

## Tillsyn och prioritering

Denna debattartikel behandlar två frågor. Den ena rör de processuella skyddsregler, som kan bli aktuella för covidsjuka eller anhöriga till covidsjuka, den andra rör materiella regler, som synliggjorts vid vård av covidsjuka, nämligen regler rörande prioritering.

Det fördelningssystem som används vid tillhandahållande av hälso- och sjukvård kan kallas för ett prioriteringssystem till skillnad från det rättighetssystem som används vid fördelningen av exv sjukpenning, socialt bistånd eller stöd och service till vissa funktionshindrade. Uppfyller den försäkrade eller den biståndstagande villkoren för förmånen, har hon/han i dessa fall en utkrävbar rättighet till förmånen i fråga. Så är inte förhållandet inom hälso- och sjukvården, där hälso- och sjukvårdspersonal ska prioritera, dvs selektera fram dem som ska erhålla hälso- och sjukvård. Detta system har på ett påtagligt sätt aktualiserats för de covidsjuka.

Efter att vissa statistiska uppgifter om äldre covidsjuka har presenterats, ska denna artikel behandla två frågor. Den ena rör de processuella skyddsregler, som kan bli aktuella för covidsjuka eller anhöriga till covid-sjuka, den andra rör materiella regler, som synliggjorts vid vård av covidsjuka, nämligen regler rörande prioritering.

När det gäller den förstnämnda frågan kan slås fast, att hälso- och sjukvårdsområdet saknar generella överprövningsmöjligheter för en patient, som menar sig ha fått en felaktig behandling eller ingen behandling alls. I stället finns ett klagomålsförfarande. En covidsjuk patient, eller anhörig till en sådan, som är missbelåten med vårdbeslutet, kan i och med att beslutet inte utgör en rättighet (som i fallet med rätten till en socialförsäkringsförmån) utan en prioritering (till en vårdförmån) inte få det överklagat till domstol.

I stället har Inspektionen för vård och omsorg, IVO, fått uppgiften att undersöka om tillämpningen av lagtext och myndighetsriktlinjer har skett på ett adekvat sätt. Om IVO konstaterar att en felaktighet har blivit begången, finns inga egentliga sanktioner att använda, eftersom felet klassas som ett systemfel och inte ett individfel. IVO kan dock göra ett uttalande och påtala att lagtexten inte tillämpats i enlighet med sitt rättsliga innehåll. Detta kan knappast sägas vara ett starkt skydd av en patients, i detta fall en covidsjuka, rättsliga ställning. De äldre på särskilda boenden (drygt 79 000 personer 1 januari 2020)<sup>1</sup> kommer att bilda utgångspunkt. Till dessa återkommes nedan.

1. Socialstyrelsen, Ny statistik om smittade och avlidna i covid-19 bland äldre. Publicerad: 2020-05-06.

Innehållet i den andra frågan handlar om huruvida coronapandemin har förändrat hälso- och sjukvårdens prioriteringsordning. Jag börjar med att gå igenom 1997 års prioriteringsordning, som finns uttryckt både i hälso- och sjukvårdslagen och i patientlagen. Socialstyrelsens ”Nationella principer för prioriteringar inom intensivvård under extraordinära förhållanden” tillkom när coronapandemin grasserade som mest under våren 2020. De lag- respektive myndighetsreglerade regelkomplexen framstår som motsägelsefulla, varvid fråga uppkommer vilka regler som ska väga tyngst.

Den personkategori, som avses att bli föremål för tillämpning av Socialstyrelsens prioriteringsprinciper, är enligt ovan de äldre på särskilda boenden. Avsikten från början med denna artikel var att dessa äldre skulle presenteras med utgångspunkt från den tillsyn som IVO gjort under maj-juni 2020. Den centrala frågan planerades mynna ut i IVO:s tillsyn av covid 19-ärenden. Enbart inspektionerna är gjorda (avsnitt 2.1.2). Klagomålsärenden är dock i skrivande stund inte färdigbehandlade (avsnitt 3.3). I stället kommer jämförelser att göras mellan 1997 års prioriteringsordning och Socialstyrelsens nationella principer med de konstitutionella normgivningsreglerna i regeringsformen 8 kap. som verktyg.

## 2. IVO:s tillsyn

### 2.1 Statistiska uppgifter

#### 2.1.1 De äldre på särskilt boende och covid 19

Med detta avsnitt är avsikten att ge en siffermässig bild av de äldre som bor på särskilt boende i coronatider. För svenskt vidkommande har de höga dödstaten i covid-19 ständigt framhållits under de senaste månaderna, särskilt för dem som finns på särskilt boende. Särskilt boende är i Sverige det gemensamma namnet för boendeformer, som anpassats för äldre med stort behov av omsorg.

I Sverige liksom i en rad andra länder i världen har det nya coronaviruset belastat sjukvårdssystemen hårt och orsakat omfattande sjukdom och död. Äldre på särskilt boende är en sårbar grupp. Enligt Socialstyrelsens kartläggning av dödsfall i covid-19 har 49 procent av dem som avlidit i sjukdomen i Sverige varit personer i hög ålder som bott, vårdats och avlidit på särskilt boende. Andelen dödsfall på särskilt boende för respektive åldersgrupper var följande: < 70 år: 8 procent, 70–74 år: 33 procent, 75–79 år: 38 procent, 80–84 år: 50 procent, > 85 år: 62 procent (27 maj 2020).<sup>2</sup> I detta avseende skiljer sig inte Sverige från övriga jämförbara delar av världen. Man ser en likartad fördelning av dödsfallen och i vissa fall även att en betydligt högre andel av dödsfallen i covid-19 skett på äldreboenden eller inom liknande vårdformer för äldre.<sup>3</sup>

2. Socialstyrelsen, Statistik över smittade och avlidna i covid-19 bland äldre.

3. Norge (60 %), övriga Europa, Kanada (80 %) och i USA; se Christian Molnár at al, Närmare två tredjedelar covidsjuka på SÄBO överlever, Läkartidningen.se 2020-06-26.

