en intresserad allmänhet. Studien har finansierats inom ramen för Fortes specialutlysning om välfärdens organisation, kvalitet och processer – och utgör en del av den vetenskapliga rapporteringen från projektet *Makten över kunskapsunderlagen: Innehåll, tillkomst och konsekvenser* (Diariennr. 2018-01558).

Inför slutredigeringen har rapporten lästs, kommenterats och diskuterats av flera personer. Jag vill rikta ett varmt tack för värdefulla synpunkter till mina projektmedarbetare Anna T. Höglund, docent i etik vid Uppsala universitet och Stefan Svallfors, professor i sociologi vid Institutet för framtidsstudier, till Shirin Ahlbäck Öberg, professor i statskunskap vid Uppsala universitet samt ledamot i Coronakommissionen, Folke Tersman, professor i praktisk filosofi vid Uppsala universitet samt Institutet för framtidsstudier, till Camilla Lif, kyrkoherde i Katarina församling och ledamot i Coronakommissionen, samt till Gunilla Silfverberg, seniorprofessor i vårdetik vid Ersta Sköndal Bräcke högskola – och sist men inte minst till medlemmar i en arbetsgrupp vid Statens medicinsk-etiska råd, Smer: Göran Collste, professor emeritus i tillämpad etik vid Linköpings universitet, Nils-Erik Sahlin,

professor i medicinsk etik vid Lunds universitet, Mikael Sandlund,
professor i psykiatri vid Umeå universitet och Lotta Eriksson, huvud-
sekreterare i Smer.

Värmdö i maj 2021
Erica Falkenström

INNEHÅLL

FÖRKORTNINGAR	9
ABSTRACT	11
SAMMANFATTNING	14
1. INLEDNING	17
1.1 Uppmärksammade brister i svensk pandemiberedskap	18
1.2 Styrning, ekonomi och etik	19
1.3 Etikens funktion vid en pandemi	22
2. PROBLEM OCH SYFTE	29
3. ORGANISATIONSETIK INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	33
3.1 Förvaltningsetik	35
3.2 Omsorgsetik	37
4. STUDIENS DESIGN	43
4.1 Datamaterialet	44
4.2 Analysen	47
4.3 Kunskapsbidrag	47
5. RESULTAT OCH DISKUSSION	51
5.1 Etik i policydokument inför en pandemi	51
5.2 Etik i policydokument under coronapandemin	60
5.3 Diskussion	80
6. AVSLUTNING	89
REFERENSER	93
Empiriskt datamaterial, policydokument	97

FÖRKORTNINGAR

ASIH	Avancerad sjukvård i hemmet
CFS	Clinical Frailty Scale
FHM	Folkhälsomyndigheten
FORTE	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
MSB	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
NPM	New Public Management
PD	Policydokument
SCB	Statistiska centralbyrån
SKL	Sveriges kommuner och landsting (numera SKR)
SKR	Sveriges kommuner och regioner (tidigare SKL)
Smer	Statens medicinsk-etiska råd
SÄBO	Särskilt boende för äldre
WHO	World Health Organization

I rapporten benämns organisationer med det namn dessa hade vid tidpunkten för publicering av de källor som refereras till.

ABSTRACT

Background

According to Swedish law, all health care provision should be underpinned by ethical values and norms. For instance, the Swedish Health Care Act prescribes that healthcare should be provided according to needs and with respect for each person's human dignity. However, a pandemic puts serious strain on the health care system. Decision-makers may be forced to make more difficult priorities than usual and health care professionals are exposed to significant stress and risk of infection. Robust preparedness and organization are therefore required to achieve society's goals of protecting the population's life and health, as well as society's fundamental democratic values and functionality. Previous research has drawn attention to different aspects of pandemic preparedness, for instance organizational collaboration, priority-setting, and ethical challenges to the organization and practice of the public health care system. However, empirical research concerning pandemic preparedness from an organizational ethics perspective in health care is scarce.

Purpose

The purpose of this report is to contribute knowledge about organizational ethical aspects of the Swedish pandemic preparedness. More specifically, key policy documents aimed at guiding health care practice – before a pandemic and during the Covid-19 pandemic – has been analyzed regarding the purpose of the policy documents, their ethical content, and the attention given to value conflicts and the recipient organizations' ability to comply with fundamental ethical

requirements. Based on the results, concrete proposals are given to strengthen the health care system's preparedness and capacity for ethical responsibility in relation to the goal of the Swedish pandemic preparedness – and thus reduced vulnerability – for future pandemics.

Method

12 policy documents were included by a strategic selection. The following criteria was used: The policy document must refer to preparedness for a crisis/pandemic, they must be developed by central authorities or one selected region, they should be aimed at other parts of the welfare system and must refer to health and medical care in regions and municipalities. A thematic content analysis guided by the purpose and research questions was performed. With the intention to draw attention to key organizational ethical aspects in the policy documents a structured question guide was produced and used in the analysis.

Results

The analysis shows that purposes and essential ethical values prescribed by law, such as the principle of human dignity, tended to be reduced and even drained of their ethical content in the policy documents. Fundamental aspects of organizational ethics in health care (including an ethics of care) were also missing. For instance, overall, the purpose of health care has not been properly indicated in the policy documents, and no attention was given to the receivers' prerequisites to take ethical responsibility for conflicts of interest that occur and to apply the policy documents during the pandemic. Moreover, by presenting new national principles for priorities during the ongoing pandemic, which in addition deviated from the Health Care Act, The National Board of Health and Welfare may have misled priority decisions and increased the moral stress among healthcare staff rather than reduced it. Thus, during the Covid-19 pandemic health care providers may have had insufficient organizational conditions, political guidance, and administrative support to act ethically in relation to the goal of the Swedish preparedness for crisis and pandemics.

Implications

In order to maintain the ethical value system that the Swedish constitution and the Health Care Act are ultimately based on – and to promote social trust and a long-term sustainable and robust welfare system – ethics needs to be taken more seriously and given legitimacy by being organized into the every-day practices in the healthcare system.

SAMMANFATTNING

Hur förhåller det sig med den svenska pandemiberedskapen? Enligt svensk lag ska all offentligt finansierad vård ges efter behov, på lika villkor och med respekt för varje människas värdighet. Men en pandemi kan utgöra en tung belastning på hälso- och sjukvården. Beslutsfattare kan tvingas att göra svårare prioriteringar än vanligt och vårdpersonalen kan utsättas för betydande stress och infektionsrisk. Det krävs därför en robust organisation och beredskap för att kunna uppnå samhällets mål att skydda befolkningens liv och hälsa samt samhällets grundläggande demokratiska värderingar och funktionalitet.

Den här rapporten bidrar med kunskap om organisationsetiska aspekter av samhällets pandemiberedskap – och därmed om förutsättningar för etiskt ansvarstagande i hälso- och sjukvårdssystemet. I centrum står myndigheternas och exemplet Region Stockholms styrning av hälso- och sjukvården. Mer konkret analyseras policydokument avsedda att styra aktörer i kommuner och regioner, samt i hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens verksamheter. Några policydokument togs fram före coronapandemin, andra medan den pågick. Analysen visar att lagstadgade etiska mål, principer och värden tenderade att tömmas på sitt etiska innehåll i policydokumenten. Analysen visar också att centrala organisationsetiska aspekter och omsorgsetiska förhållningssätt i flera fall saknades. Därmed kan chefer och medarbetare i hälso- och sjukvårdens verksamheter under pandemin också ha saknat nödvändig styrning/tillräckliga förutsättningar för att i sin tur kunna ta förväntat etiskt ansvar i pandemiarbetet. Resultaten både förstärker och förstärks av tidigare forskning om etisk kompetens och ansvarstagande för ledning och styrning av hälso- och sjukvården.

En slutsats är att lagstadgade etiska mål, värden och principer samt etisk reflektion och analys överlag gavs en mycket blygsam betydelse i

centrala policydokument som rör den svenska pandemiberedskapen. För att ge det etiska värdesystem som svenska grundlagar och hälso- och sjukvårdslagen ytterst vilar på ett större genomslag – och för att främja ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem – så behöver etiken tas på större allvar och ges legitimitet genom att organiseras in i hälso- och sjukvårdssystemet.

1.

INLEDNING

Välfärdssystemets förmåga att skydda medborgarna och svara mot deras rättigheter utgör själva grunden för befolkningens förtroende för beslutsfattarna, och för den sociala tilliten i samhället. Förtroendet för beslutsfattarna sätts särskilt på prov i samband med kriser då normala förhållanden inte råder och svåra etiska ställningstaganden behöver göras vilka kan begränsa medborgarnas lagstadgade fri- och rättigheter. Riksdag och regering beslutar om övergripande ramar och principer för hur offentlig verksamhet ska ledas och organiseras. Enligt regeringsformen ska den offentliga makten utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Personlig trygghet och vård efter behov är exempel på andra grundläggande etiska värden, vilka är beroende av politikers och yrkesutövares personliga ansvarstagande för att kunna upprätthållas i praktiken. En grundläggande teoretisk utgångspunkt i den här rapporten är att utan nödvändiga och tillräckliga organisatoriska förutsättningar, så riskerar aldrig så väl formulerade och normerande etiska värden, principer och riktlinjer att bli kraftlösa i välfärdssystemets olika delar. För sitt yrkesutövande är sjukvårdens och omsorgens medarbetare helt enkelt beroende av den styrning, de resurser och den organisering som överordnade nivåer beslutar om. Det är därför rimligt att ställa etiska krav också på utformningen av vårdens styrning.

Rapporten bygger vidare på författarens tidigare forskning om etisk kompetens och ansvarstagande för såväl regional som lokal ledning och styrning av hälso- och sjukvården. Den här rapporten bidrar med ett organisationsetiskt perspektiv på myndigheternas styrning av hälso- och sjukvård i regioner och kommuner inför och i samband

med en pandemi. I detta perspektiv placeras hälso- och sjukvårdens syfte i centrum. Det innebär att all styrning, exempelvis system, modeller och verktyg för styrning, bör utformas så att dessa i första hand tjänar detta syfte. Den analys som genomförs tar som normativ utgångspunkt de väl etablerade etiska mål, värden och principer som är reglerade i svensk lagstiftning.¹

1.1 Uppmärksammade brister i svensk pandemiberedskap

Under coronapandemin har massmedierna rapporterat om ett antal brister i samhällets beredskap. Det har rört sig om oklara ansvarsförhållanden och prioriteringar, om bristande förutsättningar för en säker och trygg sjukvård och äldreomsorg, men också om bristen på medicin, material och skyddsutrustning.

Även myndigheter och forskare har identifierat brister i samhällets beredskap under pågående coronapandemi, inte minst beträffande hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens beredskap. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fann allvarliga brister hos regionerna i fråga om medicinsk vård och behandling på äldreboenden. IVO påtalade att covidsjuka äldre inte hade fått den individuella medicinska bedömning som de har rätt till.² I samband med IVO:s kritik uttryckte statsminister Stefan Löfven (s) att den var mycket allvarlig, att lagstiftningen är tydlig med vad medborgarna har rätt till och att regionerna inte har tagit sitt fulla ansvar.³ Flera politiker gav uttryck för att de brister i covidvården som IVO påvisat rörde sig om lagbrott som inneburit risktaganden över hela landet vilket satt människors liv och hälsa på spel.⁴

Enligt statscheffläkaren Thomas Lindén, avdelningschef på Socialstyrelsen, var de medicinska brister som IVO pekade på kända sedan tidigare. Redan före pandemin hade Socialstyrelsen konstaterat samma brister, utan att dessa blivit avhjälpna.⁵ Även statliga utredningar har tidigare uppmärksammat de äldres sårbarhet och behov i den

1. Se t.ex. Regeringsformen (1974:152); Hälso- och sjukvårdslag (2017:30); Socialtjänstlag (2001:453) och Regeringens proposition 1996/97:60

2. IVO (2020)

3. Gustafsson, Lagerwall & Olsson (2020)

4. Gustafsson (2020:1)

5. Gustafsson (2020:2)

kommunala sjukvården.⁶ Forskare har i sin tur betonat att äldreomsorgen sedan länge har låg status, att den är eftersatt och resursmässigt lågprioriterad. Majoriteten av personalen är kvinnor, lönen är låg, tidspressen hög, underbemanning är vanlig och många medarbetare är timanställda och saknar utbildning. Det har också skett en minskning av antalet platser på Sveriges äldreboenden vilket har fört med sig att de personer som bor där har mer komplexa medicinska behov än tidigare. Detta påverkar medarbetarna: *Allt fler känner sig kroppsligt och psykiskt uttröttade efter arbetsdagen och många vill sluta i jobbet*, upp gav professor Marta Szebehely med kollegor vid Stockholms universitet som också de påpekade att situationen varit känd länge och inte borde komma som någon överraskning.⁷ Att hälso- och sjukvårdens medarbetare är drabbade av hög arbetsbetsbelastning och etiskt betingad stress utgör ytterligare kända faktorer,⁸ liksom att styrsystemen pressat verksamhetschefer att göra prioriteringar på organisatorisk nivå som strider mot såväl läkareetik som lagstadgad prioriteringsplattform.⁹

1.2 Styrning, ekonomi och etik

Under senare decennier har önskan om ökad kostnadseffektivitet utgjort ett dominerande inslag i styrningen av den offentliga sektorn. Detta gäller inte minst inom hälso- och sjukvården där marknadsreformer införts för att skapa konkurrens mellan vårdgivare i syfte att öka både effektivitet och kvalitet. Filosofer har på senare tid framfört förslag om att principen om kostnadseffektivitet, vilken ingår i den etiska plattformen för prioriteringar, skulle ges en utökad roll.¹⁰ Detta har dock tillbakavisats av andra filosofer som argumenterat för att en sådan utökad roll skulle undergräva den av riksdagen och lagstiftningen högre prioriterade principen om alla människors lika värde. Vidare har förslaget tillbakavisats med argumentet att det inte är nuvarande praxis som ska avgöra vilka värderingar vi ska ha i samhället, utan att

6. Se t.ex. SOU 2001:6

7. Szebehely, Strandell & Stranz (2020)

8. Se t.ex. Aiken m.fl. (2012); Silén (2011); St Ledger m.fl. (2012); St Ledger m.fl. (2017)

9. Se t.ex. Falkenström (2012); Falkenström & Höglund (2018); Höglund & Falkenström (2018)

10. Sandman, Davidson, Helgesson & Juth (2018)

det snarare är värderingarna som ska ligga till grund för den praxis som samhället utvecklar.¹¹

De omfattande strukturella förändringar som genomförts under senare decennier har inneburit att hälso- och sjukvårdssystemet blivit alltmer fragmenterat. Offentliga uppgifter och ansvar för dessa har delats upp på många fler aktörer. Detta har gett upphov till nya krav på kontroll, liksom på samordning och samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare för att patienter inte ska falla mellan stolarna, utan få den vård och omsorg som de behöver. När det gäller vård och omsorg av äldre har både Socialstyrelsen och IVO under många års tid påtalat att det råder brister avseende samverkan.¹² För ett par decennier sedan avsåg regeringen att skapa incitament för gemensam vårdplanering och samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.¹³ De former och modeller som tillämpats för ekonomisk ersättning och utvärdering av verksamheterna har dock inte gett incitament för nödvändig och tillräcklig samverkan.¹⁴ De har snarare gett incitament att fokusera på den egna verksamheten, det egna uppdraget och de resultat som beställarna förväntar sig och betalar för. Av Coronakommissionens delbetänkande framgår att samverkan mellan kommuner och regioner på flera håll har fungerat bra och fått en skjuts framåt i samband med pandemin. Men trots detta påpekar kommissionen att det sannolikt krävs genomgripande förändringar i styrningen för att åstadkomma en operationell och kontinuerlig samordning mellan kommuner och regioner där varje aktör förmår att se till helheten.¹⁵

De styrformer (t.ex. resultatstyrning), styrmedel (t.ex. uppföljning) och verktyg (t.ex. indikatorer) som används sänder signaler till medarbetare och chefer i fråga om önskad inriktning på verksamheten och hur de ska agera. Det är väl känt att styrsignalerna inom svensk hälso- och sjukvård är många till antalet och kommer från olika håll. De är ibland motstridiga och svåra att tolka och det är inte alltid uppenbart vilka styrsignaler som är överordnade andra.¹⁶ I praktiken styr mer eller mindre koordinerade uppsättningar av regler och pro-

11. Hermerén & Sahlin (2018)

12. Se t.ex. Socialstyrelsen (2013); IVO (2017); SOU 2020:80

13. Regeringens proposition 2002/03:20

14. Se t.ex. SOU 2017:21; SOU 2017:56; SOU 2020:80

15. SOU 2020:80, s. 246 ff.

16. Se t.ex. Helgesson (2012); Nylinder (2020)

cedurer aktörernas samspel och beteende i organisationen. Dessa så kallade *institutioner* förser aktörerna med ett stabilt ramverk som minskar osäkerhet och ger kollektiva handlingar struktur.¹⁷ Sådana institutioner, styrmodeller och instrument, frambringar specifika effekter och handlingar. De är inte värdeneutrala.¹⁸

De styrmodeller som beslutas om på politiska och administrativa nivåer påverkar helt enkelt hur vårdens verksamheter lokalt organiserar sig, vilka mål de fäster sin uppmärksamhet vid, vilka prioriteringar de gör och hur de bedriver sin verksamhet. Den politiska och administrativa styrningen och dess utformning påverkar också det ledarskap som efterfrågas och medarbetarnas möjligheter att i praktiken använda sin professionella kompetens och värna de etiska mål och värden som lagen anger samt att följa de yrkesetiska riktlinjer som deras legitimation kräver. Det är därför rimligt att ställa etiska krav på hälso- och sjukvårdssystemets och styrmodellernas utformning.

