

4. Etik

Inledning

Detta kapitel kommer att peka på några av de moraliska frågor som kan uppstå vid val och kombination av olika triagemetoder och flödesprocesser.

I denna rapport definieras triage som en turordning till läkarbedömning baserad på medicinsk angelägenhetsgrad, alltså en sorteringsmodell av ett eller annat slag. En sorteringsmodell kan vara moraliskt avslöjande. Den kan t ex avslöja hur vi värderar människor och vilken grad av diskriminering och segregering vi är beredda att acceptera.

Men en triagemetod blir riktigt intressant först när den kopplas samman med en flödesprocess, dvs med ett system för hur patienterna tas om hand av sjukvården. En triagemetod utan ett flödessystem är inget annat än en teoretisk konstruktion. Det kan övervägas om det på ett meningsfullt sätt går att skapa en triagemetod utan att först ha en relativt klar idé om hur flödesprocessen ska se ut och fungera. Många relevanta moraliska frågor har också att göra med helheten – sorterad genomströmning [1,2]. Detta har också varit utgångspunkten vid utformningen av de svenska triagesystemen METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System) och ADAPT (Adaptivt processtriage).

Värderingar

Det finns olika sätt att närma sig och identifiera etiska frågor. Ett sätt är att leta efter värdekonflikter, studera situationer där det finns en friktion mellan olika intressen och värderingar eller där det finns skilda meningar om rättigheter och rättvisa. Bryts grundläggande värden mot varandra finns med stor säkerhet ett moraliskt problem. Ett annat sätt att identifiera etiska frågor är att titta på olika typer av beslutsfattande. Fördelen med denna strategi är att frågor som t ex har att göra

med preferenser och värderingar, kunskap och kunskapsosäkerhet, risk och riskhantering samt information och kommunikation tydligt uppmärksammas.

Ett beslut är en sammanvägning av information och kunskap med preferenser och värderingar. Från en moralisk utgångspunkt kan informationsfrågorna vara minst lika viktiga som värderingsproblematiken.

Valet av triagemetod är i sig ett beslut. Introduktionen av den valda triagemetoden involverar en rad beslut av skiftande karaktär och svårighetsgrad. Själva triagemetoden är ett beslutsstöd eller en besluts-generator. På varje nivå kan det uppstå värderingskonflikter av olika slag. Det är viktigt att peka på den typ av konflikter som kan uppstå på de olika nivåerna.

Valet av triagemetod är inte värderingsfritt. Ett skäl till att denna typ av metoder utvecklas och implementeras är önskan att öka flödet genom akutmottagningarna. Redan här görs en värdering. Sjukvården fokuserar kanske på antal och tid. Vården har identifierat något som anses vara ett problem, flödeshastigheten. Men är alla missnöjda? Finns det de som är nöjda och som kommer att missgynnas av de nya metoderna?

Ett annat skäl till införandet av en triagemetod och ett kompletterande flödessystem kan vara att öka patientsäkerheten. Det är fullt möjligt att skapa ett system som både ökar genomströmningen och höjer patientsäkerheten. Men det kan också vara så att ambitionerna kommer i konflikt med varandra. Under vissa omständigheter har en förändring av genomströmningshastigheten en negativ påverkan på patientsäkerheten. I dessa fall kommer olika värden att stå mot varandra. Patienten värderar korta väntetider men också korrekt diagnos och behandling. Sjukvården vill ha hög patientsäkerhet men också snabbt få patienterna genom systemet. Men vilket värde väger tyngst – snabbhet eller säkerhet? Det går inte att ge ett generellt svar på denna fråga. Däremot är det helt klart att denna typ av potentiella värdekonflikter måste beaktas vid utformandet och implementeringen av olika triagemetoder. Introduktionen av triage- och/eller flödessystem kräver helt enkelt en noggrann etisk analys.