Etiska utmaningar såsom mål-, värde- och intressekonflikter uppstår således inte endast i vårdens och äldreomsorgens verksamheter, utan i hög grad också på de politiskt styrda nivåerna inom staten, regioner och kommuner.¹⁹ Det kan handla om hälso- och sjukvårdssystemets funktionella utformning, resursfördelning samt vad och vem denna utformning och fördelning gynnar och missgynnar. Ett exempel är så kallade horisontella prioriteringar, vilka patientgrupper eller åkommor som ska prioriteras framför andra. Dessa prioriteringar uppfattas som regel vara politiskt känsliga eftersom de kan väcka stark kritik inom väljargruppen. Beslutsfattarna kan också behöva ta hänsyn till en Europagemensam kontext och andra resursstarka aktörsgupper, exempelvis inom läkemedelsindustrin. De etiska utmaningarna på denna (makro-) nivå handlar inte minst om regleringar och resurstilldelning, på vilka grunder detta görs och vilka politiska syften och mål som ska uppnås.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har nyligen påpekat att beslutsfattande vid en pandemi inte enbart baseras på fakta och vetenskapliga underlag, utan att de val som görs också kräver att beslutsfattarna tar ställning till olika värden och värdekonflikter.²⁰ Detta gäller natur-

17. March & Olsen (1989); Powell & Di Maggio (1991); Lascoumes & Le Gales (2007)

18. Lascoumes & Le Gales (2007)

19. Se t.ex. Falkenström & Höglund (2018)

20. Smer (2020)

ligtvis också under normala förhållanden. Smer har även påpekat att eftersom hälso- och sjukvården i Sverige i allt väsentligt är offentligt finansierad, så för det med sig krav på att dess styrning utformas utifrån fastställda mål och syften vilka återfinns i svensk lagstiftning.²¹ Smer betonar att ekonomin (resurserna) inte utgör ett mål i sig, utan ett medel som ska användas för att uppnå målen i hälso- och sjukvården. Rådet betonar vidare att etiska analyser behöver göras innan styrmodeller införs, men även av redan införda styrmodeller. För detta ändamål bedömer Smer också att *Etisk kompetens bland beslutsfattare på olika ledningsnivåer måste tillföras och utvecklas*.²² Under coronapandemin har Smer uppmärksammat behovet av ett nationellt etiskt ramverk för beslutsfattande inför framtida pandemier och framhåller följande principer för ändamålet: *Minimera skada och rädda liv, Människovärde, Personlig integritet och frihet, Rättvisa och jämlikhet, Vetenskaplig grund, Proportionalitet, Tillit, Solidaritet*.²³ Också tidigare forskning har uppmärksammat behovet av etiska ramverk.²⁴

1.3 Etikens funktion vid en pandemi

Syftet med svensk krisberedskap är att värna befolkningens liv och hälsa, samhällets funktionalitet och förmågan att upprätthålla våra grundläggande värden som demokrati, rättssäkerhet och mänskliga fri- och rättigheter.²⁵ Vid en pandemi är samhällets övergripande mål att minimera dödlighet och sjuklighet i befolkningen, samt att minimera övriga negativa konsekvenser för individen och samhället.²⁶ Dessa syften och mål har ett etiskt innehåll. I centrum står alla människors lika och höga värde. De former, modeller och medel som väljs i fråga om styrning, organisering och kontroll behöver därför utformas så att syftet och de övergripande professionella målen kan uppnås.

Etik rör frågor om gott och ont, rätt och fel och kan beteckna såväl ett innehåll (mål, värden och principer) som metoder eller medel för att nå etiskt önskvärda mål i samhället. Som systematisk reflektion har

21. Smer (2019)

22. Ibid., s. 1

23. Smer (2020)

24. Se t.ex. Thompson m.fl. (2006)

25. www.msb.se den 1 december 2020

26. PD 1

etiken en viktig funktion i fråga om att såväl legitimera som ifrågasätta makt och beslut. Den etiska analysen underlättar bedömningen av vilka konsekvenser olika handlingsalternativ kan tänkas få även på sikt och i sin helhet. Hur väl stöder exempelvis riktlinjer eller en viss styrmodell sjukvårdens syfte och samhällets lagstadgade etiska mål? Finns det någon risk för oönskade effekter? Med utgångspunkt i aktuella sakförhållanden, kunskap och erfarenhet – om exempelvis en pandemi eller äldreomsorgens organisering – hjälper den etiska analysen beslutsfattare i det offentliga tjänsten att välja inriktning på och att rättfärdiga sina beslut. Men etiska mål och medel (värden, principer, riktlinjer och analyser) har visat sig vara otillräckliga för att i praktiken nå avsedda effekter. Det fordras också en politisk vilja samt organisatoriska strukturer och procedurer som aktivt möjliggör och understödjer (och inte försvårar) ett sådant etiskt och moraliskt ansvarstagande som i praktiken förmår att förverkliga innebörden av de etiska mål och värden som vårt samhälle vilar på.

Med avsikt att eftersträva och i möjligaste mån uppnå sjukvårdens syfte och värna våra lagstadgade etiska mål, värden och principer också under förhållanden av ekonomisk knapphet har en plattform för prioriteringar antagits.²⁷ Plattformen gäller under såväl normala förhållanden som under en pandemi. Principerna i prioriteringsplattformen är rangordnade efter vilka etiska värden som samhället anser vara viktigast att skydda. Det innebär att kostnadseffektivitetsprincipen enligt riksdagens beslut är underordnad människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen.

Den prioriteringsordning som beskrivs nedan gäller på samtliga beslutsnivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Om ansvaret för de olika principerna skulle delas upp på olika aktörgrupper så att politiker exempelvis skulle ha ansvar för kostnadseffektivitetsprincipen och hälso- och sjukvårdens verksamheter för de två första, så skulle det innebära en risk för att beslut om ekonomiska förutsättningar tas utan hänsyn till de två överordnade etiska principerna. Därmed skulle vårdens verksamheter riskera att sakna nödvändiga förutsättningar för sitt etiska ansvarstagande enligt plattformen.

27. SOU 1995:5; Regeringens proposition 1996/97:60

Människovärdesprincipen	Insatser som skyddar människovärdet. Alla människor har lika värde och samma rätt till vård oberoende av personliga egenskaper och funktion i samhället. Diskriminering p.g.a. exempelvis ålder får inte ske.
Behovs- och solidaritetsprincipen	Insatser som leder till att den som har störst behov av vård ges företräde. Resurserna fördelas efter behov (individer och verksamheter).
Kostnadseffektivitetsprincipen	Insats som inte gagnar patienten, som inte gör patienten gott, ska inte sättas in. Vid val mellan olika insatser bör en rimlig relation mellan kostnad och effekt i fråga om livskvalitet och hälsa eftersträvas.

Professionsetiken fyller i sin tur en viktig funktion både för exempelvis läkares och sjuksköterskors yrkesidentitet och för deras arbete under såväl en pandemi som under normala förhållanden. Den utgörs formellt av utarbetade och av professionsförbunden antagna etiska regler. Som framgår av nedanstående exempel på professionsetik återspeglas här i urval grundläggande och väl etablerade etiska värden i det svenska samhället.

Läkaren ska i sin gärning alltid ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta.

Läkaren ska besinna vikten av att skydda människoliv och får aldrig vidta åtgärder som syftar till att påskynda döden.

Läkaren ska efter bästa förmåga bistå människor i medicinsk nödsituation.

Läkaren ska handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, sträva efter att utveckla sina kunskaper och färdigheter, efter bästa förmåga utveckla och förmedla kunskap till gagn för patienter och hälso- och sjukvårdens utveckling samt påtala brister i verksamheten.

Läkaren ska behandla patienten med empati, omsorg och respekt och får inte genom sin yrkesauktoritet inkräkta på patientens rätt att bestämma över sig själv.

Läkaren ska aldrig frångå principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande.

Läkaren ska inte utan undersökning eller annan tillräcklig kunskap om patienten ge råd eller behandling.²⁸

Men också professionsetiken är i praktiken beroende av organisatoriska förutsättningar som skapas på överordnade nivåer genom politiska och administrativa beslut. Det går att identifiera och analysera faktorer som hindrar respektive möjliggör för människor och verksamheter att ta ansvar för lagstadgade etiska mål och värden i samhällets tjänst. De styrformer och styrmedel som beslutas om och etableras i systemet utgör exempel på sådana faktorer. Det kan vara budget, riktlinjer/regelverk, kvalitetsledningssystem eller val av organisationsmodell. Men också de vårdavtal som en region upprättar och som reglerar en vårdgivares uppdrag, åtagande och ersättning. De styrformer och styrmedel som tas i bruk bygger på mer eller mindre genomtänkta antaganden, värderingar, avsikter och principer.

De val som görs påverkas också av politiska värderingar och målsättningar. I vissa fall saknar politiker nödvändig och tillräcklig kunskap för att kunna bedöma vilken konkret styrmodell som är att föredra och kan därför bli beroende av experternas råd. Detta gäller inte minst hälso- och sjukvårdens politikområde. Som vi visar i det pågående forskningsprojektet *Makten över kunskapsunderlagen: Innehåll, tillkomst och konsekvenser* har dock kunskapsbasen i politikernas expertrådgivning varit förhållandevis snäv under senare decennier. Stor vikt har lagts vid nationalekonomi, företagsekonomi och hälsoekonomi.²⁹ Också inom andra politikområden har fokus legat på mål- och resultatstyrning, ekonomistyrning och kostnadseffektivitet, vilket lett till dominans av ekonomivärden på bekostnad av demokrativärden – och de lagstadgade etiska värden som är grundläggande för offentligt finansierad sjukvård och omsorg. Men ovan nämnda inriktning har getts legitimitet och fått brett genomslag via ett flertal marknadsreformer och underhållits av starka företrädare för NPM.³⁰ Detta innebär att både den *kunskap* och de *värderingar* som har legat till grund för den

28. www.slf.se

29. Forte, Diariennr. 2018-01558

30. Se t.ex. Ahlbäck Öberg & Sundström (2020)

offentliga styrningen har trängt undan annan kunskap och andra värderingar.

Som redan nämnts är en grundläggande teoretisk utgångspunkt i den här rapporten, att utan nödvändiga och tillräckliga organisatoriska förutsättningar för etiskt ansvarstagande, så riskerar aldrig så väl formulerade och normerande etiska värden, principer och riktlinjer att bli kraftlösa i välfärdssystemets olika delar.

2.

PROBLEM OCH SYFTE

Under en pandemi är situationen etiskt mer pressad och sårbarheten större än under normala förhållanden. Belastningen på hälso- och sjukvården är tyngre än vanligt och beslut måste många gånger fattas under tidspress och med osäkra kunskapsunderlag. Det är därför av största betydelse att beslutsfattarna är väl förberedda, har en viss etisk kompetens och organisatoriskt inarbetade rutiner och stödsystem för att kunna fatta etiskt välgrundade beslut när en pandemi bryter ut. Den här rapporten bygger på antagandet att det är möjligt att påverka och därmed skapa organisatoriska förutsättningar som aktivt understödjer etisk reflektion och analys i såväl politiskt och administrativt beslutsfattande som i hälso- och sjukvårdens olika verksamheter för att värna samhällets grundläggande etiska värden. Studien är avgränsad till att med utgångspunkt i lagstadgade etiska värden och principer analysera organisationsetiska aspekter av policydokument som rör pandemiberedskap.

Politiker och opolitiska tjänstemän i det offentliga tjänst upprättar olika policydokument för att styra beslut och verksamheter inom ett sakområde i en viss riktning. Policydokumenten är till sin karaktär normativa, de utgör ett av flera verktyg för styrning. De kan formuleras som ramverk eller riktlinjer men de kan också ställa mer precisa och tydliga krav på olika grupper och organisationer som dessa aktörer måste efterleva. Hur ett visst policydokument tas emot och förstås beror bland annat på de synsätt, rutiner och den kultur som undan för undan utvecklats och etablerats genom den samlade styrningen och utvecklingen på området. Mottagaren har genom den redan etablerade styrningen därför en förförståelse av vad som förväntas, betraktas

som viktigast och därmed premieras av den förvaltning som beställer välfärdstjänsten och betalar för den.

De föreskrifter, riktlinjer och kunskapsstöd som policydokumenten innehåller kan utgöra en välkommen avlastning och ge värdefull praktisk vägledning i vårdens verksamheter. Det gäller inte minst vid en pandemi när situationen kan vara kaotisk i fråga om vårdbehov, belastning och bemanning och osäkerheten kan vara stor i fråga om vad som är rätt och fel, gott och ont – eller vad som är det minst dåliga handlingsalternativet i en etiskt konfliktfylld situation. De mottagande organisationerna (exempelvis ett sjukhus, en vårdcentral eller ett äldreboende) kan ha olika förutsättningar att efterleva de krav som ställs såsom med region eller kommun avtalat uppdrag, organisationens storlek, resurser, kompetens och status. Kraven som myndigheterna ställer kan medföra ökade kostnader eller andra oönskade konsekvenser för de mottagande organisationerna. Nya krav som ställs med kort varsel kan vara praktiskt omöjliga att leva upp till och ge upphov till etiska problem.

Om nödvändiga och tillräckliga materiella, personella och organisatoriska förutsättningar saknas för att kunna uppfylla lagens etiska krav, yrkesetiska riktlinjer och myndigheternas policydokument, så riskerar hela grupper av yrkesutövare och chefer i ett stort antal organisationer att brista i etiskt ansvarstagande. Därför är sådana förutsättningar av största betydelse om etiken ska få önskat genomslag. Det är också viktigt att de principer som policydokumenten bygger på och de syften dessa avser att tjäna är förenliga med professionsetik och de etiska värden och principer som skyddas av lagstiftningen på området.

Syftet är att bidra med kunskap om organisationsetiska aspekter av den svenska pandemiberedskapen. Mer specifikt kommer centrala policydokument riktade till hälso- och sjukvård framtagna före och under coronapandemin att analyseras med avseende på policydokumentens syfte, deras etiska innehåll, samt vilken uppmärksamhet som i policydokumenten ges värdekonflikter och mottagarnas förutsättningar att efterleva dessa och de grundläggande etiska krav som samhället ställer. Analysen görs med utgångspunkt i lagstadgade etiska mål, värden och principer. Baserat på resultaten ges också konkreta förslag på åtgärder som kan öka hälso- och sjukvårdssystemets beredskap och förmåga till etiskt ansvarstagande – och därmed minskad sårbarhet – inför kommande pandemier.

3.

ORGANISATIONSETIK INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Begreppet etik kan beteckna både ett specifikt värdesystem och den systematiska reflektionen över gott och ont, rätt och fel. Men etik handlar också om hur vi ska vara som människor. Inom forskningsområdet organisationsetik inom hälso- och sjukvården står analysen av etiska aspekter av en eller flera organisationers eller ett systems struktur, organisering och styrmodeller i centrum. Även ansvarsförhållanden och etiska aspekter av arbetsformer och riktlinjer undersöks, liksom hur motstridiga mål, samt värde- och intressekonflikter hanteras eller bör hanteras. Vidare studeras hur organisationen eller systemet genom sina aktörers handlande och beslutsfattande påverkar samhället.³¹ Kontexten – det samhälleliga, organisatoriska och professionella sammanhanget – har stor betydelse för förståelsen av det problem som den här rapporten belyser. Man kan därför kalla undersökningen för en form av empirisk etik.³² Organisationsetisk forskning inom hälso- och sjukvården anses ha blivit allt viktigare med anledning av de nya mål- och intressekonflikter som de marknadsliknande organisationsformerna, dess strukturer och styrsystem har gett upphov till.³³

En teoretisk utgångspunkt är att det är rimligt att ställa etiska krav på hälso- och sjukvårdssystemets strukturer, det vill säga hur dess organisation, system och institutioner är utformade. Forskare har tidigare angett olika motiv för denna utgångspunkt. Bland annat att utformningen av hälso- och sjukvårdssystemets strukturer (om än undan för undan, lager på lager) har skapats med avsikt att åstadkomma

31. Se t.ex. Emanuel (2000); Silverman (2000); Gibson m.fl (2014); Smer (2019)

32. Musshenga (2005)

33. Se t.ex. Frith (2013)

vissa effekter. Denna utformning skapar funktioner, positioner och maktförhållanden. Den reglerar relationerna och interaktionen mellan olika aktörer och funktioner i hälso- och sjukvårdssystemet.³⁴ Det faktum att överordnade nivåer – på gott och ont – genom sina beslut påverkar underordnade nivåer gör det också rimligt att ställa etiska krav på vårdens styrning. Beslut om styrformer, regelverk och organisatoriska förhållanden kan exempelvis både öppna och sätta gränser för olika aktörers och aktörsgruppers intressen och handlande. Dessa förhållanden påverkar vårdgivarnas förutsättningar och professionernas möjligheter att utföra sitt arbete. På sikt påverkar utformningen av hälso- och sjukvårdssystemets struktur och styrning också den kultur och de normer som utvecklas inom sektorn.³⁵ I en svensk kontext utgör även lagstiftade etiska värden och principer, samt det faktum att offentlig hälso- och sjukvård i huvudsak är skattefinansierad, skäl för att ställa etiska krav på hälso- och sjukvårdssystemets utformning och val av styrmodeller då detta för med sig väsentliga skyldigheter gentemot befolkningen.

En normativ poäng med organisationsetik inom hälso- och sjukvården är att hälso- och sjukvårdens syfte (vilka och vad den ytterst finns till för) ska ligga till grund för hur dess organisation, system och styrning utformas. Avsikten är att alla intressenter och all styrning *i första hand* ska inriktas på och utformas för att gagna detta överordnade syfte. Genom att tydligt framhålla och definiera syftet med hälso- och sjukvården (och pandemiberedskapen) antas aktörernas moraliska förpliktelser kunna förtydligas och prioriteringar göras. Varken politiska och ekonomiska mål eller egenintressen och särintressen får inverka negativt på professionernas möjligheter att verka för hälso- och sjukvårdens syfte.³⁶ Naturligtvis uppstår värdekonflikter också inom och mellan vårdens professioner, men det är en annan fråga. Enligt teorin bör det också finnas etablerade former för att olika intressenter, grupperingar, organisationer och enheter inom systemet ömsesidigt ska kunna hålla varandra ansvariga. Detta innebär att organisationers och aktörers egna mål och intressen är underordnade och endast kan betraktas som legitima om de tjänar sjukvårdens syfte. I detta organisationsetiska perspektiv betonas särskilt att:

34. För en sammanställning av olika motiv se t.ex. Emanuel (2000)

35. Se t.ex. Emanuel (2000)

36. Ibid.

... a political process is necessary to tailor the medical system to the society in which it functions is proper, but the layers of organization and activity devoted to this must be subjugated to the needs of providing care to patients and protecting health for the public. Since professional advocacy can readily turn into self-interested lobbying, for political purposes to be legitimate for professionalism, they must be strictly in the service of professional goals.³⁷

3.1 Förvaltningsetik

Förvaltningsetik utgör ett angränsande kunskapsområde som i vissa fall uppmärksammar aspekter av samma grundproblem/studieobjekt som organisationsetik inom hälso- och sjukvården.³⁸ Eftersom opolitiska tjänstemän i myndigheter och regioner utformar sådana policydokument som analyseras i den här rapporten – och i övrigt har ett ansvar för välfärdssystemets beredskap – har förvaltningsetiken relevans för den här rapportens sammanhang och analys. En inblick i den politiska styrningen av förvaltningarna har också betydelse för förståelsen av studiens resultat.

Frågor om vilken etisk grund och vad som ur etisk synpunkt utmärker de opolitiska tjänstemännens yrkesutövande står i centrum för förvaltningsetikens intresse. Här betonas också att politikerna påverkar styrningen av förvaltningen och därmed de opolitiska tjänstemännens förutsättningar för ansvarstagande.

De överordnade nivåerna styr de underordnade. Tre centrala länkar i den politiska styrkedjan har pekats ut:

1. Förvaltningsstyrning: Politikernas styrning av förvaltningen
2. Organisationsstyrning: Förvaltningschefernas styrning av underordnade
3. Samhällsstyrning: Förvaltningens styrning av landets invånare³⁹

37. Ibid., s. 156

38. Se t.ex. Cooper (2012); Lundquist (2008; 2011; 2012); Menzel (2015)

39. Lundquist (2011), s. 175 f.

Med tanke på regionernas styrning av hälso- och sjukvården blir också vårdgivarstyrning central, det vill säga förvaltningens styrning av regionens offentligt finansierade vårdgivarorganisationer, såväl privata som offentliga utförare. Genom den organisatoriska utformningen med beställar- och utförarfunktioner har exempelvis avtalsstyrning kommit att bli central för att reglera vårdgivarorganisationernas uppdrag och den ersättning som ges. Riksdagen kan dock stifta lagar som även kommuner och regioner måste efterleva.

Genom grundlagarna ställer staten höga etiska och moraliska krav på de offentliga tjänstemännen, men också på andra i det allmänna tjänst. Av regeringsformen framgår bland annat att den offentliga makten ska utövas under lagarna, att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Det åligger vidare det allmänna att motverka diskriminering och särskilt *verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa*.⁴⁰ Regeringsformen betonar också att den som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter ska *beakta allas likhet inför lagen och iaktta saklighet och opartiskhet*.⁴¹

Men också en opolitisk tjänsteman behöver förstås i sin samhällsliga kontext. För sitt yrkesutövande är denne beroende av de olika organisationsformer och formaliserade förfaringsätt som utformats.⁴² Å andra sidan har de opolitiska tjänstemännen också ett inflytande över styrformerna. De senaste decenniernas marknadsreformer anses ha försvagat idéerna om demokrati och service. Dessa reformer har ställt frågor om effektivitet och besparingar i centrum, vilket i allt högre grad också kommit att känneteckna den offentliga sektorn och förvaltningspolitiken som blivit mer fokuserad på management. De så kallade NPM-idéerna har organiserats in i staten och gett aktörer som arbetar med och förespråkar dessa idéer en stark maktposition. Trots ett starkt författningsstöd har demokrativärdena inte omgärdats av lika omfattande och kraftfulla stödstrukturer som ekonomivärdena har.⁴³ Sådan organisering har naturligtvis en avgörande betydelse för vilket värdefundament som i praktiken kommer att dominera beslutsfattandet och styra det kollektiva handlandet. Organiseringen av ett visst

40. Lag (2010:1408) regeringsformen, 1 kap. 2§.

41. *Ibid.*, 1 kap. 9§.

42. Lundquist (2011), s. 19 f.

43. Ahlbäck Öberg & Sundström (2020)

politikområde, exempelvis hälso- och sjukvård, sänder tydliga signaler om vilka värden som verksamheterna ska prioritera. Betoningen på mål- och resultatstyrning, konkurrens och kostnadseffektivitet, liksom att gränserna mellan privat och offentligt har kommit att suddas ut påverkar de offentliga tjänstemännens förståelse av sina respektive uppdrag. I en sådan situation kan allvarliga mål- och värdekonflikter uppstå.⁴⁴

En slutsats som dragits är att det regelverk som behövs redan finns på plats men att staten behöver vara förmögen att garantera att dessa regler tillåts att fungera i praktiken, så att de opolitiska tjänstemännen och andra i det offentliga tjänst kan ta sitt lagstadgade etiska ansvar.⁴⁵

3.2 Omsorgsetik

Gemensamt för medicinska prioriteringar och val av styrmodeller är sökandet efter goda skäl som kan rättfärdiga valet av handlingsalternativ och de avvägningar som görs. Det behövs allsidiga och relevanta fakta om den aktuella situationen och kunskap om etikens innehåll och metoder för att kunna göra en sådan etisk analys som ger underlag för goda skäl. En potentiell risk med etiska analyser är emellertid att de kan göras utan inlevelse i och hänsyn till de verkliga och subjektivt upplevda behov som människor i en konkret situation har. Den risken kan omsorgsetiken bidra till att minska. Som perspektiv kännetecknas omsorgsetiken av en strävan efter att visa just omsorg om andra människor.⁴⁶ Den utgår från att människor lever i relationer – att våra jag är inflätade i ett nät av sociala förhållanden – och att människor är sårbara och ömsesidigt beroende av varandra.⁴⁷ Omsorgsetiken lyfter fram omsorg och ansvar som komplement till andra, oftare återropade universella principer om rättvisa och rättigheter. Kontexten och den konkreta situationen där människor möts, liksom känslor ges betydelse för etiska och moraliska ställningstaganden.⁴⁸ Genom att låta begreppet *omsorg* beteckna aktiviteten *att bry sig om andra och sin omvärld* kan omsorgen vidgas till att bry sig om fler än de personer

44. Ibid.

45. Lundquist (2011)

46. Se t.ex. Benhabib (1994); Held (2006); Silfverberg (1999; 2003)

47. Benhabib (1994), s. 167

48. Se t.ex. Nussbaum (2000); Held (2006)

som står en närmast. Omsorg blir då inte heller en fråga endast för personal i hälso- och sjukvård och äldreomsorg, utan *ett etiskt och moraliskt värde* liksom *en handlingsprincip* som också bör ligga till grund för policyutveckling och hur ledning, styrning och organisering av dessa verksamheter utformas och bedrivs.⁴⁹

När tiden är otillräcklig, arbetsbelastningen hög och möjligheter att påverka sin situation saknas, så uppstår stress. Stressen kan hämma förmågan till inlevelse och omsorg och öka risken för misstag och felaktiga bedömningar vilket kan få ödesdiga konsekvenser både för den som ger vård och för den som är fysiskt och känslomässigt beroende av den.⁵⁰ Överdriven regelstyrning och rädslan att göra fel kan också göra vårdaren oförmögen till egna bedömningar och att vårdaren i stället söker svar hos sina överordnade i fråga om vilken handling som är rätt eller fel.⁵¹ Men stress kan också uppstå hos beslutsfattare på överordnade nivåer, till exempel när de på osäkra grunder och med rädsla för konsekvenserna måste fatta viktiga beslut under en pandemi.

Etiskt betingad stress kan uppstå i olika situationer och av olika anledningar.⁵² Den kan exempelvis uppstå i ständiga avgöranden om du ska stanna kvar och trösta en ledsen och ångestfylld patient eller om du av rättviseskäl bör rusa vidare till nästa som kanske har ett lika stort eller större behov av vård och omsorg. Etiskt betingad stress kan också uppstå om sjukvårdsbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare på grund av styrmodeller, ständiga besparingskrav, personalomsättning och arbetsbelastning förhindras att använda sitt omdöme och handla på grundval av yrkeskunnande. Filosofen Andrew Jameton har definierat *moralisk stress* som: *Fysiska och psykiska stresssymptom, då man identifierat ett etiskt dilemma, gjort en bedömning av det, men hindras av ekonomiska eller organisatoriska skäl att förverkliga sitt ställningstagande.*⁵³ För den begreppsligt intresserade läsaren hänvisas till en litteraturgenomgång på området.⁵⁴

Genom att integrera omsorg som ett etiskt värde också i styrningen och dess utformning kan vårdens beslutsfattare bidra till att förebygga onödigt stress och ohälsa hos vårdens medarbetare och samtidigt värna

49. Held (2006); Falkenström & Höglund (2018), s. 45 ff.

50. Se t.ex. Malmsten (2008); Silfverberg (1999)

51. Malmsten (2008)

52. Se t.ex. Corley m.fl. (2005); Kälvmemark m.fl. (2004); Silén (2011); St Ledger m.fl. (2013;2017)

53. Jameton (1993)

54. Gustavsson m.fl. (2019)

mänsklig värdighet, trygghet och patientsäkerhet. Rimligtvis för detta med sig minskad sjukfrånvaro och lägre personalomsättning. Det finns således goda skäl att integrera *omsorg* som etiskt värde och princip i en organisationsetisk analys av hälso- och sjukvårdens styrning och beredskap för pandemier. Men utan personliga, moraliska egenskaper räcker inga system, värden, principer och riktlinjer till. Överallt, på samtliga nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet behövs en personlig drivkraft, en vilja och benägenhet – moraliska dygder – att använda sig av dem när en situation fordrar det för att minska sårbarhet, vara medmänsklig och kunna ta adekvat etiskt ansvar.⁵⁵ En praktiskt verksam och ändamålsenlig etik förutsätter därför följande:

1. Etiska mål, värden och principer (visar väg, inriktning)
2. Institutionella, organisatoriska och procedurella, samt materiel-
la och personella förutsättningar (möjliggör och understödjer
kontinuerligt ansvarstagande/handling)
3. En personlig moralisk drivkraft, dygd (ansvarstagande på alla
organisatoriska nivåer i konkret situation)

*

Med förankring i det organisationsetiska ramverk som presenterats ovan bedöms följande aspekter relevanta för den här rapportens syfte och övergripande frågeställningar. De har därför integrerats i den tematiserade frågeguide som använts vid dokumentanalysen, se Figur 1 (s. 48):

- Hänsyn till hälso- och sjukvårdens syfte
- Hur moraliska förpliktelser, etiska mål, värden och principer blir belysta
- Hur motstridiga mål, samt värde- och intressekonflikter blir belysta

55. Se t.ex. Silfverberg (1999)

- Vilka former för ömsesidigt ansvarstagande för vårdens syfte som blir belysta
- Hänsyn till mottagarnas förutsättningar att tillämpa policydokumenten och att uppfylla de etiska mål, värden och normer som lagen anger. (T.ex. reflektion i fråga om vad som krävs för att en region, en kommun, ett äldreboende eller en intensivvårdsavdelning ska kunna leva upp till lagstadgade etiska krav)
- Hänsyn till policydokumentens konsekvenser för vårdens praktik, samt dess inverkan på yrkesmässigt handlingsutrymme (t.ex. konsekvenser för patienterna/vårdens syfte, hur normer och kultur påverkas på arbetsplatserna, förmågan till omsorg, att göra professionella och etiska bedömningar och att handla på grundval av dessa)
- Hänsyn till hur samhället påverkas av policydokumenten

4.

STUDIENS DESIGN

Bakgrunden till studien är människors utsatthet och sårbarhet samt de etiska mål och värden som står på spel i samhället när hälso- och sjukvårdssystemet utsätts för särskilt stora påfrestningar. Under en pandemi kan många människor bli så sjuka att de är beroende av vård och omsorg för att överleva. Vårdens medarbetare riskerar inte endast att bli smittade på sina arbetsplatser, utan också att drabbas av allvarlig stress och ohälsa till följd av långvarigt påfrestande arbetsförhållanden. Det är med andra ord både enskilda personers liv och hälsa som står på spel – och hälso- och sjukvårdssystemets förmåga att på kort och lång sikt kunna erbjuda befolkningen den vård och omsorg som den behöver. Studiens normativa utgångspunkt är lagstadgade etiska mål, värden och principer. Mot denna bakgrund är syftet med studien att bidra med kunskap om organisationsetiska aspekter av den svenska pandemiberedskapen. Syftet är också att baserat på resultaten ge konkreta förslag på åtgärder som kan öka hälso- och sjukvårdssystemets beredskap och förmåga till etiskt ansvarstagande – och därmed minskad sårbarhet – inför kommande pandemier.

De övergripande forskningsfrågorna är:

1. Vilka organisationsetiska aspekter uppmärksammas i myndigheternas policydokument och vilka uppmärksammas inte?
2. Hur har myndigheterna förhållit sig till och integrerat de organisationsetiska aspekterna i policydokumenten? (T.ex. klagöranden i fråga om vårdens syfte och etiska värden, ansvarsförhållanden och bedömningar av mottagarnas förutsättningar att ta ansvar för de etiska mål och värden som samhället normerar.)

4.1 Datamaterialet

Policydokument (kunskapsunderlag, principer, regler och riktlinjer) utgör styrmedel som syftar till att åstadkomma vissa avsedda effekter genom att påverka mottagarnas agerande. Det är ett urval av sådana policydokument som utgör det empiriska datamaterialet.

Både före och under pandemin har myndigheter tagit fram kunskapsunderlag, utfärdat föreskrifter, riktlinjer och rekommendationer för att förbereda och vägleda samhället genom kriser. En del av dessa har varit avsedda för välfärdssystemets olika delar och yrkesgrupper, andra för allmänheten. Avgränsning har gjorts till att endast belysa sådana policydokument som styr organisationer och verksamheter i det svenska välfärdssystemet, närmare bestämt offentligt finansierad hälso- och sjukvård i regioner och kommuner. Jag har valt att analysera både sådana policydokument som kom före coronapandemins utbrott och sådana som kom under pågående pandemi. Avsikten med detta var att undersöka eventuella likheter och olikheter i fråga om organisationsetiska aspekter av policydokumenten, samt på vilka sätt pandemin kan tänkas ha påverkat dessa aspekter.

Totalt har 12 policydokument analyserats, varav hälften kom före pandemin och hälften kom under pågående pandemi. Under coronapandemin har tre myndigheter stått i centrum: Folkhälsomyndigheten (FHM), Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Socialstyrelsen. För var och en av dessa myndigheter har ett strategiskt urval om 2–4 policydokument analyserats. Ett policydokument framtaget av Region Stockholm har också analyserats för att få ett exempel på regionala policydokument. Valet av region gjordes på grundval av att Region Stockholm hör till de mest drabbade regionerna i landet samt att studien i viss mån bygger vidare på tidigare forskning genomförd i regionen.⁵⁶ Nedanstående kriterier har legat till grund för urvalet:

- Policydokumentet ska avse beredskap för kris/pandemi
- Det ska vara framtaget av centrala myndigheter eller Region Stockholm

56. Se t.ex. Falkenström (2012); Falkenström & Höglund (2018)

- Det ska vara riktat till andra delar av välfärdssystemet
- De ska avse hälso- och sjukvård i regioner och kommuner

De policydokument som har analyserats är olika till sin karaktär. MSB:s dokument från 2015 är kortfattade och innehåller föreskrifter baserade på lagen om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (2006:544). De innehåller även indikatorer för bedömning av krisberedskap, samt allmänna råd. FHM:s tre policydokument om pandemiberedskap är mer omfattande och utgör i två fall kunskapsunderlag och i ett fall en vägledning i fråga om tillgång till och användning av läkemedel. Här förmedlas kunskap om vad en pandemi är och vilka påfrestningar en pandemi kan innebära för samhället. Här ges också information om hur Sveriges krishanteringssystem är organiserat och vilka grundläggande principer det bygger på, nämligen:

Ansvarsprincipen – Den som ansvarar för en verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar under en kris. Här ingår också att initiera och bedriva sektorsöverskridande samverkan.

Likhetsprincipen – Verksamheten vid en kris ska likna den normala i så stor utsträckning som möjligt.

Närhetsprincipen – En kris ska hanteras där den inträffar och av dem som är närmast berörda och ansvariga.

De policydokument som kom under coronapandemin tog sin utgångspunkt i den aktuella och osäkra situationen. De är kortfattade, konkreta och anvisningsinriktade. Två policydokument, det ena framtaget av FHM och det andra av Socialstyrelsen, var inriktade på åtgärder för att minska smittspridningen. Här gavs praktiska förslag på arbetssätt för kommunal sjukvård. Socialstyrelsen tog också fram en checklista riktad till chefer och ledare med fokus på patientsäkerhet. Socialstyrelsen tog även fram nationella principer för prioriteringar som också inkluderade råd i fråga om bedömning av vårdbehov. Region Stockholms styrdokument rörde kommunal sjukvård och bestod bland annat av regelverk för vårdflöden samt hänvisningar till bedöm-

ning av vårdbehov och prioritering. Det framgår förhållandevis väl av policydokumentens titlar nedan vad de handlade om.

Följande policydokument (PD) har inkluderats och analyserats:

- PD 1: *Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag* (2019). Folkhälsomyndigheten. Artikelnummer 19074-1.
- PD 2: *Pandemiberedskap. Hur vi kommunicerar – ett kunskapsunderlag* (2019). Folkhälsomyndigheten. Artikelnummer 19074-2.
- PD 3: *Pandemiberedskap. Tillgång till och användning av läkemedel – en vägledning* (2019). Folkhälsomyndigheten. Artikelnummer 19074-3.
- PD 4: *Rekommendationer för handläggning och val av skyddsåtgärder mot covid-19 inom vård och omsorg* (2020). Folkhälsomyndigheten. Artikelnummer: 20197.
- PD 5: *Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser*. Beslutade den 28 juni 2016. (MSBFS 2016:7)
- PD 6: *Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter om landstings risk- och sårbarhetsanalyser*. Beslutade den 26 januari 2015. (MSBFS 2015:4)
- PD 7: *Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter om kommuners risk- och sårbarhetsanalyser*. Beslutade den 26 januari 2015. (MSBFS 2015:5)
- PD 8: *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden*. Socialstyrelsen. (2020-04-29) Version 2.
- PD 9: *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin. Kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer*. Socialstyrelsen. (2020-04-22) Version 2.

- PD 10: *Checklista för ökad patientsäkerhet under pågående covid-19 pandemin. Till stöd för dig som chef och ledare.* Socialstyrelsen. Dnr. 4.3-16706/2020.
- PD 11: *Arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19. Praktiska förslag till kommunal hälso- och sjukvård i samverkan med socialtjänst.* Socialstyrelsen. Dnr 4.4-13193/2020.
- PD 12: *Styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare i region Stockholm och kommunal vårdverksamhet under pågående smittspridning av covid-19.* Region Stockholm (2020-05-20). Version 3.

4.2 Analysen

En kvalitativ innehållsanalys av dokumenten har genomförts. Analysen har väglett av studiens syfte och dess övergripande forskningsfrågor (se ovan). En strukturerad och tematiserad frågeguide har tagits fram och använts för att uppmärksamma centrala organisationsetiska aspekter i policydokumenten, se Figur 1.

Inledningsvis lästes policydokumenten igenom i sin helhet för att få en överblick av innehållet. Därefter ställdes de tematiserade frågorna till policydokumenten. Jag var också öppen för eventuella andra fynd av värde för studiens syfte, intressanta citat noterades i policydokumenten. Tematiseringen gav datamaterialet struktur och gjorde det lättare att göra jämförelser mellan utsagor i de olika policydokumenten och att upptäcka mönster, likheter och skillnader.⁵⁷ Svaren sammanställdes i ett separat dokument. Därefter har det strukturerade datamaterialet reducerats, kategoriserats baserat på dess innehåll och diskuterats i ljuset av vald teori och studiens normativa utgångspunkt.⁵⁸

57. Kvale (2006)

58. Rennstam & Wästerfors (2015)

4.3 Kunskapsbidrag

Kunskapen som genererats bidrar till en klarare bild av vilka de faktiska bristerna i den svenska pandemiberedskapen är och vad som ur ett organisationsetiskt perspektiv behövs för att ha en mer robust beredskap inom hälso- och sjukvården inför framtida pandemier. Studien bygger vidare på tidigare forskning om etiskt ansvarstagande för ledning och styrning av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Dessa nya resultat ger ett bidrag till det övergripande forskningsområde som rör offentligt finansierad hälso- och sjukvård, dess policy, organisation och beslutsfattande. Mer specifikt ges ett empiriskt bidrag till forskningsområdet organisationsetik inom hälso- och sjukvården.