Det finns en rad olika triagemetoder men också variationer av en och samma metod. Metoderna har många likheter men de skiljer sig också åt. Om två konkurrerande triagemetoder placerar en och samma patient i olika triagegrupper beror detta inte på att de objektiva medicinska parametrarna skiljer sig åt utan att angelägenhetsgraden värderas olika. Formuleringen och preciseringen av triageskalan är alltså en värderingsimpregnerad fråga. Vissa behov och patientkategorier kommer att rangordnas lägre än andra. Är detta rättvist? Är triagets nivåer baserade på väl genomtänkta moraliska principer eller är de mer eller mindre godtyckligt konstruerade? Har rangordningen primärt ett patientfokus eller styrs den av andra intressen, t ex kostnadseffektivitet? Notera att kostnadseffektivitet, definierat på ett eller annat sätt, mycket väl kan komma i konflikt med olika moraliska utgångspunkter. En kantian (dvs anhängare av filosofen Emanuel Kant) eller någon med moralisk utgångspunkt i mänskliga rättigheter skulle inte hålla med om att det i alla sammanhang är oetiskt att inte tillämpa de mest kostnadseffektiva metoderna. Det är viktigt att de värderingar som ligger bakom dessa rangordningar tydliggörs. Inte minst om syftet är att undvika att vissa patientgrupper blir eller känner sig orättvist behandlade eller kanske till och med diskriminerade.

För att säga hur väl en triagemetod fungerar måste ett eller annat utfallsmått introduceras. Detta mått kommer oundvikligen att vara värderingsbaserat. Att vi i sjukvården vill undvika dödsfall som skulle ha kunnat förhindrats håller nog de flesta med om. Men är detta en prioritering värd att göras till vilket pris som helst? Hur viktigt är korta väntetider? Det är lätt att göra tidsmätningar men betydligt svårare att göra en värdering av metoderna i t ex termer av nytta för patienterna. En rad metoder har utvecklats för att mäta våra preferenser och värderingar (t ex "willingness to pay"). Dessa metoder har sina fördelar men är också behäftade med en del problem. Mäter de vad de ska mäta? Med vilken precision utförs mätningen? Och hur robusta (över tid) är de värden som erhålls? Inom detta område är inget "enkelt mätbart", i synnerhet inte våra värderingar [3].

En värderingsfråga som bör beaktas är hur strävan efter kostnadseffektivitet påverkar valet av triagemetod. Det är svårt att med fog hävda att

sjukvården inte ska eftersträva system som är kostnadseffektiva. Men det är en sak att mäta effektivitet i termer av pengar, en helt annan att se till patientens behov, intressen och nyttovärderingar eller till en solidarisk fördelning av våra resurser. Om effektivitetstanken drivs för långt, om patienternas preferenser och värderingar inte beaktas, finns en uppenbar risk för att dessa metoder leder till både värde- och värderingskonflikter.

Om inte försiktighet iakttas kan triagemetoder komma i konflikt med vad som ses som hälso- och sjukvårdens grundtema, en god vård på lika villkor för hela befolkningen (se nedan). Men också med andra typer av värderingar som att sjukvårdens mål är att lindra lidande och att bevara, återställa och förbättra hälsa (livskvalitet).

En annan typ av frågor som kan uppkomma har med värderingsglidningar att göra. Vid introduktionen av en triagemetod kan målen vara tydliga och olika tänkbara konsekvenser kan vara väl genomlysta. Intressekonflikter och värderingsskillnader har beaktats och avsikten har varit att skapa ett så rättvist system som möjligt. Trots detta kan moraliska problem uppstå pga att olika intressen och värderingar hamnar i konflikt. Triagemetoder är organisationskänsliga och eftersom organisationer är dynamiska system finns det en risk för att situationen på ett par års sikt ser helt annorlunda ut. All introduktion av nya metoder i vården bör föregås av en noggrann etisk analys. I vissa fall räcker detta. Men när det gäller metoder av det slag som diskuteras i denna volym krävs en återkommande etisk analys. Både små och stora organisatoriska förändringar kan inverka på hur metoderna används. En triagemetod som byggs ut med t ex en ”ny linje” är inte längre samma metod som den som en gång introducerades. Någon ställer kanske frågan varför patienter med mindre allvarliga åkommor ska erbjudas en egen läkare och extra snabb väg genom systemet. Men inte bara utbyggnad utan även sammanslagning kan påverka systemet. Det finns exempel där personalen delas in i team som får till uppgift att behandla t ex blått *och* grönt, eller rött *och* orange.