Figur 1: Följande tematiserade frågor har ställts till policydokumenten rörande organisationsetiska aspekter (OEA)

OEA	Tematiska frågor till policydokumenten
OEA 1 Syfte, mål och värden	Vem/vilka är mottagare? Vad är syftet med policydokumentet? Vilka mål, värden och intressen avser det explicit att förverkliga? Vilka mål- värde- och intressekonflikter pekar policydokumenten på? Hur beskrivs de etiska värden som står på spel? Tydlighet, begriplighet. Vilken vägledning ges i fråga om riktlinjernas tyngd i förhållande till andra policydokument/riktlinjer och etiska mål och värden som står på spel? Rangordning /hierarki. Något särskilt som betonas?

<p>OEA 2 Överensstämmelse med etablerade etiska mål och värden</p>	<p>Hur väl stämmer värden och principer i policydokumentet överens med vårdens och omsorgens syfte samt professionella och etiska värden som följer av detta syfte?</p> <p>Hur väl stämmer de överens med regeringsformen och den lagstiftade prioriteringsplattformen? Avvikelser? Hur motiveras avvikelserna?</p>
<p>OEA 3 Hänsyn till mottagarorganisationernas förutsättningar</p>	<p>Vilken hänsyn tas till mottagarorganisationernas förutsättningar och kompetens att A.) förstå dokumentets etiska dimensioner och B.) formulera värdemässigt samstämmiga lokala riktlinjer och handlingsprinciper på grundval av policydokumentet och lagstadgade etiska mål, värden och principer?</p> <p>Vilka bedömningar och riskanalyser görs beträffande vård- och omsorgsorganisationernas förutsättningar att efterleva policydokumentet och samhällets normerade etiska krav? (T.ex. avtalsmässiga, ekonomiska, kompetensmässiga och personella resurser, styrmodeller, ansvarsförhållanden och mål- och resultatstyrning.) Yrkesmässigt handlingsutrymme? Former för ömsesidigt ansvarstagande för vårdens syfte?</p>
<p>OEA 4 Effekter för medborgarnas tillit till välfärdssystemet</p>	<p>Görs konsekvensanalys avseende dokumentets effekter för medborgarnas tillit till välfärdssamhället/hälso- och sjukvårdssystemet?</p>

5.

RESULTAT OCH DISKUSSION

5.1 Etik i policydokument inför en pandemi

Det står väsentliga saker i de policydokument som har analyserats. Det rör sig om föreskrifter för krisberedskap och om omfattande kunskapsstöd, men också om konkret och saklig information med avsikt att stödja och vägleda vårdens medarbetare och chefer under pågående pandemi. Policydokumenten belyser också olika förutsättningar för en väl fungerande och effektiv pandemiberedskap. Om sådana förutsättningar inte finns på plats när en pandemi bryter ut så innebär det att väsentliga möjligheter att minimera negativa effekter för befolkningen och att rädda människors liv och hälsa saknas.

Framställningen av studiens resultat inleds med en analys av de policydokument som kom före coronapandemin, varpå analysen av de policydokument som kom under pågående coronapandemi följer. Resultaten har i båda fallen delats in i två övergripande avsnitt: *Syften, mål och etiska värden*, samt *Organisatoriska förutsättningar*. Kapitlet avslutas med en diskussion av några särskilt viktiga resultat.

5.1.1 Syften, mål och etiska värden

Samhällets beredskapsarbete för kriser och pandemier syftar till att Sveriges myndigheter, regioner och kommuner ska vara väl förberedda när en kris av något slag, exempelvis en pandemi, inträffar. Syftet med MSB:s föreskrifter uttalades inte i de analyserade dokumenten. I de föreskrifter som var riktade till landsting och kommuner definierades dock krisberedskap som:

Förmågan att genom utbildning, övning och andra åtgärder samt genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris förebygga, motstå och hantera krissituationer.⁵⁹

Det framgick också att:

Syftet med en bedömning av såväl de statliga myndigheternas som landstingens/regionernas generella krisberedskap är att få en övergripande bild av de förutsättningar myndigheterna och landstingen har att förebygga och hantera kriser/extraordinära händelser.⁶⁰

Beträffande pandemiberedskap betonade FHM att samhällets mål vid en pandemi är *att minimera dödlighet och sjuklighet i befolkningen, samt att minimera övriga negativa konsekvenser för individen och samhället*.⁶¹ Det framgick också att rekommenderade insatser (medel) syftade till att förverkliga väl etablerade etiska värden (mål) som pekar mot hälso- och sjukvårdens syfte. I viss mån kom också omsorg till uttryck:

Syftet med åtgärder under en pandemi är att skydda befolkningen mot sjukdom och död. De individer som bär på en smittsam sjukdom måste tillförsäkras den vård och det skydd och stöd som de behöver. Smittskyddsåtgärder ska även utföras med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.⁶²

Det var flera etiska värden – såsom *Respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet, Vård efter behov, Solidaritet, Likabehandling, Öppenhet, Enhetlighet, Tillgänglighet, Värdighet, Jämlikhet och Omsorg* – som kom till uttryck i FHM:s policydokument. Dessa etiska värden avspeglar etiska värden i grundlag, exempelvis i hälso- och sjukvårdslag och i den etiska plattformen för prioriteringar samt i läkares yrkesetiska riktlinjer.⁶³ Även värdet av social tillit fanns med genom att FHM betonade att otydliga eller felaktiga prioriteringsbeslut riskerar att undergräva befolkningens förtroende för myndigheterna.⁶⁴

Syften och mål i FHM:s policydokument hade överlag ett tydligt etiskt innehåll som avspeglade lagstadgade etiska mål och värden,

59. PD 6; PD 7

60. PD 5, s. 5; PD 6, s. 4

61. PD 1, s. 6

62. Ibid., s. 23

63. Regeringsformen (1974:152, 1kap. 2§); Hälso- och sjukvårdslag (2017:30); SOU (1995:5); Läkarförbundets etiska regler, www.slfl.se

64. PD 1, s. 24

och som pekade mot vårdens syfte. Men eftersom redogörelser av de etiska begreppens innebörd som regel saknades så finns en risk för att de abstrakta begreppen inte ger tillräcklig förståelse, tyngd och praktisk vägledning.

5.1.2 Organisatoriska förutsättningar

Själva definitionen av krisberedskap pekar på en handlingsförmåga, men också på centrala förutsättningar som denna förmåga är beroende av. Hälso- och sjukvården är till exempel beroende av vissa materiella, relationella, resursmässiga och organisatoriska förutsättningar för att kunna fungera väl under såväl normala förhållanden som under en pandemi. I de policydokument som rörde beredskap inför kris och pandemi betonades flera sådana nödvändiga förutsättningar för att kunna lyckas med hanteringen av en pandemi – och därmed att så långt som möjligt minimera lidande och skydda befolkningen från sjukdom och död. Det rörde sig om såväl strukturer, arbetsformer, samordning, resurser som kompetens. Men också om rutiner för etiska frågeställningar och prioriteringar.

Förutsättning 1: Analys och planering

Kommunerna förväntades enligt MSB:s föreskrifter ha *fastställt ett styrdokument* för sitt arbete med krisberedskap. Detta skulle bland annat innehålla:

... en beskrivning av det arbete och de åtgärder som ska ske under mandatperioden för att reducera eller ta bort risker och sårbarheter samt öka förmågan att kontinuerligt bedriva samhällsviktig verksamhet [...] ⁶⁵

Hälso- och sjukvård räknas enligt MSB som en samhällsviktig verksamhet. Av landstingen förväntades att deras planering för *att förebygga risker och sårbarheter samt planer för att hantera extraordinära händelser* skulle vara framtagen i samverkan med andra aktörer, såväl offentliga som privata. Resurser utgjorde en indikator i landstingens risk- och sårbarhetsanalyser. Enligt MSB:s föreskrifter förväntades landstingen genomföra regelbundna behovsanalyser:

65. PD 7, s. 6

Landstinget har en behovsanalys av vilka materiella och personella resurser som krävs för att hantera extraordinära händelser.⁶⁶

Det framgick också att MSB förväntade sig att landstingsledningen använde sin risk- och sårbarhetsanalys som underlag vid planering och beslut i fråga om vilka åtgärder de behöver vidta för att stärka sin krisberedskap.⁶⁷ FHM betonade i sin tur att planer som anger hur exempelvis regioner och kommuner ska agera är otillräckliga som beredskap inför en pandemi:

Krisberedskapen bygger på att vår normala verksamhet förebygger och hanterar olyckor eller störningar, och att den förstärks vid allvarliga händelser.⁶⁸

Förutsättning 2: Resurser av olika slag

Under rubriken *Hantering av en pandemi* angavs faktorer att beakta vid beslutsfattande. Faktorer som framstod som särskilt betydelsefulla ur ett organisationsetiskt perspektiv var: *Tillgänglighet till vaccin, vårdplatser, respiratorvård/ECMO, tillgänglighet till sjukvårdspersonal (regional nivå), samt tillgänglighet till personal inom vård och omsorg (kommunal nivå)*.⁶⁹ Här påtalades grundläggande organisatoriska förutsättningar för etiskt ansvarstagande i hälso- och sjukvårdssystemet:

För att lyckas i hanteringen av utbrott av smittsamma sjukdomar behövs en god beredskap på nationell, regional och lokal nivå i form av handlingsplaner, tillgång till beredskapslager, tillgång till tillräckligt med kompetent personal, strukturer för samverkan och kommunikation m.m. Resurser för beredskap vid utbrott behöver säkerställas och en planering för flexibel kapacitetsökning måste finnas inom vården och på laboratorier.⁷⁰

Utan nödvändig och tillräcklig kapacitet, utrustning och bemanning går pandemiberedskapens och hälso- och sjukvårdens syften och de etiska målen naturligtvis inte att uppnå. Det är utifrån ett organisationsetiskt perspektiv relevanta och anspråksfulla men samtidigt otydliga förutsättningar som anges i citatet ovan. Vad innebär exempelvis *tillgång till tillräckligt med kompetent personal?* Och vilka blir

66. PD 6, s. 9

67. Ibid.

68. PD 1, s. 13

69. Ibid., s. 19

70. Ibid., s. 13

konsekvenserna för samhället och befolkningen om ansvariga aktörer inte skulle visa sig ha säkerställt tillräckliga resurser? Någon närmare reflektion kring dessa frågor fanns inte i dokumentet.

Förutsättning 3: Samverkan

I ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem med flera politiska och administrativa beslutsnivåer och ett stort antal vårdgivarorganisationer framstår behovet av ändamålsenliga, långsiktigt hållbara och pålitliga strukturer som en grundläggande förutsättning. Även väl genomtänkta och ändamålsenligt utformade system och rutiner för att hålla olika aktörer och funktioner ömsesidigt ansvariga för pandemi-beredskapens och sjukvårdens syfte framstår som nödvändiga. Sådana syftesinriktade samverkansfunktioner betraktas också som centrala i teorin om organisationsetik i hälso- och sjukvården.

Analysen visar att *en väl fungerande och effektiv samverkan* genomgående framstod som en avgörande förutsättning i krisberedskapsarbetet och för att kunna ta adekvat ansvar under en pågående pandemi. FHM betonade att samverkan *mellan aktörer på alla nivåer både behöver vara väl etablerad och att det behövs strukturer för den*.⁷¹ Vad som närmare behöver känneteckna denna samverkan klargjordes inte, inte heller vad den konkret förväntades att åstadkomma, det vill säga vilka mål och värden som skulle förverkligas genom samverkan. Detta öppnar för en stor tolkningsfrihet beträffande mål och därmed en tänkbar variation i fråga om både inriktningen på och effekterna av samverkan.

Förutsättning 4: Beredskap för etiska ställningstaganden

FHM betonade att många etiska frågeställningar aktualiseras både i samband med planeringen av och under en pågående pandemi. Ansvariga aktörer uppmanades därför *att i förväg beakta dessa i planeringen inför en pandemi*, och att i förväg utarbeta beslutsprocesser som möjliggör att de etiska frågeställningarna kan hanteras.⁷² Det framgick i sammanhanget inte vilket det övergripande målet med denna hantering var. Följande rutiner (medel) ansåg FHM var nödvändiga att skapa *under tiden mellan pandemier*:

71. PD 1, s. 9; s. 13

72. Ibid., s. 23

- Etablera en process eller rutin för strukturerad och systematisk hantering av etiska frågeställningar vid en pandemi.
- Skapa rutiner för hantering av utbrott på särskilda boenden, äldreboenden och sjukhem.
- Planera för prioritering av patienter i alla delar av vårdkedjan och användning av vårdplatser under en pandemi.⁷³

Exemplen på vad sådana etiska frågeställningar skulle kunna handla om var få och vilka etiska värden som kunde tänkas stå på spel eller komma i konflikt med varandra i detta sammanhang belystes inte. En värdekonflikt som inte belystes var hur man bör se på resursfördelning för olika ändamål, exempelvis hur stor andel av resurserna som är rimliga och möjliga att avsätta för en framtida pandemi i relation till de vårdbehov som finns idag. Däremot påpekades att de prioriteringar som hälso- och sjukvården kan tvingas göra under en pandemi kan bli mer omfattande och kontroversiella jämfört med de prioriteringar som görs under normala förhållanden. Vidare belyste FHM skillnaden mellan å ena sidan smittskyddets populationsfokuserade arbete och hälso- och sjukvårdens fokus på individen och mål-, värde- och intressekonflikter som kan uppstå mellan dessa i samband med en pandemi. I smittskyddsarbetet tas exempelvis hänsyn både till den enskildes behov och till hur samhället skyddar andra individer, samt befolkningen.⁷⁴ Sådana etiska hänsynstaganden som FHM nämner här förutsätter noggrann etisk analys och väl genomtänkta avvägningar, liksom bedömningar av konsekvenser på sikt och i sin helhet – inte minst för att kunna upprätthålla respekten för alla människors lika värde. Reflektion över sådana förutsättningar saknades.

Beträffande prioriteringar uppmärksammade FHM särskilt att kontexten och dess sakförhållanden (exempelvis hur en pandemi utvecklas) snabbt kan förändras, liksom att det därför är av stor betydelse att beslutsfattare är uppdaterade på aktuella sakförhållanden – exempelvis om någon grupp riskerar att drabbas av allvarlig sjukdom, eller om aktuell tillgång till vaccin. Mot den bakgrunden påpekades att:

73. Ibid., s. 38

74. Ibid., s. 24

I pandemiplaneringen är det inte lämpligt att besluta om att vissa prioriteringar alltid ska vara viktigare än andra (så kallad nivågruppering). De prioriteringar som görs måste istället omprövas kontinuerligt med hänsyn till pandemins egenskaper och utveckling.⁷⁵

FHM angav också skäl utifrån ett befolknings- och samhällsperspektiv till varför det är viktigt att göra väl underbyggda prioriteringar:

Otydliga eller felaktiga prioriteringsbeslut riskerar att undergräva myndigheters legitimitet och befolkningens förtroende för t.ex. hälso- och sjukvården.⁷⁶

Det framgick av dokumentet att syftet med åtgärder under en pandemi är att skydda befolkningen mot sjukdom och död, liksom att de personer som bär på en smittsam sjukdom *måste tillförsäkras den vård och det skydd och stöd som de behöver*.⁷⁷ Den formuleringen sträcker sig längre än liknande formuleringar i andra analyserade dokument. Formuleringen pekar indirekt på skyldigheten att inte nöja sig med en medicinsk bedömning av patientens behov – utan att också stanna upp, lyssna och leva sig in i patienters subjektivt upplevda behov av skydd, trygghet och stöd. Det är en mycket viktig formulering som rör förmågan att upprätthålla det kanske djupaste av mänskliga etiska värden, nämligen mänsklig värdighet. Formuleringen är också ett exempel på omsorgsetiskt tänkande, att bry sig om andra.

Det framgick också att olika värdekonflikter kan uppstå och att ständiga prioriteringar behöver göras utifrån aktuella sakliga omständigheter. Men det framgick inte vilka etiska mål som skulle eftersträvas eller vilka etiska principer som skulle vägleda etiska analyser, avvägningar och prioriteringar. Det saknades också vägledning i fråga om modell (eller referens till sådan modell) för systematisk etisk analys som kan användas för att klarlägga värdekonflikter, göra avvägningar och nödvändiga prioriteringar för att så långt som möjligt uppfylla de etiska och moraliska krav som samhället ställer och för att ge svåra etiska beslut legitimitet.

Inlevelse i sjuka och sårbara personers situation, liksom nödvändigheten av medmänsklighet förutsattes möjligen i det tysta. Men någon

75. Ibid., s. 23

76. Ibid., s. 24

77. Ibid., s. 23

reflektion eller kommentar med tanke på vilka mänskliga och moraliska kvaliteter och insatser som behövs för att tillförsäkra den vård, det skydd och det stöd som en svårt sjuk människa kan behöva fanns inte med. Detta kan i förlängningen medföra en risk för godtyckliga bedömningar i mottagande organisationer trots goda avsikter och uppdaterade fakta. Hänvisning gjordes dock till WHO som framhåller vikten av att formerna för prioriteringar är adekvata och rättvisa – oavsett vilka prioriteringar det gäller.⁷⁸

I FHM:s kunskapsunderlag om kommunikation betonades bland annat följande förutsättningar för en god pandemiberedskap:

Kommunikationsinsatserna i samband med en pandemi ska bidra till förståelse och upprätthålla förtroendet för myndigheternas och sjukvårdens bedömning av situationen. Att känna förtroende för avsändaren och för det som sägs, är en förutsättning för att ta informationen på allvar och välja att agera i situationen.⁷⁹

Citatet ovan antyder att vissa personliga egenskaper eller kvaliteter hos avsändaren har betydelse för hur väl pandemiberedskapen fungerar i samhället i stort. Här hade det varit möjligt att säga någonting konkret om vad som upprätthåller förtroende och vilka kvaliteter eller karaktärsdrag som åsyftades. Vidare framgick följande:

Speciellt viktigt är det att personal inom hälso- och sjukvården, omsorgen och socialtjänsten har tillgång till de fakta de behöver för att kunna genomföra sina uppgifter och bemöta frågor från allmänheten.⁸⁰

God etik förutsätter relevanta fakta och allsidig kunskap för den fråga saken gäller. De båda citaten ovan betonar betydelsen av fakta, men bortser från nödvändigheten av att göra etiska ställningstaganden baserade på dessa fakta med vägledning av etiska principer i syfte att eftersträva etiska mål.