Sammanfattningsvis

Valet, introduktionen och tillämpningen av en triagemetod (med tillhörande flödessystem) kräver i varje enskilt fall en grundlig etisk analys. Analysen måste fokusera på de olika aktörernas intressen och värderingar. Det är inte helt säkert att patienterna, vården och samhället i detta fall har samma värderingar. Det är också viktigt att det fortgående, pga de organisatoriska systemens dynamik, görs etiska analyser av den eller de triagemetoder som implementerats.

Prioriteringskonflikter

Triage innebär att vissa patienter med vissa symtom prioriteras framför andra patienter med andra symtom.

År 1997 ställde sig riksdagen bakom de riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som föreslagits i regeringens proposition 1996/97:60 och som byggde på prioriteringsutredningens slutbetänkande, *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5). Det är i dessa arbeten som den idag gällande prioriteringsplattformen hittas. Grundtanken är en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Den fastslagna plattformen ska vara vägledande för alla som fattar prioriteringsbeslut [4–7].

Prioriteringsplattformen har tre grundläggande och rangordnade etiska principer:

Människovärdesprincipen: Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

Behovs- och solidaritetsprincipen: Resurser bör fördelas efter behov.

Kostnadseffektivitetsprincipen: Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Principer av detta slag kan formuleras på lite olika sätt och nya principer kan läggas till. Beroende på vilka principer som väljs, hur de formuleras och hur de rangordnas, får sjukvården mer eller mindre skiftande priori-

teringsordningar – prioriteringsordningar som kan stå i konflikt med varandra, i den meningen att en och samma sjukdom kommer att prioriteras olika.

En triagemetod är en graderingsmetod. En metod av ett helt annat slag än en övergripande prioriteringsplattform, men inte desto mindre en metod som ger vissa grupper av patienter förtur eller prioritet, dvs en prioriteringsmetod. Det finns en risk att en sådan metod kan komma i konflikt med en eller flera av de principer som bär upp den etiska prioriteringsplattformen. Hur stor är denna risk och vilka konflikter kan uppstå?

Människovärdesprincipen säger bl a att ingen får diskrimineras pga kön, etnisk hemvist, ålder eller ekonomisk ställning. Vad gäller de rent medicinska parametrar som används vid triage, tycks det finnas liten risk för att de mest vedertagna triagemetoderna ska komma i konflikt med denna princip. Generella förturslinjer (särlosningar), t ex för äldre, kan emellertid beroende på hur de utformas stå i konflikt med denna princip.

Men samtidigt som metoderna inte ska komma i konflikt med människovärdesprincipen är det inte önskvärt att principen leder till att relevanta triagefaktorer inte beaktas. Atypiska symtom förekommer. Äldre personer har t ex ofta en något annorlunda symtombild. Det är inte ovanligt att äldre patienter med hjärtinfarkt känner sig yra eller kräks men inte uppvisar den klassiska symtombilden. Äldre reagerar generellt annorlunda på sjukdom, belastning och intervention. Ålder spelar roll, påverkar triaget, och det vore orättvist att bortse från denna faktor när triagemetoder utformas. En sådan prioritering behöver inte leda till en konflikt med prioriteringsplattformen. En skillnad bör göras mellan kronologisk ålder och biologisk ålder. Den kronologiska åldern har inga direkta biologiska konsekvenser (kausala effekter). Den biologiska åldern påverkar däremot i hög grad hur individen mår och bör beaktas i bedömning av det medicinska tillståndet.

Syftet med triagemetoder är att undvika subjektiva bedömningar. Det finns svårigheter, framför allt när det gäller sökorsaker. Från en etisk

utgångspunkt är det inget som säger att subjektiva bedömningar är mer problematiska än mer objektiva bedömningar. Objektiva bedömningar är ju inte etiskt neutrala, de är värdeladdade i den meningen att vi väljer vilka faktorer vi vill titta på, hur vi mäter, men också hur vi tolkar mätresultaten. Frågan är vilka problem olika typer av subjektiva bedömningar eventuellt kan leda till.

Samtida psykologisk forskning om mänskligt beslutsfattande visar relativt entydigt att subjektiva bedömningar, oavsett inom vilket område de görs, är långtifrån oproblematiska och att de lätt påverkas av mer eller mindre irrelevanta faktorer [8,9]. Det finns en rad psykologiska egenskaper, idiosynkrasier, som på ett negativt sätt påverkar sakligheten och precisionen i våra bedömningar. Även patientflödet genom akutmottagningen kommer att påverkas av denna typ av psykologiska idiosynkrasier. Att vara medveten om att detta kan och sannolikt kommer att inträffa är viktigt. Det är också viktigt att se till att denna typ av påverkan inte leder till en systematisk kränkning av en eller annan patientgrupp, i värsta fall till att sjukvården oavsiktligt men systematiskt bryter mot människovärdesprincipen eller någon av de två andra moraliska grundbultarna.

Det är viktigt att triagemetoder utvärderas i väldefinierade organisatoriska kontexter. Regionalt, men även lokalt, kan det finnas olika organisatoriska flödesprocesser som på ett oförutsägbart sätt påverkar en vald triagemetod. Resurstillgången spelar givetvis en viktig roll. Om detta händer kan en situation uppstå där de regionala och lokala skillnaderna är så stora att grundtanken om vård på lika villkor för hela befolkningen inte längre uppfylls.

Människovärdesprincipen är avsedd att vara en garanti mot diskriminering och stigmatisering (av enskilda individer eller av befolkningsgrupper). Risken finns, även om den är liten, att implementeringen av en triagemetod kan leda till att en viss grupp av patienter med en viss typ av "lågprioriterade" sjukdomar känner sig diskriminerad eller stigmatiserad. I sådana fall är det viktigt att tydliggöra, inte bara för patienten utan även för organisationen, varför flödesprocessen ser ut som den gör och varför vissa grupper lågprioriteras. Det är viktigt att visa att

prioriteringen sker av godtagbara medicinska skäl och i enlighet med rådande prioriteringsplattform, inte i strid med grundläggande moraliska övertygelser.

En triagemetod kan även komma i konflikt med behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Det är fullt tänkbart att flödet genom akutmottagningen kan förbättras genom att sjukvården inte fullt ut prioriterar vare sig efter behov eller solidariskt. Det är också fullt tänkbart att de effektivitetsmått som används vid utvärdering och val av triagemetoder mäter andra saker än det som kommer till uttryck i prioriteringsplattformen. Prioriteringsplattformen talar om att en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas. Något annat än patient per tidsenhet.

Sammanfattningsvis

Det finns en risk att en enskild triagemetod kan komma i konflikt med den övergripande etiska plattformen – att prioriteringar sker som inte är förenliga med den etiska plattformen och att regionala och lokala skillnader uppstår. Det är därför viktigt att sjukvården vid implementeringen av olika triagemetoder håller ett vaksamt öga på de etiska konsekvenserna.

Särlösningar

Det är inte ovanligt att akutmottagningarnas väntrum är överfyllda med patienter. Överfyllda väntrum är ett problem som verkar finnas i stort sett i alla länder med en utbyggd sjukvård och det är ett växande problem.