*

78. PD 1, s. 24

79. PD 2, s. 11

80. Ibid., s. 11

Följande förutsättningar för ett effektivt och lyckat beredskapsarbete på olika nivåer inom välfärdssystemet betonades i fråga om pandemi-beredskap:

- väl fungerande samverkan
- beredskapslager
- tillräckligt med kompetent personal
- resurser för kapacitetsökning
- att störningar förebyggs under normala förhållanden
- rutiner för hantering av utbrott på särskilda boenden, äldreboenden och sjukhem
- beredskap och rutiner för strukturerad och systematisk hantering av etiska frågor
- vikten av korrekta och tydliga prioriteringsbeslut.

Även om ett flertal etiska mål och värden lyftes fram som också stämde överens med etablerade etiska värden i samhället, så var dessa överlag abstrakt formulerade. Man kan säga att etiken påtalades vara viktig, men framstod som otydlig. Hänvisning till förvaltningsetiska principer riktade till offentliga tjänstemän och andra som fullgör offentliga uppdrag gjordes inte i dessa dokument. Hänvisning till vilka etiska principer som skulle tillämpas i samband med de prioriteringar och det beredskapsarbete som ledningsnivåerna i regioner och kommuner ansvarar för saknades också. Mottagarna av riktlinjerna förväntades underförstått ha nödvändiga och tillräckliga kunskaper och förutsättningar att tolka, förstå, vilja och kunna omsätta dem i praktiken. Som framgår av punkterna ovan betonades dock viktiga förutsättningar som pandemiberedskapen är beroende av.

Med tanke på de brister som konstaterats och rapporterats om under coronapandemin,⁸¹ förefaller glappet mellan den förväntade

81. Se rapportens inledning under punkt 1.1

pandemiberedskapen och den verkliga ha varit förhållandevis stort. Analysen ovan visar att etiken (både som innehåll och metod för analys) överlag har getts en svag ställning i policydokumenten. Men myndigheterna har trots allt pekat på centrala förutsättningar för en god och effektiv pandemiberedskap. Inte minst betonades vikten av att ha beredskap – rutiner och processer – för svåra etiska ställningstaganden. Vi ska därför titta närmare på de policydokument som kom under coronapandemin och som avsåg att utgöra ett praktiskt stöd för vårdens medarbetare och chefer. Till att börja med undersöks vilka syften, mål och etiska värden som betonades i dessa policydokument. Blev samhällets lagstadgade etiska mål, värden och principer mer konkretiserade där? Därefter undersöks i vilken mån de förutsättningar som MSB och FHM pekat ut ovan återspeglades i de nyare policydokumenten – och vilken hänsyn som tagits till mottagarnas förutsättningar att efterleva policydokumenten, samhällets etiska värdesystem och hälso- och sjukvårdens syfte.

5.2 Etik i policydokument under coronapandemin

5.2.1 Syften, mål och etiska värden

I princip alla analyserade policydokument som kom under coronapandemin syftade till att ge olika aktörer *stöd (medel)* för olika ändamål:

- Utgöra stöd till smittskyddsenheter, vårdhygieniska enheter och vårdgivare vid hantering av covid-19 inom vård och omsorg. Samt att vara ett stöd vid riskbedömningar och utarbetande av rutiner för smittförebyggande åtgärder i samband med olika vårdnära situationer.⁸²
- Att stödja hälso- och sjukvården att fatta beslut om prioriteringar enligt den gällande etiska plattformen för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården (intensivvård), som också uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen. Modellen syftar även till att minska etisk stress.⁸³

82. PD 4

83. PD 8

- Att stödja huvudmän och vårdgivare att utveckla verksamhetsnära riktlinjer för prioriteringar. Detta för att högt prioriterad rutinsjukvård inte ska riskera att prioriteras ner. Modellen syftar även till att minska etisk stress.⁸⁴
- Att ge chefer och ledare stöd i planering av säker vård under pandemin.⁸⁵
- Att ge praktiska förslag på hur den kommunala hälso- och sjukvården kan anpassa sitt arbete under pandemin för att:
 - kunna ge god vård och omsorg till personer med covid-19 som vårdas i den kommunala hälso- och sjukvården utifrån individens behov
 - ge stöd till arbetet med att ställa om rutiner och arbetssätt när flera personer samtidigt är sjuka med covid-19 i särskilda boendeformer och inom hemsjukvården
 - skapa arbetssätt som minimerar smittspridning mellan olika vård- och omsorgstagare och till personal.⁸⁶

De syftesformuleringar som fanns avspeglade goda intentioner att ge vårdens ledare och medarbetare vägledning och stöd under de påfrestande omständigheter som råder under en pandemi. Flera av policydokumenten är tekniska och konkreta till sin karaktär och rörde frågor om smittskydd, basala hygienrutiner och användning av personlig skyddsutrustning.⁸⁷ De etiska mål och värden som mer eller mindre tydligt förekom i syftesformuleringar och i dessa policydokument i övrigt rörde hälsa (smittskyddsåtgärder), patientsäkerhet, god vård, vård efter behov. Socialstyrelsens policydokument med *nationella principer för prioritering av rutinsjukvård* utmärkte sig genom att det var betydligt mer utförligt och förankrat i den etiska plattformen och i redogörelsen för innebörden av de etiska principerna och dess inbör-

84. PD 9

85. PD 10

86. PD 11

87. Se t.ex. PD 4

des rangordning. Med referens till propositionen om Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (1996/97:60) enligt riksdagsbeslut 1997, klargjordes *vilka hänsyn som människovärdesprincipen medger*:

Det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.⁸⁸

Med hänvisning till samma proposition betonades också innebörden av det etiska värdet solidaritet:

Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Hit hör bl.a. barn, åldersdementa, medvetlösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning. Människor som inte kan tillvarata sina rättigheter har samma rätt till vård som andra.⁸⁹

I Socialstyrelsens policydokument med nationella principer för prioritering *inom intensivvård* under extraordinära förhållanden saknades dock en sådan utförlig redogörelse för de etiska begreppens innebörd. Trots den goda ambitionen att ge beslutsfattare stöd i samband med coronapandemin fanns etiska problem i detta policydokument. Ett av dessa var att Socialstyrelsen skrev att deras principer var baserade på den av riksdagen beslutade etiska plattformen för prioriteringar som sätter människovärdesprincipen främst. Men de principer som normerades i policydokumentet avvek från de etiska principer som prioriteringsordningen anger. I dokumentet påpekades å ena sidan att människovärdesprincipen inte medger att prioriteringar sker utifrån patientens kronologiska ålder, sociala situation, funktionsnedsättning eller utifrån huruvida patienten själv bidragit till sitt tillstånd. Å andra sidan framträdde ett nyttomaximerande tänkande som strider mot människovärdesprincipen. Lagstadgade etiska värden tenderade därmed att relativiseras och reduceras i relation till bristande resurser. Avvikelsen motiverades i en fotnot:

88. PD 9, s. 7

89. Ibid.

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.⁹⁰

Socialstyrelsen påpekade också att en bedömning av biologisk ålder fordrar att olika faktorer vägs samman, vilket enligt myndigheten kunde göras med hjälp av *etablerade skattningsskalor*. (Läsaren får anta att det är CFS som åsyftas). Socialstyrelsen presenterade därefter sin prioriteringsordning där förväntad återstående livslängd placerades i centrum.

Ett annat implicit värde som blev belyst i Socialstyrelsens båda policydokument med nationella principer var medarbetarnas hälsa:

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 stöd i att svåra beslut fattas på goda grunder och inte sker godtyckligt.⁹¹

Det är rimligt att tänka sig att vårdens medarbetare kan uppleva en lättnad när de får myndighetens stöd att göra strängare och förenklade behovsprioriteringar under en mycket påfrestande period med ett ovanligt stort behov av intensivvård i relation till befintliga materiella och personella resurser. Det är å andra sidan också rimligt att tänka sig att vårdens medarbetare tvärtom upplever en ökad etisk stress eftersom så många människor är utsatta, sårbara och beroende av hjälp – och att medarbetarna då förväntas följa dessa strängare och nya principer som också strider mot själva kärnan i den redan befintliga och lagstadgade prioriteringsplattformen. Prioriteringsplattformen gäller dessutom under såväl normala förhållanden som under en pandemi vilket väcker ytterligare en fråga: Hade Socialstyrelsen fått i uppdrag att normera principer som avviker från lagstiftningen? Kanske är det inte bristen på etiskt väl underbyggda principer som ger upphov till etisk stress och ohälsa, utan den reducering av de lagstadgade principernas innebörd som innebär att vårdens professioner på grund av bristande resurser förhindras att ge omsorg och att ta det etiska ansvar som de vill och vet att de borde ta.

90. PD 8, s. 8

91. Ibid., s. 8–9

Socialstyrelsens checklista för ökad patientsäkerhet under pågående covid-19-pandemi är riktad till chefer och ledare. Som framgår av policydokumentets titel placerades patientsäkerheten i centrum.⁹² Här fanns även följande formulering:

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt och kan lita på att vården ges på lika villkor skapar tillit och förtroende. Samtal och information vid livets slutskede ställer särskilt höga krav på hälso- och sjukvårdspersonalen.⁹³

Vad innebär det att bemöta patienten med respekt? Och vad avses med lika villkor? Lika villkor har i praktiken allt oftare kommit att innebära att alla patienter som har en viss åkomma ska få samma behandling oavsett var i landet man bor.⁹⁴ Lika villkor har gjorts till en fråga om standardisering. Det är inte samma sak som att alla patienter får adekvat vård efter behov. Den som exempelvis saknar högre utbildning eller som är äldre och multisjuk, kanske också dement, har inte samma möjligheter att samråda med sin vårdgivare om hur vården ska utformas och genomföras som en högtbildad person med intakta funktioner. Utsagan ovan pekar inte på något specifikt etiskt mål som ligger i linje med pandemiberedskapens och hälso- och sjukvårdens syften såsom att förhindra smittspridning, att alltid lindra och trösta och om möjligt bota. Ett sådant etiskt mål med förankring i lagstiftningen skulle exempelvis kunna vara att vården ska ges (på lika villkor till alla) efter behov och att den med störst behov av vård ska ges företräde (behovs- och solidaritetsprincipen). Medicinskt behov bedöms av professionerna och är inte detsamma som att få den vård som man efterfrågar. Detta att bemöta patienten med respekt nämndes i citatet ovan i förbifarten – och som ett medel för att skapa förtroende.

Eftersom innebörden av det etiska innehållet inte klargjordes i utsagan ovan kan missförstånd tänkas uppstå. Formuleringen öppnar för vitt skilda och motstridiga tolkningar. Det betonades även att chefer behöver ha förståelse för att pressen på medarbetarna är hög varför de kan behöva ges stöd. Detta antyder ett omsorgsetiskt tänkande men

92. Definitionen av patientsäkerhet är frånvaro av vårdskador (skador som vården orsakar)

93. PD 10, s. 5

94. Se t.ex. SOU 2017:48

målet för stödet förblir oklart. Som helhet är det etiska perspektivet i dokumentet snävt och abstrakt.

Region Stockholms styrande regelverk hade i likhet med dess titel karaktären av regler och krav som mottagaren uttryckligen uppmanades att följa. Inledningsvis betonades att sköra och multisjuka äldre utgör *den patientgrupp som drabbats hårdast av covid-19*. Och att vårdgivare som *ombändertar denna patientgrupp behöver ta ett fortsatt stort ansvar för covid-19-smittade*. Detta både i en akut fas och eftervård samt rehabilitering. Här betonades också att *vård i hemmet eller inom SÄBO kan vara det bästa alternativet utifrån behovet*.⁹⁵ Ordet *kan* är vagt och reser ett moraliskt krav på mottagaren att kunna och vilja göra en professionell bedömning av varje patients behov av vård under pågående pandemi. Inriktningen i dokumentet är att så långt som möjligt vårda sköra och multisjuka äldre utanför sjukhusen och dess akut- och intensivvårdsavdelningar. Samtidigt som de sköra, multisjuka äldre konstateras vara den patientgrupp som har drabbats hårdast av Covid-19 framställdes de i dokumentet som en grupp patienter som i möjligaste mån ska hållas borta från sjukhusen där den mest avancerade sjukvården ges. Det faktum att de är personer med individuella behov och förutsättningar, med det gemensamt att de är äldre, pekas ut som en patientgrupp gör frågan etiskt problematisk. Inte minst under pressade omständigheter i samband med en pandemi kan man tänka sig att sådana regelverk kan få etiskt oönskade konsekvenser såsom att individuella hänsyn inte tas i tillräcklig utsträckning. Det hör till saken att tillgången på läkare som har god kännedom om sina patienter i kommunal sjukvård är begränsad.

I sitt styrande regelverk betonade Region Stockholm under rubriken *Grundförutsättningar*, att husläkarmottagningar, basal hemsjukvård på kvällar, nätter och helger, ASIH, geriatrik och jourläkarbilar, *måste säkerställa kapacitet utifrån medicinska behov*.⁹⁶ Det är en etiskt mycket intressant formulering eftersom den sätter de medicinska behoven först och betonar att resurserna, kapaciteten, måste säkerställas. Det klagörs dock inte närmare vad Region Stockholm menar. I allmänhet brukar beslutsfattarna hävda att resurserna är begränsade varför behovsprioriteringar behöver göras. Just här föreföll den omvända ordningen gälla.

95. PD 12, s. 1

96. Ibid., s. 1

Det var i huvudsak instrumentella värden⁹⁷ utan konkret etiskt innehåll – medel utan tydliga etiska mål – som betonades såsom snabba beslut, utökad kapacitet, omprioritering och snabb inställetid. Regler och förväntade åtgärder var i huvudsak formulerade som uppmaningar, exempelvis:

- Säkerställ samarbete och samverkan med hemsjukvård
- Säkerställ om möjligt material och utrustning inom hemsjukvård för dygnets alla timmar
- Omprioritering av hemtjänstinsatser
- Utökad kapacitet för svårtsjuka personer i hemmet – Även för palliativa patienter
- Säkerställ kontaktvägar med relevanta aktörer (inblandade) inkl jourläkarbil

Hemsjukvården uppmanades också:

Säkerställ rådgivning och stöd till hemtjänstpersonal vid behov⁹⁸

För vilka syften, vad som närmare avsågs och för vems skull dessa snabba och kraftfulla insatser skulle genomföras beskrevs inte i policydokumentet. Ambitionen att frigöra intensivvårdsresurser framgick dock, liksom att i möjligaste mån vårda äldre och multisjuka på plats i särskilda boenden *genom att allokera och samordna resurser kring patienten*. Beträffande *vägledning vid medicinska beslut inför ställningstagande till vårdnivåförflyttningar* angav Region Stockholm följande:

- Inriktningen är att vård på högre vårdnivå ska ges till patienter efter att en läkare gjort en individuell bedömning av medicinska behov och nytta av vårdinsatsen
- Vid bedömning av medicinska behov och nytta av vård, kan Clinical Frailty Scale (CFS) användas som vägledning vid läkares bedömning, om denne har tillräcklig kunskap och erfarenhet av verktyget

97. Inom etiken görs skillnad på *intrinsikala värden* vilka har ett inneboende (egen-) värde som anses vara gott i sig, och *instrumentella värden* vilka har ett värde främst som medel för att förverkliga andra (intrinsikala) värden. Så utgör exempelvis ekonomiska resurser ett medel för att uppnå vård på lika villkor.

98. PD 12, s. 3

- I möjligaste mån ska medicinska komplikationer och försämringstillstånd omhändertaras på plats
- Medicinska beslut fattas på klinisk bedömning; labbutredning och röntgen används endast i undantagsfall
- Vid medicinska behov som inte kan tillgodoses i egna hemmet eller inom SÄBO ska i första hand geriatrisk vård övervägas
- För äldre sköra personer med stort vård- och/eller omsorgsbehov rekommenderas vård på akutsjukhus endast vid behov av akuta insatser som inte går att hantera på ordinarie vårdnivå till exempel akut kirurgisk åtgärd⁹⁹

Av denna (tredje) version av regelverket framgår att läkare ska göra individuella bedömningar av medicinska behov. Det framgår också att läkare kan använda CFS vid denna bedömning förutsatt att läkaren har tillräcklig kunskap och erfarenhet av verktyget. Vad detta innebär framgick emellertid inte. Inte heller vilka risker användningen av CFS kan tänkas vara förknippade med under en pandemi. Vilken betydelse kan exempelvis en påfrestande och kaotisk arbetsituation ha i sammanhanget?

Liksom i Socialstyrelsens policydokument med nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden, förde även Region Stockholm in nyttomaximerande värderingar som avviker från prioriteringsplattformen och reducerar människovärdesprincipen. Efter att ha undersökt en skör, multisjuk äldre person som smittats av Covid-19 kan en läkare som regel göra en bedömning av sin patients medicinska behov av vård. I denna bedömning ingår att ta ställning till om patienten skulle vara hjälpt av och inte löpa risk att försämras av en viss behandling. Begreppet *nytta* blir därför inte adekvat i sammanhanget eftersom patienten inte behöver en medicinsk behandling som patienten riskerar att dö av eller som inte hjälper och gör patienten gott. Genom att analysera Socialstyrelsens nationella principer för prioriteringar parallellt med Region Stockholms styrande regelverk framstår det som etiskt riskabelt att tala om patientnytta eftersom patientnytta i Socialstyrelsens dokument har reducerats till och definierats som (uppskattad återstående) livslängd.¹⁰⁰ Man bör i sammanhanget också fråga sig om *patientnytta* verkligen utgör ett

99. Ibid., s. 2

100. PD 8, fotnot på sidan 8

meningsfullt värde för en äldre multisjuk person i behov av mänsklig kontakt eller andlig närhet vid livets slut. Det är en biologistisk och reduktionistisk syn på människan som framträder där funktionsvärdet snarare än alla människors lika (inneboende) värde och värdighet sätts i första rummet. Detta är ett resultat som det kan finnas anledning för lagstiftaren att begrunda och ta ställning till.

Analysen visar att individuella läkarbedömningar förordades i flera dokument riktade till den kommunala vården. Samtidigt betonades vid upprepade tillfällen att det var en fördel om denna bedömning kunde ske på distans.¹⁰¹ Utöver det svek som sårbara och hjälpberoende äldre personer kan uppleva, kan detta vara riskabelt om läkaren inte känner sin patient och i en sådan påfrestande situation måste förlita sig på information från andra. I Socialstyrelsens dokument *Arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19* hänvisades också till CFS och Socialstyrelsens båda dokument med nationella principer för prioritering.¹⁰² Detta samtidigt som det saknades referens till den lagstiftade prioriteringsplattformen, definitioner av dess etiska principer och klargöranden av vilka värden som enligt denna prioriteringsordning ska vara överordnade andra värden.¹⁰³ Dessa förhållanden riskerar att ge ytterligare stöd för värderingar som strider mot och i praktiken åsidosätter människovärdesprincipen.

*

Analysen av de policydokument som kom under coronapandemin visar på en variation i fråga om förankring i det etablerade etiska värdesystem som svenska grundlagar, hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och professionernas yrkesetiska regler i huvudsak vilar på. Mest utförligt i fråga om etiska värden och principers innebörd var Socialstyrelsens policydokument *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19 pandemin*. Om de syften, mål och etiska värden/principer som kom till uttryck i policydokumenten under pågående coronapandemi kan man säga följande:

101. Se t.ex. PD 11, s. 4

102. PD 11

103. PD 11

1. Dokumenten hade ett stödjande syfte med ambition att vägleda och underlätta arbetet för medarbetare och chefer i vårdens olika verksamheter.
2. Med undantag av Socialstyrelsens *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin* förekom knappt några lagstadgade etiska mål, värden och principer i dokumenten. I de fall de nämndes, så klargjordes de inte.
3. Potentiella värdekonflikter uppmärksammandes och diskuterades på det hela taget inte.
4. I flera fall innehöll policydokumenten explicita nytto-maximerande värderingar som strider mot människo-värdesprincipen och därmed mot såväl grundlag som exempelvis den lagstadgade prioriteringsordningen.
5. Omsorg som etiskt värde var sällsynt, abstrakt eller saknades helt.
6. Policydokumenten pekade inte explicit på sjukvårdens syfte eller målen med pandemiberedskapen.

5.2.2 Organisatoriska förutsättningar

Pandemiberedskapen syftar till att rädda liv och skydda befolkningen mot sjukdom. Men den syftar också till att tillförsäkra smittade personer den vård och det skydd och det stöd som dessa personer behöver (medicinska behov och subjektivt upplevda behov). Som framgick av analysen av de policydokument som kom före coronapandemin förväntade sig myndigheterna – för dessa ändamål – att ett antal förutsättningar skulle vara på plats. Det rörde sig om *analys och planering, resurser av olika slag, samverkan och beredskap för etiska ställningstaganden*. Saknas sådana förutsättningar begränsas förmågan att i praktiken förverkliga de etiska mål, värden och principer som samhället normerar – och därmed att hantera en pandemi på ett effektivt och etiskt acceptabelt sätt. Därför är det angeläget att undersöka i vilken mån de förutsättningar som MSB och FHM pekat ut före pandemin

återspeglas i de policydokument som kom under coronapandemin. Framställningen nedan följer samma struktur som vid analysen av de dokument som kom före coronapandemin.

Förutsättning 1: Analys och planering

Enligt MSB:s föreskrifter förväntades bland annat landsting/regioner förebygga och motverka eventuella störningar i samhällsviktiga verksamheter som hälso- och sjukvård och att vidta nödvändiga åtgärder enligt sina *risk- och sårbarhetsanalyser*. Exempelvis förväntades de ha en behovsanalys av vilka materiella och personella resurser *som krävs* för att hantera extraordinära händelser. Det empiriska materialet ger inte underlag för att dra några slutsatser om landstingens och kommunernas egna analyser och planering i fråga om *arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser*. Det har heller inte varit möjligt att ta del av innehållet i Region Stockholms senaste risk- och sårbarhetsanalys då den var belagd med sekretess. Det kan dock vara av intresse att MSB tidigare bedömt att kommunerna inte har lagt tillräckligt med tid och pengar för att uppfylla lagens krav med risk- och sårbarhetsanalyserna.¹⁰⁴ Och att en överenskommelse mellan MSB och arbetsgivarorganisationen SKL i likhet med MSB:s föreskrifter anger en målbild som säger att *alla landsting ska arbeta med att minska sårbarheten i sin verksamhet och stärka förmågan att hantera allvarliga och extraordinära händelser i fredstid*. Men enligt beräkningar som SKL har gjort så uppgår landstingens kostnader för arbetet med krisberedskap till 138 mnkr per år, varför såväl innehållet som kvaliteten i de åtgärder som landstingen enligt denna överenskommelse ska genomföra har anpassats efter då gällande ersättningsbelopp från staten om 30 mnkr per år för 2018–2020. Detta innebär enligt överenskommelsen att landstingens arbete har inriktats på planering, utbildning och övning.¹⁰⁵ Intressant för syftet med den här rapporten är att SKL har kommit att förhandla om landstingens lagstadgade skyldigheter i relation till den ekonomiska ersättning som staten betalar ut, vilket enligt överenskommelsen med MSB har begränsat landstingens åtaganden. Detta kan möjligen vara en etisk fråga värd att analysera närmare, vilket inte varit möjligt inom ramen för denna rapport. Vi återgår nu till analysen av policydokumenten för att titta närmare på några andra förutsättningar för pandemiberedskapen.

104. MSB (2010)

105. MSB & SKL (2018)

Förutsättning 2: Resurser av olika slag

FHM betonade vissa resursmässiga förutsättningar för en god pandemiberedskap. Det rörde sig exempelvis om:

... tillgång till beredskapslager, tillgång till tillräckligt med kompetent personal [...] Resurser för beredskap vid utbrott behöver säkerställas och en planering för flexibel kapacitetsökning måste finnas inom vården och på laboratorier.¹⁰⁶

En fråga som infinner sig är vad som utgör tillräckliga resurser för att skydda befolkningens liv och hälsa vid en pandemi. När en allvarlig och smittsam pandemi bryter ut som också visar sig bli långdragen framstår frågan som än svårare. Det vill åtminstone till att det finns beredskapslager och att normaltillståndet i hälso- och sjukvården inte kännetecknas av en brist på vårdplatser och personal. Det är rimligt att tänka sig att sådana brister inte motsvarar de förväntningar som MSB och FHM betonade i sina policydokument om beredskap för kris och pandemi. Där stod bland annat att beredskapsarbetet syftade till att under normala förhållanden förebygga störningar, samt att reducera bort risker och sårbarheter för att stärka beredskapsförmågan.

Analysen ger stöd för att resurserna under coronapandemin i vissa fall var otillräckliga för att kunna upprätthålla de etiska mål och värden som samhället normerat. Av policydokumenten framgick exempelvis bristen på tillgång till läkare i kommunal sjukvård och en oro över att intensivvårdsplatserna var för få. De kommunala verksamheterna uppmanades också att säkerställa att deras personal hade *basal kunskap* om hygienrutiner och användning av personlig skyddsutrustning.¹⁰⁷ Även om det är kloka och värdefulla råd så framstår det i policydokumenten som att tillgången på kompetent personal för vårdbehoven var otillräcklig när coronapandemin bröt ut.

Region Stockholm gav vårdverksamheter utanför akutsjukhusen utökade uppdrag för att ta ansvar både för fler patienter och för patienter med stora behov av sjukvårdsinsatser inom ramen för kommunal sjukvård. Detta kan ses som ett exempel på en sådan flexibel kapacitetsökning som FHM betonat nödvändigheten av. Det empiriska materialet ger inte underlag för att bedöma huruvida dessa utökade uppdrag i praktiken innebar att tillgången till kompetent sjukvårdspersonal

106. PD 1, s. 13

107. PD 11

i kommunerna var tillräcklig eller inte. Av dokumenten framgick dock en ängslan över att intensivvårdsplatserna inte skulle räcka till.¹⁰⁸ Slutligen kan Socialstyrelsens nya och strängare principer för prioriteringar – som på kort tid arbetades fram under våren 2020 – förstås som en oro över att resurserna inte skulle räcka till med tanke på de medicinska behov som pandemin befarades ge upphov till.

Strategin för pandemiberedskap föreföll i detta avseende ha varit att vid behov ställa högre krav på vårdgivare och deras medarbetare i fråga om kapacitet och att göra hårdare behovsprioriteringar, snarare än att minska sårbarheten genom att i förväg ha säkerställt att nödvändiga och tillräckliga resurser fanns på plats innan pandemin bröt ut. Men också att genom styrning, utbildning och organisering ha borgat för att lagstadgade etiska principer – såsom prioriteringsplattformen – var väl kända och legitima på samtliga beslutsnivåer i systemet.

Förutsättning 3: Samverkan

De policydokument som kom före coronapandemin pekade på nödvändigheten av att ha väl etablerade strukturer för samverkan och effektiva former för samarbete mellan aktörer på alla nivåer i systemet innan en pandemi bryter ut. Det fanns dock oklarheter i fråga om vilka mål som skulle uppnås med detta samarbete och hur ansvarsförhållandena såg ut. Baserat på det empiriska materialet är det svårt att säga någonting om i vilken utsträckning det förväntade samarbetet åstadkommit. Det har å andra sidan inte gått att finna något stöd för att det fanns en etablerad och effektiv struktur eller former för samarbete som innebar att olika myndigheter, organ, vårdgivarorganisationer och enheter *ömsesidigt höll varandra ansvariga* för målen i svensk pandemiberedskap och för hälso- och sjukvårdens syfte. Detta är i sig ett organisationsetiskt intressant resultat.

I flera regioner och i flera vårdgivarorganisationer finns särskilda etikråd, etikombud och en samordningsfunktion för etik. Samarbete med sådana funktioner refererades inte till i policydokumenten. Där emot återfanns exempel på ensidigt kravställande på kommunal och regional nivå, vilket kan tänkas ha med avtalsstyrningen i beställar- och utförarorganisationer att göra. För kommunala verksamheter innebar Region Stockholms styrande regelverk (som framgår ovan) bland annat krav på ökad kapacitet i särskilda boenden som SÄBO

108. Se t.ex. PD 12

och inom hemtjänsten. Beträffande samarbete och samverkan angavs exempelvis att vårdområdet *hemsjukvård jourtid* skulle säkerställa samverkan och samplanering med hemtjänst och vidare:

Säkerställ kontaktvägar mellan ansvarig läkare och kommunfinansierad vårdgivare på LSS-boende/Socialpsykiatri¹⁰⁹

Socialstyrelsen skrev i sitt stöd till kommunal hälso- och sjukvård att:

Skapa god tillgänglighet till läkare och distriktssköterska på vårdcentralen för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunen. Skapa förutsättningar för fortlöpande avstämningar och dialog om aktuellt läge för särskilda boendeformer och hemsjukvården.¹¹⁰

Ovanstående citat väcker frågan om samarbetet mellan kommun och region i högre grad inte redan borde ha varit etablerat, väl fungerande och effektivt. Kommunerna där många äldre, multisjuka och sköra vårdas är som bekant särskilt sårbara och därför beroende av en nära och väl fungerande kontakt med läkare och sjuksköterskor i regionen också under normala förhållanden. Citaten ovan säger inte heller någonting explicit om vad det är för mål som ska eftersträvas.

Förutsättning 4: Beredskap för etiska ställningstaganden

FHM betonade vikten av att *i förväg beakta* etiska frågor *i planeringen inför en pandemi* och att *i förväg* utarbeta beslutsprocesser som möjliggör att de etiska frågeställningarna kan hanteras. Analysen ger belägg för att sådan beredskap i väsentliga avseenden saknades vid coronapandemins utbrott. Exempelvis återfanns en bristande förtroenhet och respekt för redan väl etablerade etiska principer för medicinska behovsprioriteringar. I stället gjordes hänvisningar till CFS och Socialstyrelsens hastigt framtagna principer för användning i kontakten mellan läkare och sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård vid bedömning av patienters förmåga att klara av behandling. Mottagande verksamheter uppmanades exempelvis att:

109. PD 12, s. 3

110. PD 11, s. 2

Upprätta och sträva i förväg efter individuella vårdplaner med information om vårdnivå och behov av samverkan, behandling och vidare behandling vid förändrat hälsoläge. I bedömningen av patientens förmåga att klara av en behandling kan patientens skörhet skattas med stöd av exempelvis Clinical Frailty Scale (CFS, se länk i referenslistan). Samtala om handläggning vid eventuell covid-19 infektion utifrån prognos och de nationella principerna för prioritering av rutin-sjukvård under covid-19 pandemin och de nationella principerna för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden.¹¹¹

Trots att ett syfte med policydokumentet var *att kunna ge god vård och omsorg ... utifrån individens behov*, fokuserades här åter äldre personers förmåga att klara av en behandling, snarare än att bedöma just individens vårdbehov. Policydokumentet innehåller i detta avseende från lagstiftningen avvikande etiska värden och principer, vilket framstår som extra allvarligt med tanke på att rekommendationerna riktar sig till den kommunala sjukvården som rimligtvis inte har samma kunskap om och erfarenhet av att tillämpa prioriteringsplattformen vid medicinska prioriteringar jämfört med den regionala hälso- och sjukvården.

Analysen gav inte heller stöd för att nedanstående förutsättningar var uppfyllda:

- Etablera en process eller rutin för strukturerad och systematisk hantering av etiska frågeställningar vid en pandemi.
- Skapa rutiner för hantering av utbrott på särskilda boenden, äldreboenden och sjukhem.
- Planera för prioritering av patienter i alla delar av vårdkedjan och användning av vårdplatser under en pandemi.¹¹²

Det var snarare så att även de policydokument som kom under coronapandemin påpekade att sådana rutiner och processer bör finnas eller behövde etableras. Detta tyder på en osäkerhet i fråga om att sådana var etablerade i verksamheterna och därmed på ett behov av bättre inblick och kontroll. Under pandemin uppmärksammade både Socialstyrelsen och Region Stockholm en eller flera av ovanstående

111. Ibid., s. 2

112. Ibid., s. 38

förutsättningar. Men trots intentionen att ge konkret vägledning under de extraordinära förhållanden är det rimligt att fråga vilken pandemiberedskap som egentligen fanns på plats när coronapandemin bröt ut. Var det en rimlig beredskap med tanke på vad som står på spel och sett till de etiska mål, värden och principer som samhället normerar? Borde exempelvis inte sjukvårdens verksamheter redan ha varit förtrogna med den lagstadgade prioriteringsplattformen och ha väl beprövade erfarenheter av att tillämpa den med tanke på att vårdens resurser nästan alltid är begränsade? Dessutom gäller den även under en pandemi. Och, borde inte de offentliga tjänstemännen i myndigheter och förvaltningar ha varit mer förankrade i förvaltningsetiska, grundlagsskyddade principer?

Socialstyrelsens nationella principer för prioriteringar inom intensivvård var inte lika utförliga i fråga om etiska principer som motsvarande dokument för rutinsjukvård. Möjligen förutsatte Socialstyrelsen att målgruppen inom intensivvård var mer kunnig och erfaren när det kom till etiska prioriteringar jämfört med rutinsjukvården. En annan tolkning är att det är just inom intensivvården som pressen på medarbetare och chefer, liksom bristen på vårdplatser under en pandemi är som störst varför det är rimligt att tänka sig att det fanns ett upplevt behov av att minska trycket (efterfrågan) på intensivvård. Men också att sänka de etiska kraven på dem som måste fatta de svåra besluten om prioriteringar vilka kan avgöra vem som ges möjlighet att överleva och vem som inte ges den möjligheten. Det här är naturligtvis mycket komplexa och känsliga frågor som i sig rymmer flera mål-, värde- och intressekonflikter: å ena sidan medarbetarnas hälsa i form av minskad etisk stress under pågående pandemi (med bristande resurser), å andra sidan frågan om vem som ska ges en chans att överleva. Å ena sidan en kortsiktig budget i balans, å andra sidan ett långsiktigt hållbart och etiskt försvarbart hälso- och sjukvårdssystem.

I Socialstyrelsens policydokument riktat till chefer och ledare, en checklista, stod:

Säkerställ att det finns rutiner för prioriteringar av vårdinsatser, beslut och behandlingsåtgärder samt hur dessa dokumenteras.¹¹³

113. PD 11, s. 3

Det framgick inte vilka rutiner för prioriteringar det rörde sig om. Detta kan medföra att en chef eller ledare i det offentligas tjänst som själv inte är sjukvårdsutbildad, frågar tungt belastade medarbetare och får till svar att rutiner för prioriteringar finns. Det kan därmed förbli oklart för chefen vad det rör sig om och då kan chefen faktiskt sett inte säkerställa att sådana rutiner som Socialstyrelsen har i åtanke finns. Man kan förstås tänka sig att chefer och ledare redan före pandemin var förtrogna med sådana rutiner, men tidigare forskning har visat att så inte alltid är fallet ens för chefer som var läkare eller hade annan sjukvårdsutbildning. I de fall kunskapen om etiska principer och lagstadgad prioriteringsordning fanns underordnades dessa kortsiktiga ekonomiska mål och värden.¹¹⁴ Det vill säga etiken gavs en perifer betydelse i styrningen.

Enligt Socialstyrelsens policydokument riktat till intensivvård var en förutsättning för att tillämpa dessa mer långtgående principer för prioriteringar att vårdgivare först *bör* ha uttömt alla möjligheter att öka de intensivvårdsresurser det rör sig om.¹¹⁵ Det stod också att prioriteringsprinciperna i dokumentet:

... 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 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.¹¹⁶

Anvisningarna ovan rörde medicinska prioriteringsbeslut under extraordinära förhållanden vilka det bör finnas såväl strukturer för som förankring inom aktuell intensivvårdsenhet. Två erfarna läkare bör därtill samråda före beslut och beslutet ska i patientens journal tydligt motiveras utifrån principerna. Det framgick dock inte vilket etiskt mål policydokumentet syftade till att uppnå eller vilka risker som förelåg om beslut exempelvis inte föregåtts av samråd läkare emellan. Det framgick inte heller vilken status de principer som angavs i dokument hade i relation till prioriteringsplattformens prioriteringsordning. Vad skulle exempelvis hända om en intensivvårdsavdelning

114. Falkenström (2012), s. 113 ff

115. PD 8, s. 5

116. Ibid., s. 8

bortsåg från Socialstyrelsens principer och i stället tillämpade prioriteringsplattformen? Däremot framgick det att principerna var tänkta att tillämpas endast *om behovet av intensivvård skulle komma att överstiga tillgängliga resurser och att intensivvårdsresurserna måste reserveras* för de patienter som har stor sannolikhet att överleva.¹¹⁷ Dessa båda avsikter är motstridiga och kan rimligtvis inte övertyga mottagaren om vad myndigheten vill.