De triagemetoder och flödesförbättrande interventioner som utvecklats har bl a som mål att öka flödet genom akutmottagningarna, så att korrekt diagnos kan ställas och väntetiderna förkortas. För att ytterligare öka genomflödes hastigheten har försök gjorts med olika typer av särlösningar. Dessa går vanligtvis ut på att tidigt i flödesprocessen försöka sortera ut vissa patientgrupper och snabbt få bort dem från akutmottagningarnas väntrum. Men det kan också innebära att långa

flödesprocesser med många noder undviks – att patienten i möjligaste mån diagnostiseras och behandlas av ett och samma team, utan onödiga transporter och väntetider. De benämningar som förekommer är ”fast track”, ”lean production”, ”blå linjen” (”see-and-treat”) och ”teamtriage”. Förhoppningen är i flertalet fall att på detta sätt kunna frigöra resurser för att kunna ägna mer tid åt dem som är i stort behov av vård.

Triagemetoder och förbättrat flöde minskar antalet dödsfall och värdköer när de fungerar perfekt. Men metoder av detta slag är givetvis inte ofelbara. De är komplicerade mekanismer. Det finns alltid en sannolikhet för att de inte fungerar som det var tänkt, att triaget går fel. Av valideringsskäl hade det varit bra om denna sannolikhet varit känd och kunde anges med rimlig precision, men metodernas komplexitet gör denna osäkerhet svårsmätbar.

Från en teoretisk utgångspunkt går det att säga en hel del om denna typ av metoder [10]. Oberoende och samverkande mekanismer ger starka bevisvärden. Oberoende och samverkande medicinska bedömningar är ett exempel på detta. Ett annat exempel vore en bedömning och kategorisering av en och samma patient med hjälp av två oberoende triagemetoder. Samverkande bedömningar skulle i så fall ge starkt stöd för att patienten hamnar i rätt prioriteringsgrupp.

Bedömningar som följer på varandra leder generellt till ett sammantaget svagt bevisvärde [10]. En särlösning med syftet att vinna tid genom att först göra en snabbsortering av patienterna för att sedan använda en eller annan triagemetod för prioritering kan leda till en ökad risk för den enskilda patienten.

Men det finns också relevanta empiriska kunskaper. Samtida experimentell psykologisk forskning har visat att vi (du och jag, patienter och vårdgivare) som beslutsfattare och problemlösare genererar för få och alltför snäva hypoteser och gissningar. Vi har en benägenhet att söka belägg som är snäva och skeva och som gärna är lätt tillgängliga. När vi väl formulerat en hypotes eller gissning håller vi fast vid den. Vi söker belägg som stöder det vi tror istället för att öppet försöka gallra ut våra felaktiga övertygelser [11].

I triagesammanhang finns all anledning att uppmärksamma och lära sig av denna forskning. Forskningen visar t ex att det finns risker med vissa typer av särlösningar. En inledande snabbsortering av patienter innebär ju att patienterna placeras i en eller annan kategori. Denna kategorisering ”bär” patienten sedan med sig. De patienter som slussas till den blå linjen (se och behandla) bär med sig en inledande bedömning som säger att de har en enklare åkomma. Har patienten initialt blivit felplacerad/felbedömd, kan det vara svårt att i ett senare skede hamna i rätt prioriteringskategori. Eftersom ingen ska komma till skada är det viktigt att dessa frågor beaktas när särlösningar implementeras.

Ett annat problem har med jämförbarhet att göra [12]. Ju högre sannolikhet att en fatal hjärtinfarkt kan undvikas desto bättre. Ju högre sannolikhet att en patient med hjärtsäcksinflammation inte skickas hem desto bättre. Men hur jämförs sannolikheten för hjärtinfarkt med sannolikheten för hjärtsäcksinflammation? Går det att jämföra dessa risker? Ska sjukvården inta ett individperspektiv eller ett samhällsperspektiv? Både jämförbarhet och utbytbarhet krävs för att skapa rättvisa system. Ett sätt att få jämförbarhet och utbytbarhet är att inta ett rent samhällsekonomiskt perspektiv (göra jämförelser uteslutande i monetära termer), men då uppstår det en konflikt med flera grundläggande moraliska värderingar, t ex med den etiska prioriteringsplattformen (som förutsätter jämförelser i termer av hälsa och livskvalitet).