Syftet med dessa principer var att stödja hälso- och sjukvården att fatta beslut om prioriteringar *enligt den gällande etiska plattformen för öppna prioriteringar*. Den goda intentionen till trots är det svårt att se på vilket sätt policydokumentet gör detta eftersom nyttomaximerande värderingar förts in som strider mot den i svensk lagstiftning grundläggande människovärdesprincipen. Med tanke på det ansvar som regionerna har i fråga om personella och materiella resurser är det också rimligt att på nytt ställa frågan om dessa resurser verkligen var tillräckliga när pandemin bröt ut. Hälso- och sjukvården har under lång tid haft besparingskrav på sig, många medarbetare har sagts upp och problemen med utmattning och sjukskrivning är väl dokumenterade.¹¹⁸ Under sådana kaotiska förhållanden som råder under en pandemi finns det en risk att krav på strängare prioriteringar – detta att *reservera tillgängliga resurser* – används i syfte att brist på vårdplatser inte ska uppstå. Den risken kan ha förstärkts av det faktum att något explicit etiskt mål för prioriteringsprinciperna inte angivits.

*

Som framgått ovan ställde exempelvis Region Stockholm höga krav på sina leverantörer/vårdgivare. Men det saknades reflektion kring vilka etiska risker, problem och värdekonflikter som dessa krav skulle kunna tänkas ge upphov till i de mottagande verksamheterna. En sådan reflektion hade i sammanhanget varit befogad särskilt med tanke på rekommendationen att använda CFS för bedömning av äldres vårdbehov, samt de krav som ställdes på kommunala verksamheter i fråga om snabba beslut och att:

117. Ibid., Förord samt s. 6

118. Se t.ex. Aiken m.fl. (2012)

... hantera fler och svårare sjuka patienter i särskilda boenden tex SÄBO och i hemtjänst, samt att säkerställa att patienter från slutenvården kan lämna sjukhuset samma dag som de är utskrivning klara [sic].¹¹⁹

Beträffande smittskyddsåtgärder gav FHM följande råd:

Även vid lindriga besvär som hosta eller förkylningssymptom är det extra viktigt för den som arbetar inom vård och omsorg att stanna hemma för att skydda medarbetare, patienter och omsorgstagare.¹²⁰

Budskapet är självklart och rimligt. Men i mötet med praktiken föreligger en intresse/värdekonflikt, i synnerhet inom kommunal sjukvård som ofta är underbemannad. Där saknar också många medarbetare adekvat utbildning. De är timvikarier och kanske känner sig tvungna att gå till jobbet för att klara sin och familjens försörjning, inte utsätta sina arbetskamrater för stress och även av rädsla för att inte få fler arbetspass om de inte ställer upp. Sådana potentiella värdekonflikter relaterade till organisatoriska förutsättningar – vilka kan begränsa förmågan att hantera en pandemi på ett etiskt ansvarsfullt sätt – blev inte belysta i policydokumenten. Det restes heller inte någon tydlig varning för vilka konsekvenserna skulle kunna tänkas bli om äldres behov av hälso- och sjukvård inte skulle kunna tillgodoses i kommunerna. Policydokumenten som kom under coronapandemin belyste inte heller den uppenbara värde/intressekonflikten att nödvändiga smittskyddsåtgärder kan komma i konflikt med enskilda personers identitet, integritet och värdighet – med patienters eller omsorgstagares behov av närhet, omsorg och besök av närstående. Vilka avvägningar, förhållningssätt och praktiska möjligheter skulle trots allt kunna tänkas minska mänskligt lidande och tillgodose behov av närhet, även om smittskyddsåtgärdena medför begränsningar? Detta empiriska resultat ger starka skäl för att integrera ett omsorgsetiskt perspektiv i styrningen – inte minst eftersom det kan bidra till en större inlevelse i hur ett policydokument landar och kan komma att omsättas i de mottagande verksamheterna och vilka konsekvenser detta kan få.

119. PD 12, s. 5

120. PD 11, s. 2

Båda Socialstyrelsens dokument med nationella principer för prioriteringar uppmärksammade att tillämpningen av principerna kan ge upphov till etisk stress bland hälso- och sjukvårdens medarbetare.

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 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.¹²¹

De faktorer som nämns ovan förefaller vara sent påkomna och i vissa fall praktiskt omöjliga att tillgodose under pågående pandemi. Ett öppet samarbetsklimat tar lång tid att utveckla och växer fram som ett resultat av ömsesidigt förtroendefulla relationer. Det förutsätter en ömsesidigt genuin omsorg om varandra och i utformningen av vårdens styrning för att den inte ska undergräva förtroendet och medarbetarnas lojalitet mot sin arbetsgivare. Återhämtning och vila framstår som svårt att få till när brist på vårdplatser och kompetent personal råder och trycket på vården är större än under normala förhållanden. I värsta fall kan man också tänka sig att det vällovliga stödet till ledarskapsfunktioner för att dessa i sin tur ska kunna ge vårdens professioner stöd under pågående pandemi kan komma att få motsatt verkan eftersom många medarbetare under lång tid har upplevt sig svikna av huvudmännen. Vid sidan om rimliga arbetsvillkor bör ett sådant stöd alltid finnas och därmed ha varit etablerat redan innan coronapandemin bröt ut. Stödet bör inte ges som kompensation för undermåliga villkor.

Trots riskerna med att på kort tid och under en pågående pandemi ta fram riktlinjer för prioriteringar gjorde både Socialstyrelsen och Region Stockholm detta. Nödvändigheten att i enlighet med svensk demokratisk tradition bereda beslut, involvera olika intressentgrupper

121. PD 8, s. 8–9. En snarlik formulering återfinns även i PD 9

och att låta breda överläggningar föregå sådana etiskt viktiga ställningstaganden har därmed bortsetts ifrån. Det är också intressant att notera att det är 11 män (filosofer och läkare) som har bidragit till att ta fram Socialstyrelsens policydokument med nationella principer för prioriteringar. Det är rimligt att tänka sig att ett omsorgsetiskt perspektiv hade kunnat inkluderas om beredningsprocessen sett annorlunda ut och om gruppens sammansättning hade varit annorlunda. Inte minst hade detta varit motiverat med tanke på att de äldre och sköra personer som särskilt kommit att beröras av dokumentet återfinns inom den kvinnodominerade offentligt finansierade kommunala hälso- och sjukvården.

Analysen gav inget stöd för att de policydokument som kom under coronapandemin hade tagit hänsyn till de mottagande organisationernas förutsättningar att följa de riktlinjer som gavs och de etiska mål, värden och principer som framgår av svensk lagstiftning.

5.3 Diskussion

Syftet har inte varit att bedöma den generella kvaliteten i policydokumenten eller deras relevans givet den aktuella situationen under coronapandemin. Syftet har varit att ge ett kunskapsbidrag som säger någonting väsentligt om den svenska pandemiberedskapens etiska dimension, mer specifikt om centrala organisationsetiska aspekter som har betydelse för Sveriges förmåga att ta ansvar för i samhället väl etablerade etiska mål, värden och principer som står på spel i hälso- och sjukvårdens verksamheter. De viktigaste resultaten kan sammanfattas i följande punkter:

1. **Abstrakta begrepp.** De etiska aspekter som förekom i policydokumenten var med ett fåtal undantag abstrakt beskrivna. Etiska mål, värden och principer definierades som regel inte. Det etiska perspektivet var snävt och innehöll endast ett fåtal etiska aspekter. Det finns därmed en risk att ansvariga aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet inte är överens om betydelsen av centrala etiska mål, värden och principer och hur dessa ska viktas i relation till varandra och till andra mål och värden.

2. **Reduktionistisk människosyn.** Ett etiskt värdefundament som avspeglar samhällets humanistiska människosyn, etiska värderingar och pandemiberedskapens syfte saknades i policydokumenten. Mänskliga, moraliska kvaliteter och omsorg som etiskt värde i styrningen negligerades. Det var i huvudsak en biologistisk syn på människan som framträdde. Nyttomaximerande värderingar som strider mot människovärdesprincipen återfanns i flera policydokument trots att patientnytta inte kan antas ha något värde exempelvis för en äldre multisjuk person i behov av mänsklig eller andlig närhet vid livets slut. Det stod inget om subjektivt upplevda behov vid livets slut, inget om människan som social och existentiell varelse.

3. **Ingen bedömning av mottagande verksamheters förutsättningar** att följa de anvisningar som gavs och samtidigt ta ansvar för lagstiftade etiska mål och värden. Trots att policydokumenten gav ett omfattande kunskapsstöd kan de regler och riktlinjer som kom under coronapandemin också tänkas ge upphov till etiska problem i vårdens verksamheter och få etiskt tragiska konsekvenser. Men mål- och värdekonflikter belystes som regel inte. Konsekvensbedömningar gjordes ej. Risker diskuterades inte tillräckligt, exempelvis vid användning av CFS och Socialstyrelsens nationella principer inom äldreboenden/kommunal sjukvård. Det är inte säkert att man som lekman förstår innebörden av dessa principer och kan relatera dem till lagstadgade etiska principer. Allvaret i denna situation förstärks av att fast läkarkontakt med helhetsansvar för planering och samordning av den medicinska vården på SÄBO saknas.¹²²

4. **Fokus på medel snarare än mål.** Hälsa- och sjukvårdens syfte betonades som regel inte. I flera fall gavs anvisningar i fråga om vad andra ska göra, inte vilka övergripande professionella mål och etiska principer som ska vägleda

122. I SOU 2001:6 föreslog kommittén bl.a. att en sådan fast läkarkontakt ska finnas vid respektive enhet i de särskilda boendeformerna. (s. 58)

handling. Tendens att detaljstyra snarare än skapa förutsättningar för professionella bedömningar och etiskt ansvarstagande.

5. **Avvikande syn på etiskt betingad stress.** Man bortsåg från att etiskt betingad stress och ohälsa kan uppstå när professionerna av yttre omständigheter (exempelvis otillräckliga resurser och undermålig styrning) förhindras att ta det etiska ansvar som deras omsorgskunskap eller legitimation fordrar, eller att göra etiska bedömningar på grundval av lagstadgade etiska principer. I stället antogs att de nya principer som Socialstyrelsen tog fram under pandemin skulle minska den etiska stress som kunde uppstå till följd av de tuffare prioriteringar som vårdens medarbetare var tvungna att göra för att intensivvårdsplatserna skulle räcka till. Genom att ta fram nya principer för prioriteringar som avviker från den lagstadgade människovärdesprincipen, kan den etiskt betingade stressen hos vårdens medarbetare snarare tänkas öka.
6. **Centrala förutsättningar fanns inte på plats.** De policydokument som kom under coronapandemin tyder på att centrala förutsättningar som påpekats i policydokument som kom före pandemin inte fanns på plats när pandemin bröt ut. I Region Stockholm föreföll strategin för pandemihantering ha varit att vid behov ställa högre krav på vårdgivarna att öka sin kapacitet och att göra strängare prioriteringar för att platsbrist inte skulle uppstå. Betydelsen av strukturer och etablerade rutiner för svåra etiska frågor påtalades före pandemin, men klargjordes inte och föreföll inte ha hörtsammats. Oklara ansvarsförhållanden rådde i fråga om etiska aspekter och hur olika aktörsgrupper håller varandra ömsesidigt ansvariga för vårdens syfte. Vårdens syfte och målen för den svenska pandemiberedskapen förefaller inte ha stått i centrum.

Några av dessa punkter förtjänar ytterligare diskussion.

På MSB:s hemsida framgår att *Syftet med svensk krisberedskap är att värna befolkningens liv och hälsa, samhällets funktionalitet och förmågan att upprätthålla våra grundläggande värden som demokrati, rättssäkerhet och mänskliga fri- och rättigheter*.¹²³ Den meningen refererar till och bekräftar det svenska samhällets väl etablerade etiska och demokratiska värdesystem som vilar på en humanistisk människosyn. Den anger en tydlig målinriktning. Liknande formuleringar återfanns i de dokument som kom före coronapandemin. Dessa formuleringar pekade å ena sidan ut en tydlig målinriktning, men genom att etiska mål, värden och principer varken definierades, konkretiserades eller återknöts till så var det en abstrakt och otydlig etik som framträdde i de policydokument som kom före coronapandemin.

Smittskyddsarbete, som syftar till att skydda befolkningen och såväl medarbetare, patienter som omsorgstagare, är till sin karaktär förhållandevis instrumentellt. Det rör sig exempelvis om att hålla avstånd, om rutiner för hygien, om skyddsutrustning och om rumsliga anvisningar för hur undersökningar bör utföras. Men varken FHM eller Socialstyrelsen integrerade ett tydligt etiskt och omsorgsetiskt perspektiv i sina policydokument som kom under coronapandemin. Etiken gavs i dessa fall en blygsam roll. I Region Stockholms policydokument förekom ett par etiska begrepp, men det saknades hänvisningar till lagstadgade etiska mål, värden och principer. Frånvaron av omsorgsetiskt tänkande var påtaglig. Genom att integrera omsorg i policydokumenten hade regionen kunnat betona vikten av att bry sig om de sårbara och utsatta personer som deras policydokument ytterst kom att påverka. Som framgått av analysen var det som regel instrumentella värden som snabbhet, medel utan tydliga etiska syften och mål som betonades. Det är ett lite överraskande resultat med tanke på att traditionen länge varit att styra genom tydliga mål och låta professionerna själva avgöra på vilka sätt (med vilka medel) dessa mål ska uppnås. Utifrån ett organisationsetiskt perspektiv är det sjukvårdens och pandemiberedskapens syfte som borde stå i centrum och borge för att en robust beredskap hade funnits på plats. Men analysen visade att Region Stockholms strategi för hantering av coronapandemin snarare var att vid behov ställa högre krav på vårdgivarnas kapacitet

123. www.msb.se den 1 december 2020

och att göra hårdare behovsprioriteringar för att en brist på vårdplatser inte skulle uppstå.

Abstrakta begrepp och otydliga beslut kan å ena sidan ge aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet ett nödvändigt eget manöverutrymme, frihet att i sin praktik och tillsammans med kollegor själva bedöma vad som behöver göras. Men det finns också en risk med abstraktioner och otydligheter och det utrymme för tolkningar och lokala tillämpningar som dessa öppnar för. Resultaten i den här rapporten visar till exempel att etikens (s)vaga ställning har öppnat dörren för en annan människosyn som strider mot de etiska principer som är fastlagda i svensk lagstiftning och FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna. Detta säger någonting väsentligt om etiken i den praktiska inriktningen på arbetet med pandemiberedskap. Det är en fråga som rimligtvis förtjänar att undersökas ytterligare.

Analysen tyder över lag på att policydokumentens avsändare förutsatte att den mottagande organisationen hade nödvändig och tillräcklig kompetens för att förstå innebörden av lagstadgade etiska mål, värden och principer, liksom för att utforma lokala riktlinjer för den egna verksamheten baserade på de policydokument som kom. Å andra sidan kan man tolka resultaten som att myndigheterna befarade att tillräcklig medicinsk kompetens inte fanns eftersom konkreta anvisningar togs fram. Flera policydokument påpekade vikten av olika förutsättningar för en effektiv och lyckad pandemiberedskap. Överlag saknades dock reflektion i fråga om vad som faktiskt krävs för att mottagaren, exempelvis en region, en kommun, ett äldreboende eller en intensivvårdsavdelning ska kunna leva upp till centrala etiska mål, värden och principer. Konkreta saker behöver finnas på plats: ändamålsenliga organisatoriska strukturer och styrsystem, vårdkunnig ledning, tillräckligt med vårdplatser och personal, en viss utbildningsnivå, material, samordning etc. Om inte detta framgår av styrdokumenterna är avsändarna i någon mening medskyldiga till de eventuella brister och negativa etiska konsekvenser som uppstår. I praktiken kan tillsynes självklara och för smittskyddsarbetet avgörande riktlinjer komma i konflikt med den bemanningssituation som råder. Sådana allvarliga värdekonflikter behöver uppmärksammas och i möjligaste mån förebyggas och belysas i dokumenten för att så långt som möjligt minska de negativa konsekvenserna av dem.

Organisationstrukturer och system som syftar till att olika funk-

tioner, enheter och aktörsgupper inom hälso- och sjukvårdssystemet ömsesidigt kan hålla varandra ansvariga för hälso- och sjukvårdens och pandemiberedskapens syfte föreföll saknas.¹²⁴ De analyser som kommuner och regioner gör av sin krisberedskap och som rapporteras till MSB kan förvisso förstås som ett sätt att hålla varandra ansvariga för samhällets krisberedskap. Något etiskt värdesystem kom dock inte till uttryck i detta sammanhang. Ett annat problem var att kommuner och regioner enligt avtal mellan MSB och SKL inte ansåg sig behöva ta ett större ansvar för sin pandemiberedskap än vad staten ersatte dem för. Detta framgick av dokument som inte ingick i den empiriska analysen, men som lästs vid sidan om och refererats till ovan. Med tanke på den svenska pandemiberedskapen och förmågan att upprätthålla centrala etiska och demokratiska värden och samhällsviktiga funktioner kan detta vara en fråga som förtjänar att utforskas vidare. Potentiellt finns det en outnyttjad möjlighet att explicit lyfta fram lagstadgade etiska mål, värden och principer för att ytterligare klargöra syftet med krisberedskapen, olika aktörers moraliska förpliktelser och drivkrafterna bakom de risk- och sårbarhetsanalyser som bland andra kommuner och landsting enligt lag är skyldiga att göra.

5.3.1 För vems skull och till vilket pris?

I policydokumenten som kom under coronapandemin hänvisades (vid sidan av de riktlinjer som gavs) till de mottagande vårdgivarnas egna, lokala bedömningar och rutiner, liksom till nödvändigheten av att ta fram lokala riktlinjer utifrån exempelvis de principer som Socialstyrelsen angivit. En central tanke, får läsaren förmoda, är att man måste ta hänsyn till den konkreta verkligheten inom ett visst verksamhetsområde. Men sådana bedömningar, rutiner och lokala riktlinjer med förankring i den lagstadgade prioriteringsplattformen borde i någon mån redan ha funnits på plats när pandemin bröt ut. Dessutom framstår det som en både onödig och etiskt vanskelig börda som läggs på de redan tungt belastade verksamheterna att under pågående pandemi ta fram nya riktlinjer för sin verksamhet utifrån Socialstyrelsens nya principer och CFS. Att med kort varsel i en kaotisk och etiskt påfrestande situation – utan breda överläggningar som är brukligt då ärenden bereds i svenska demokratiska beslutsprocesser –

124. Emanuel (2000)

formulera nya och etiskt avvikande principer för prioriteringar måste också betraktas som etiskt problematiskt med tanke på befolkningens förtroende för myndigheterna. Det fanns inte heller någon tydlig varning för vilka de etiska konsekvenserna skulle kunna bli av de nya policydokumenten om prioriteringar – trots kännedom om de äldres sårbarhet, personalens villkor och bristande tillgång på läkare i kommunerna. Sammantaget kan detta riskera att öppna för såväl missförstånd som godtycke och relativism, exempelvis om verksamheter justerar sina lokala riktlinjer till nackdel för patienter och medarbetare med hänvisning till bristande kompetens eller ekonomiska resurser. Trots goda avsikter är det rimligt och nödvändigt att fråga sig i vilket syfte, på vilka grunder, för vems skull och till vilket pris som Socialstyrelsen och Region Stockholm egentligen tog fram sina policydokument om principer för prioriteringar under pågående pandemi.