Om särlösningar införs, om det görs avkall på säkerheten för att öka flödet på akutmottagningen, är det viktigt, inte minst av rättviseskäl, att människovärdesprincipen inte kränks, att individerna i den grupp som får en förhöjd risknivå tillhör sin prioriteringsgrupp uteslutande pga medicinska överväganden, inte av skäl som är mer eller mindre direkt diskriminerande.

Det finns exempel på särlösningar som tycks fungera helt optimalt. Behandlingen av patienten inleds i ambulansen och patienten transporteras direkt till rätt klinik/avdelning utan att först passera akutmottagningen. Det har visat sig att denna typ av särlösning inte endast ger patienten snabbare och bättre vård, patienten får också kortare vårdtid och akutmottagningen kan ägna sig åt andra patienter

som därigenom i sin tur behandlas snabbare. Det verkar som om detta är en lösning utan förlorare, en vinn/vinn-situation. Ett exempel på detta är hur äldre personer med höftledsfrakturer tas om hand på många ställen i landet (exempelvis Region Skåne). Ett annat exempel är att patienter med pågående hjärtinfarkt direkt flyttas till HIA (hjärtintensivvårdsavdelning).

Utan att undervärdera denna typ av lösningar finns det några saker som bör uppmärksammas. Även om det är en vinn/vinn-situation är det därmed inte sagt att resurserna fördelas rättvist. Alla i ett system kan gynnas – det är bara det att vissa kanske gynnas betydligt mer än andra, orättvisa fördelningar skapas och kanske gradvis förstärks av faktorer, t ex kronologisk ålder, som inte harmonierar med våra moraliska principer. Eftersom vården inte består av ett antal väl tillslutna icke kommunicerande kärn är det alltid viktigt att fråga: Vem gynnas på vems bekostnad? En annan fråga som bör ställas är: Finns det dolda kostnader som inte tas med i beräkningarna, t ex kostnader för utbildning av personal och kostnader för eventuella felbedömningar? Om detta inte görs finns en risk för att en god vård på lika villkor för hela befolkningen inte uppnås – att orättvisor skapas i systemet. Det är också viktigt att understryka att argumentet ”på längre sikt gynnas alla av särlösningar” inte är helt övertygande. Alla kan gynnas samtidigt som systemet skapar orättvisor. Och vilka belägg finns det för att låta sig göra långsiktiga förutsägelser?

Sammanfattningsvis

Särlösningar är problematiska eftersom de på olika sätt komplicerar triagesystemen. Konsekvenserna av denna typ av lösningar är inte helt lätta att överblicka innan systemet implementerats och utvärderats. Systemens komplexitet gör också att de inte är helt enkla att utvärdera. Detta kan leda till oönskade moraliska konsekvenser, t ex orättvisor och oönskade risker för vissa patientgrupper.

Kunskapsinstabilitet

Triagemetoder sorterar patienter efter hur medicinskt angeläget det är att de erbjuds vård. I denna SBU-rapport har ett antal metoder analyserats och utvärderats, t ex CTAS, ATS och ESI samt andra (METTS och ADAPT) har beskrivits. Dessa metoder har många likheter men de skiljer sig också åt. Det är i alla sammanhang viktigt att fråga sig hur robust den tillämpade metoden är. Vad finns det för kunskap om metodens tillförlitlighet? Vilka är de kända kunskapsluckorna? Särskilt viktigt är detta om den tillämpade metoden kan påverka människors hälsa och livskvalitet, och i värsta fall t o m orsaka någons död.

Vanligtvis bedöms metoder ur ett konsekvensperspektiv. Överblickbara, önskade och oförutsägbara konsekvenser är något som bör undvikas i största möjliga mån. Men den osäkra kunskapen måste även den hanteras. Går det att undvika ska ingen utsättas för en situation som kan leda till att han eller hon skadas (eller i värsta fall dör). Detta vore omoraliskt. Men på samma sätt är det inte önskvärt att införa ett system om vars konsekvenser det endast finns instabil kunskap och om vilket kunskapsluckorna dominerar, ett system genomdränkt av kända och okända kunskapsluckor. Även detta kan vara omoraliskt.

När vi fattar beslut är vi enögda, närsynta och lider av ett allvarligt brytningsfel [13]. Vissa psykologer går så långt att de hävdar att vi är irrationella. Vad som är klart är att vårt beslutsfattande färgas av olika typer av psykologiska idiosynkrasier. Vi är t ex dåliga på att hantera vissa typer av osäker information. Våra värderingar är instabila, inte sällan situationsstyrda och konstruerade, och de färgar av sig på vår kunskapshantering [3].

Idag tror många beslutsforskare att vi är utrustade med två beslutssystem [9], ett snabbt och ett betydligt långsammare. System 1 är affektbaserat. Minnet av de känslor vi haft när vi tidigare har tagit liknande beslut påverkar våra val. Detta beslutssystem hjälper oss att fatta snabba beslut, t ex när vi blixtnsnabbt ska avgöra om en viss person ska ha en viss typ av medicinsk behandling. System 2 är logiskt. När vi använder detta system analyserar och utvärderar vi medvetet våra handlingar. Denna typ av reflekterat beslutsfattande tar tid. Att söka information, att värdera

konsekvenser, att väga samman information och värderingar, att finna argument för och emot olika handlingsvägar (behandlingsalternativ) tar tid. Ett system av detta slag är inte alltid optimerat för akutmedicinskt beslutsfattande. Å andra sidan vill vi så långt det är möjligt undvika alltför många system 1-beslut.

Vad har detta med triagemetoder att göra? Triagesjuksköterskan fattar beslut, många beslut och ibland snabba beslut. Det förutsätts att dessa beslut är rationella. En väl genomtänkt, tillförlitlig och valid triagemetod som används av en rationell sjuksköterska borgar för ett gott beslutsfattande. Men en lika väl genomtänkt, tillförlitlig och valid metod kan leda till oönskade prioriteringar om beslutsfattarens rationalitet störs – om informationen inte hanteras på rätt sätt, om osäkerheter felbedöms, om ovidkommande värderingar får spela in. Forskningen visar att vi tenderar att ta fler affektbeslut i samband med stress och trötthet.

Att den som triagerar kommer att bete sig som folk i allmänhet är oundvikligt. För att en triagemetod ska fungera som den är tänkt, för att implementeringen ska lyckas, är det viktigt att dessa kognitiva faktorer inte förbises eller negligeras. Det vore inte bara olyckligt utan även omoraliskt att låta affekter, idiosynkrasier och irrationalitet i onödan påverka flödesprocessen.

Det kan hävdas att dessa problem uteslutande har med implementeringen av triagemetoder att göra. Att system måste konstrueras så att denna typ av problem kan undvikas. Det finns flera saker att säga om detta. Det är svårt att utvärdera triagemetoder. Det har denna volym visat. Det är svårt att pröva och validera dem på samma sätt som med exempelvis läkemedel och medicinsk utrustning. Hur ska t ex systemens situations- och organisationssensitivitet mätas? Kunskapen om dessa metodors tillförlitlighet kommer med nödvändighet att vara behäftad med ett icke förringbart mått av kunskapsinstabilitet. Idealt kommer triagesjuksköterskan i alla liknande situationer att ta samma beslut. Två olika sjuksköterskor kommer i samma situation att ta samma beslut, osv. Problemet är att forskning tyder på att detta inte alltid

kommer att ske. Ett alltför stort mått av kunskapsinstabilitet innebär osäkerhet och överblickbarhet och är ett moraliskt problem.

Sammanfattningsvis

Det finns en rad faktorer som påverkar kunskaperna om en triagemetod. Eventuell avsaknad av kunskap har moraliska implikationer. Det är därför viktigt att noggrant studera denna typ av osäkerhet, kartera och värdera den innan en implementering sker. Kunskaper om mänskligt beslutsfattande visar också på behovet av utbildning, träning och uppföljning samt tydliga riktlinjer och manualer.