6.

AVSLUTNING

Den övergripande slutsatsen är att centrala och i samhället väl etablerade etiska värden och principer, såsom alla människors lika värde, mänsklig värdighet, trygghet, jämlikhet och solidaritet, gavs ringa betydelse i de policydokument som myndigheterna använde för sin styrning av hälso- och sjukvården inför och under coronapandemin. Resultaten bekräftar tidigare forskningsresultat om etikens svaga ställning i vårdens styrning. Varken lagstiftning, värdegrunder, individuell etisk kompetens eller riktlinjer har hittills visat sig vara tillräckliga för ett praktiskt etiskt ansvarstagande i styrningen av hälso- och sjukvården.¹²⁵ Det finns därmed ett brett empiriskt stöd för slutsatsen att etiska mål, värden och principer negligeras och att detta tenderar att ge upphov till tragiska konsekvenser i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Både för medarbetare och dem vården finns till för.

För att kunna eftersträva och upprätthålla grundläggande etiska och demokratiska värden – och därmed en humanistisk människosyn – så behöver etiken *organiseras in i hälso- och sjukvårdssystemet, dess funktioner och processer på ett sådant sätt att lagstadgade etiska mål, värden och principer inte negligeras eller trängs undan av konkurrerande principer, särintressen och annan styrning*. Fakta och (snäv) vetenskaplig kunskap räcker inte. I stället behöver etiska principer vara en utgångspunkt. Omsorg, etisk reflektion och systematisk analys bör integreras i allt beslutsfattande som rör utformning av styrmodeller, styrmedel och ersättningsystem, samt för fördelning av ekonomiska resurser för att tjäna hälso- och sjukvårdens syfte. I ljuset av de etiska och moraliska brister som visat sig under coronapandemin, såsom sveket mot sär-

125. Se t.ex. PrioriteringsCentrum (2007), De Geer & Tullberg (2010), Falkenström (2012); Falkenström & Höglund (2018); IVO (2020); SOU 2020:80

skilt utsatta grupper och villkoren för vårdens och äldreomsorgens medarbetare, skulle en sådan organisering och system för ömsesidigt ansvarstagande för vårdens syfte få goda effekter även på sikt genom att organisationskulturen kontinuerligt utvecklas och ett omsorgsetiskt perspektiv tillåts komma till uttryck på hälso- och sjukvårdssystemets alla nivåer.

Coronapandemin har påmint om varje människas sårbarhet. Även den mest resursstarka, väletablerade och självständiga person kan någon gång under sitt liv råka ut för omständigheter som utlöser kris och gör en beroende av andra människors hjälp och omsorg. Coronapandemin har på samma gång blixtbelyst det faktum att vissa grupper av människor är mer sårbara och beroende än andra. Det gäller exempelvis äldre och multisjuka personer som inte har fått den vård och den omsorg som de har rätt till. Det gäller också grupper av medarbetare som varit utsatta för smitta och en lång tid tvingats att arbeta under påfrestande förhållanden och med undermåliga villkor. I flera fall (initialt) utan vare sig adekvat skyddsutrustning eller tillräckligt ledningsstöd.

Sårbarheten kan ha sin källa i såväl samhällets strukturella förhållanden som i aktuella kontextuella omständigheter. Svensk grundlag slår fast att alla människor har samma höga värde och rätt till ett värdigt liv. Men inte ens den professionella yrkesutövare som vill kan idag alltid agera för att hjälpa andra när de är som mest sårbara och beroende av hjälp. De förhindras många gånger av bristfällig styrning och organisatoriska förhållanden och drabbas samtidigt själva av stress. En del sjuksköterskor valde redan före pandemin att byta yrke. År 2017 uppgav SCB att 9 000 sjuksköterskor som lämnat yrket på grund av exempelvis stress, hög arbetsbelastning, liten möjlighet att påverka arbetet och bristande ledarskap, gärna vill återvända om villkoren vore bättre.¹²⁶ Som en följd av den höga arbetsbelastning och stress som pandemin inneburit uppges 3 600 sjuksköterskor bara i Region Stockholm ha sagt upp sig.¹²⁷ Vårdens medarbetare är liksom alla andra i första hand enskilda personer med rätt till hälsa och ett värdigt liv. Liksom alla andra är de sårbara och beroende av andras omsorg. Ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem förutsätter därför omsorg också i beslut om ekonomi och personal-

126. SCB (2017)

127. Enligt en rundringning som SVT genomfört, se "Vårdlarmet: Personalen lämnar sjukhusen", publicerad på svt.se den 12 december 2020.

politik både för den enskilda medarbetarens egen skull och för att det ska finnas tillräckligt med kompetenta medarbetare som kan och vill bemanna de vårdplatser som samhället behöver. Om målet med svensk pandemiberedskap och syftet med hälso- och sjukvården ska kunna eftersträvas och förverkligas, så räcker inte förekomsten av värdegrunder, riktlinjer och etiska ramverk. Etiken behöver tas på mycket större allvar och organiseras in i välfärdssystemet så att organisatoriska strukturer, system, styrmodeller och policy gör det möjligt för såväl beslutsfattare som andra aktörer på alla organisatoriska nivåer att ta det ansvar som fordras för att upprätthålla de lagstadgade etiska mål, värden och principer som vårt samhälle vilar på. Hur detta ska göras behöver utredas närmare.

REFERENSER

- Ahlbäck Öberg, S. & Sundström, G. (2020). Förvaltningspolitikens organisering. I Ehn, P. & Sundström, G. (red.) *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet. En forskningsantologi*. Stockholm: Statskontoret.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., & M., M. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal The BMJ*, 344, e1717. <http://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Benhabib, S. (1994). *Autonomi och Gemenskap. Kommunikativ etik, feminism och postmodernism*. Göteborg: Daidalos.
- Corley, M.C., Minick, P., Elswick R. K. & Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, Vol. 12 No. 4: 381–390. DOI: 10.1191/0969733005ne809oa
- Cooper, T.L. (2012). *The Responsible Administrator: An Approach to Ethics for the Administrative Role* (6 uppl.) San Francisco: Jossey-Bass.
- De Geer, H. & Tullberg, T. (2010). Praktik, etik och ekonomi. I *Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting*. Studie 12:5. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Emanuel, L. (2000). Ethics and the Structures of Healthcare. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. No. 9, s. 151–168. Cambridge University Press.
- Falkenström, E. (2012). *Verksamhetschefens etiska kompetens: Om identifiering och hantering av intressekonflikter i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Falkenström, E. & Höglund, A.T. (2018). *På spaning efter etik. Etisk kompetens och ansvarstagande för ledning och styrning av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Appell Förlag.
- Falkenström, E. & Höglund, A. (2019). "There is total silence here". Ethical competence and inter-organizational learning in healthcare governance. *Journal of Health Organization and Management*. Vol. 34 No. 1, s. 53–70. <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2019-0130>

- Frith, L. (2013), "The NHS and market forces in healthcare: the need for organizational ethics", *Journal of Medical Ethics*, Vol. 39 No. 1, s. 17–21, doi: 10.1136/medethics-2012-100713.
- Gibson, J., Sibbald, R., Connolly, E. et al. (2014) [2008]. Organizational Ethics. I Singer P. och Viens A. *The Cambridge textbook of bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 243–250.
- Gustavsson, M., Arnberg, F., Juth, N., & Von Schreeb, J. (2020). Moral Distress among Disaster Responders: What is it? *Prehospital and Disaster Medicine*, 35(2), 212–219. doi:10.1017/S1049023X20000096
- Gustafsson, A., Lagerwall, K. & Olsson, H. (2020) Stora brister inom covidvård på äldreboenden visar granskning. *Dagens Nyheter*, Publicerad 24/11-2020, Uppdaterad 25/11-2020.
- Gustafsson, A. (2020:1). Stockholms äldreborgarråd: "Risk att det har kostat människoliv". *Dagens Nyheter*, 24/11-2020.
- Gustafsson, A. (2020:2). Socialstyrelsen kände till brister i äldreomsorgen. *Dagens Nyheter*, 26/11-2020.
- Held, V. (2006). *The Ethics of Care. Personal, Political and Global*. Oxford: Oxford University Press.
- Helgesson, C-F. (2012). Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll. I Rognes, J. & Krohwinkel Karlsson, A. *Ledningssystem och styrning av vård*. Stockholm: Leading Healthcare.
- Hermerén, G & Sahlin, N-E. (2018). Kostnadseffektivitetens roll vid prioriteringar. Vårderingarna ska normera praxis. *Läkartidningen* 24/2018.
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).
- Höglund, A. & Falkenström, E. (2018). The status of ethics in Swedish health care management: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, Vol. 18 No. 1. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3436-8>
- IVO (2017). *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2016*. Stockholm: IVO.
- IVO (2020) *Ingen region har tagit sitt fulla ansvar för individuell vård och behandling*. Publicerad på www.ivo.se den 24/11-2020.
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues*, s. 542–551.
- Kvale, S. (2006). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Källemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med*, Vol. 58 No. 6, s. 1075–1084. doi:S027795360300279X [pii]
- Lag (2010:1408). Regeringsformen.

Lascombes, P. & Le Gales, P. (2007). Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments – From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, Vol. 20 No. 1, January 2007, s. 1–21.

Lundquist, L. (2008). Den politiska demokratin, ekonomismen och förvaltnings-etiken. I S. k.-o. kompetensråd (Ed.), *Etik i medborgarnas tjänst*. Stockholm: VERVA.

Lundquist, L. (2011). *Demokratins väktare*. Lund: Studentlitteratur.

Lundquist, L. (2012). Etik i offentlig förvaltning. I B. Rothstein (Ed.), *Politik som organisation*. Stockholm: SNS Förlag.

Läkarförbundets etiska regler, www.slf.se

March, J. & Olsen, J.P. (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press.

Menzel, D., C. (2015). Ethics Management for Public Administrators: *Leading and Building Organizations of Integrity*. (2 ed.). New York: Routledge.

MSB. (2010). *Kommunuppföljning 2010. Enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap*. Publikationsnummer: MSB 271-2011.

MSB & SKL. (2018). *Överenskommelse om landstingens arbete med krisberedskap och civilt försvar 2018–2020*. Diariennr. SKL 18/02653; MSB 2018-05682.

Malmsten, K. (2008). *Etik i basal omvårdnad*, Lund: Studentlitteratur.

Musschenga, A. W. (2005). Empirical Ethics, Context-Sensitivity, and Contextualism. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30, 467–490.

Nussbaum, M. (2000). *Känslans skärpa tankens inlevelse. Essäer om etik och politik*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Nylinder, P. (2020). *Vad och vem styr styrningen i Region Stockholm? En studie av mål- och ekonomistyrning i hälso- och sjukvården*. Akademin för ekonomistyrning i staten, Rapport 2020:1. Stockholm: Stockholms universitet.

Powell, W. & Di Maggio, P. (1991) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

PrioriteringsCentrum (2007). *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården*. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Regeringens proposition 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.

Regeringens proposition 2002/03:20. *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*. Stockholm: Socialdepartementet.

Rennstam, J., & Wästerfors, D. (2015). Att analysera kvalitativt material. I G. Ahrne & P. Svensson (Eds.), *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

Sandman, L., Davidson, T., Helgesson, G. & Juth, N. (2018) Etiskt problematiskt att begränsa rollen för kostnadseffektivitet. Begränsad roll kan leda till godtycke och strid mot andra principer för prioriteringar i vården. *Läkartidningen* 24/2018.

SCB (2017). *Sjuksköterskor utanför yrket*. Temarapport 2017:3. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Silén, M. (2011). *Encountering ethical problems and moral distress as a nurse: experiences, contributing factors and handling*. Avhandling. Jönköping: Högskolan Jönköping.

Silfverberg, G. (1999). *Praktisk klokhet. Om dialogens och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik*. Stockholm/Stehag: Symposium.

Silfverberg, G. (2003). *Sårbarhet och dygd*. Stockholm: Vårdalinstitutet.

Silverman, H. J. (2000). Organizational Ethics in Healthcare Organizations: Proactively Managing the Ethical Climate to Ensure Organizational Integrity. *Kluwer Academic Publishers: HEC Forum*, 12(3), 202–215.

Smer (2019). *Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys*. (Smer 2019:2).

Smer (2020). *Etiska vägval vid en pandemi*. Rapport från Statens medicinsk-etiska råd. (Smer 2020:3).

Socialstyrelsen (2013). *Vård och omsorg om äldre. I Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialtjänstlag (2001:453).

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

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 2017:21. *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer*. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 2017:48. *Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 2017:56. *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen. Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?* Stockholm: Finansdepartementet.

SOU 2020:80. *Äldreomsorgen under pandemin*. Stockholm: Socialdepartementet.

St Ledger, U., Begley, A., Reid, J., Prior, L., McAuley, D., Blackwood, B. (2013). Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2013 Aug;69(8):1869-80. doi: 10.1111/jan.12053. Epub 2012 Dec 4. PMID: 23206224.

St Ledger, U., McAuley, D. F., Reid, J., Begley, A., Prior, L., Blackwood, B. (2017) Doctors' Experiences of Moral Distress in End-of-Life Care Decisions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2017;195:A5059.

Szebehely, M., Strandell, R. & Stranz, A. (2020). Äldreomsorgens låga status öppnar för smittan. Stockholm: *Kommunalarbetaren* den 9/11-2020.

Thompson, A.K., Faith, K., Gibson, J.L. et al. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. *BMC Med Ethics* 7, 12 (2006). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-12>.

Empiriskt datamaterial, policydokument

PD 1: *Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag* (2019). Folkhälsomyndigheten. Artikelnummer 19074-1.

PD 2: *Pandemiberedskap. Hur vi kommunicerar – ett kunskapsunderlag* (2019). Folkhälsomyndigheten. Artikelnummer 19074-2.

PD 3: *Pandemiberedskap. Tillgång till och användning av läkemedel – en vägledning* (2019). Folkhälsomyndigheten. Artikelnummer 19074-3.

PD 4: *Rekommendationer för handläggning och val av skyddsåtgärder mot covid-19 inom vård och omsorg* (2020). Folkhälsomyndigheten. Artikelnummer: 20197

PD 5: *Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser*. Beslutade den 28 juni 2016. (MSBFS 2016:7)

PD 6: *Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter om landstings risk- och sårbarhetsanalyser*. Beslutade den 26 januari 2015. (MSBFS 2015:4)

PD 7: *Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter om kommuners risk- och sårbarhetsanalyser*. Beslutade den 26 januari 2015. (MSBFS 2015:5)

PD 8: *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden*. Socialstyrelsen. (2020-04-29) Version 2.

PD 9: *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin. Kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer*. Socialstyrelsen. (2020-04-22) Version 2.

PD 10: *Checklista för ökad patientsäkerhet under pågående covid-19 pandemin. Till stöd för dig som chef och ledare*. Socialstyrelsen. Dnr. 4.3-16706/2020.

PD 11: *Arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19. Praktiska förslag till kommunal hälso- och sjukvård i samverkan med socialtjänst*. Socialstyrelsen. Dnr 4.4-13193/2020

PD 12: *Styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare i region Stockholm och kommunal vårdverksamhet under pågående smittspridning av covid-19*. Region Stockholm. (2020-05-20) Version 3.

TIDIGARE UTGIVET

Basinkomstens nya våg. Lärdomar från medborgarlönsexperiment i välfärdsstater.
Av Simon Birnbaum, Jurgen De Wispelaere och Robert Van Der Veen. Forskningsrapport 2020:1.

Med migranternas röst. Den subjektiva integrationen.
Av Bi Puranen. Forskningsrapport 2019:2.

Sweden Democrat voters. Who are they, where do they come from, and where are they headed?
Av Kirsti Jylhä, Pontus Strimling och Jens Rydgren. Forskningsrapport 2019:1.

Ett manifest för sociala framsteg. Idéer för ett bättre samhälle.
Av Marc Fleurbaey, Olivier Bouin, Marie-Laure Salles-Djelic, Ravi Kanbur, Helga Nowotny och Elisa Reis. 2018.

Våldsbejakande extremism och organiserad brottslighet i Sverige.
Av Amir Rostami, Hernan Mondani, Christoffer Carlsson, Joakim Sturup, Christofer Edling och Jerzy Sarnecki. Forskningsrapport 2018:4.

How are our young adults doing? A report on labour market activities and living conditions.
Av Stephanie Plenty, Anton B Andersson, Simon Hjalmarsson, Carina Mood, Frida Rudolphi och Georg Treuter. Forskningsrapport 2018:3.

Sverigedemokraternas väljare. Vilka är de, var kommer de ifrån och vart är de på väg?
Av Kirsti M. Jylhä, Jens Rydgren och Pontus Strimling. Forskningsrapport 2018:2.

Hur går det för våra unga vuxna? En rapport om sysselsättning och levnadsvillkor.
Av Stephanie Plenty, Anton B Andersson, Simon Hjalmarsson, Carina Mood, Frida Rudolphi och Georg Treuter. Forskningsrapport 2018:1.

Människan och maskinen. En essä om AI och välfärdssystemet.
Av Anders Ekholm. 2017.

Institutet för framtidsstudier är en självständig forskningsstiftelse finansierad genom bidrag från statsbudgeten och via externa forskningsanslag. Institutet bedriver tvärvetenskaplig forskning kring framtidsfrågor och verkar för en offentlig framtidsdebatt genom bland annat publikationer, seminarier och konferenser.

© Författarna och Institutet för framtidsstudier 2021

Formgivning: © Liljemärker

Tryck: Elanders, Stockholm, 2021

Distribution: Institutet för framtidsstudier

Hur förhåller det sig med den svenska pandemiberedskapen? Enligt svensk lag ska all offentligt finansierad vård ges efter behov, på lika villkor och med respekt för varje människas värdighet. Men under en pandemi kan beslutsfattare tvingas att göra svårare prioriteringar än vanligt och vårdens medarbetare utsätts för betydande stress och infektionsrisk. Att i en sådan situation kunna skydda befolkningens liv och hälsa och samhällets grundläggande demokratiska värderingar fordrar en robust beredskap och organisatoriska förhållanden som tål extraordinära påfrestningar.

Den här rapporten belyser organisationsetiska aspekter av Sveriges pandemiberedskap. Därmed uppmärksammas nödvändiga förutsättningar för att beslutsfattare och vårdens medarbetare under en pandemi ska kunna ta ansvar för lagstadgade etiska mål, värden och principer. Rapporten visar på flera uppenbara brister vad gäller organisationsetiska aspekter av den svenska pandemiberedskapen och argumenterar för att förbättringar är både möjliga och önskvärda.

Rapporten vänder sig till beslutsfattare på samtliga nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, till policy- och verksamhetsutvecklare, till vårdens chefer och medarbetare och till en intresserad allmänhet.