Patientinflytande

Patienter har rätt att önska en viss typ av vård men inte att kräva en viss typ av behandling. Med denna begränsning har vikten av patientinflytande betonats de senaste åren – att sjukvården respekterar patientens autonomi. Patienten har rätt till god information och har inte bara rätt att själv fatta beslut om sin egen vård utan ska också uppmuntras att delta i beslutsfattandet.

Triage, förstått som en turordning till läkarbedömning som baseras på medicinsk angelägenhetsgrad, är inte ett erbjudande om behandling eller vård. Triage är snarare ett erbjudande om att senare eventuellt bli erbjuden behandling.

Det skulle möjligen finnas en fördel med att fråga patienten vilken triagenivå han eller hon vill bli placerad på. Patienter kan ju både känna sig och verkligen vara mycket sjukare än de förefaller vara. Problemet är att subjektiva angelägenhetsskattningar av detta slag är behäftade med mycket osäkerhet och är minst sagt svårtolkade. Det är svårt att säga hur triagesjuksköterskan ska använda sig av dem, det finns en stor risk för godtycke, ett godtycke som kan leda till orättvisor.

Ett viktigt argument för patientinflytande och autonomi är att vården inte ska utsätta någon för en behandling eller terapi som han eller hon *inte* vill gå igenom. Men triage är sortering, inte behandling. Att bli

sorterad kan både kännas och vara kränkande, men en sortering baserad på medicinska parametrar och medicinsk angelägenhetsgrad är något annat än en sortering som går stick i stäv med människovärdesprincipen.

Det finns argument mot att patienter själva direkt ska kunna påverka vilken triagenivå de placeras på. Ett är rättvisa. Vem vill inte snabbt bli undersökt och behandlad? Kanske också till priset av att de som är i större behov av vård men har svårt att föra sin talan får vänta (i strid med prioriteringsplattformens behovs- och solidaritetsprincip). Ett annat argument är att triage ska öka flödet genom akutmottagningen och öka patientsäkerheten; ett för stort patientinflytande kan motverka dessa syften.

Sammanfattningsvis

Av rättviseskäl är det tveksamt om patienter mer än indirekt ska tillåtas ha inflytande över vilken triagenivå de placeras på.

Referenser

1. Beauchamps TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics (6th edition). Oxford University Press; 2009.
2. Fleischauer K, Hermerén G. Goals of medicine in the course of history and today. Almqvist & Wiksell; 2006.
3. Lichtenstein S, Slovic P (editors). The construction of preference. Cambridge University Press; 2006.
4. Socialstyrelsen. Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten Vårdens alltför svåra val?; 2007.
5. Vårdens svåra val. SOU 1995:5.
6. Socialutskottets betänkande 1996/97: SoU14. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
7. Hermerén G. Det svårfångade människovärdet. I: Det svårfångade människovärdet – en debattskrift. Etiska vägmarken 4, Statens medicinsk-etiska råd. s 65.
8. Kahneman D, Tversky A (red). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge: Cambridge University Press (1982 och senare upplagor).
9. Finucane ML, Slovic P. Judgement and decision making: The dance of affect and reason. In: Schneider SL, Shanteau J, editors. Emerging perspectives on judgment and decision research. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p 249-67.
10. Sahlin N-E, Rabinowicz W. The evidentiary value model. In: Gabbay DM, Smets PH, editors. Handbook of defeasible reasoning and uncertain management systems. Vol 1. Dordrecht: Kluwer; 1997. p 247-65.
11. Heat C, Larrick RO, Klayman J. Cognitive repairs: How organizational practices can compensate for individual shortcomings. Research in Organisational Behaviour 1998;20:1-37.
12. Espinoza N, Peterson M. Ojämförbara risker. In: Persson J, Sahlin N-E, editors. Risk & Risici. Bokförlaget Nya Doxa; 2008 p 269-85.
13. Brännmark J, Sahlin N-E. Ethical theory and the philosophy of risk: First thoughts. Journal of Risk Research 2010;13:149-161.