Sveriges höga dödstal torde i första hand inte bero på att vi har en högre andel av dödsfallen på äldreboenden än jämförbara länder utan snarare på att vi har fler smittade och döda på äldreboenden på grund av en stor spridning i samhället. Detta framgår av rapporten ”IVO fördjupar granskningen av vård och behandling på särskilda boenden för äldre”, som IVO presenterade 2020-07-07. Orsakerna till att smittan kommit in och spridits på äldreboenden återstår enligt IVO att analysera i detalj, men allt fler indikationer finns om att skyddsåtgärder och insatser, inklusive tilldelning av skyddsutrustning, inte prioriterats i samma utsträckning till äldreomsorgen som till sjukvården.<sup>4</sup> Brister i följsamheten till basala hygienrutiner har också framhållits som en sannolikt bidragande orsak, och mätningar visar att följsamheten till samtliga kläd- och hygienregler ligger på 59 procent i kommunerna jämfört med 83 procent i regionerna.<sup>5</sup>

Det är viktigt att påpeka att en mycket stor andel av de människor som i dag flyttar in på särskilt boende har multisjuklighet med obotliga kroniska sjukdomar. Närmare hälften avlider inom ett år efter inflyttning och en tredjedel dör redan första halvåret, var femte den första månaden och var tionde inom en vecka efter inflyttning.<sup>6</sup> Det är alltså fråga om mycket sköra människor.

Under coronapandemins intensiva vårmånader fanns i media en diskussion om palliativ vård på särskilt boende, där det talats om att läkemedel som används i symptomlindrande syfte skulle kunna påverka möjligheten att överleva på ett negativt sätt och till och med att patienter skulle kunna ha blivit utsatta för insatser i syfte att förkorta livet.<sup>7</sup>

Baserat på tillgängliga uppföljningsdata som omfattar 8 057 individer som bott på särskilt boende i Region Stockholm (45 procent i 17/26 kommuner) under perioden 1 mars 2020–12 juni 2020 har 1 464 (18 procent) insjuknat i covid-19. Av de som insjuknat har 532, motsvarande 6 procent av hela gruppen, avlidit, medan närmare två tredjedelar (932/1 464) av de insjuknade fortfarande är vid liv och majoriteten friskförklarade (egna opubl data).<sup>8</sup>

Det gäller att inte glömma bort de som faktiskt har överlevt och i bästa fall tillfrisknat. Vilket innehåll har den medicinska vården haft i dessa fall? De flesta som insjuknat har inte varit i behov av sjukhusvård och har efter bedömning av läkare (vanligtvis specialist i geriatrik, allmänmedicin eller internmedicin) tillsammans med vårdteamet på boendet behandlats med tillgängliga insatser

4. IVO fördjupar granskningen av vård och behandling på särskilda boenden för äldre”, 2020-07-07.

5. Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre, 2020-05-27.

6. Socialstyrelsens statistik om covid-19 bland äldre efter boendeform.

7. Geriatrikprofessor: Många äldre dör i onödan utan korrekt bedömning, *Läkartidningen.se* 2020-05-18; Palliativ vård vid covid-19 kan glida över till något som liknar dödshjälp, *Dagens Medicin*, 2020-06-15; Coronaepidemin avslöjar åldersdiskrimineringen, *Dagens Medicin*, 2020-08-04 (Kurt Boman – Sture Eriksson).

8. Region Stockholm. 15 juni: Lägesrapport om arbetet med det nya coronaviruset.

såsom andningsträning, optimering av nutrition, utökad övervakning med kliniska parametrar (allmäntillstånd, vitalparametrar och vid behov mätning av syrgasmättnad samt vätske- och näringsintag), översyn av medicinering samt trombosprofylax. Vid behov har antibiotika intravenöst/peroralt samt vätskedropp och blodtransfusion kunnat ges.<sup>9</sup> Ett antal individer har utöver ovanstående bedömts vara i behov av utökade medicinska insatser såsom syrgasbehandling, parenteral nutrition eller andra mer omfattande specialiserade palliativa insatser såsom palliativ sedering.

Ett hundratal individer har dock bedömts vara i behov av sjukhusvård och överförts till geriatrisk klinik eller akutsjukhus. Endast ett fåtal av de patienter som kommit till sjukhus med covid-19 har tillfrisknat eller levt längre än en vecka efter hemkomst (5–10 procent överlevande baserat på intervjuer med 40-tal läkare på särskilda boenden).<sup>10</sup>

### 2.1.2 Inspektioner

Inom ramen för IVO:s tillsynsuppgifter ligger möjligheten att göra inspektioner. Myndigheten har under maj-juni inspekterat landets samtliga 1 700 särskilda boenden för äldre.<sup>11</sup> Tillsynens huvudsakliga fråga var om personer som bor vid dessa boenden får en *individuell* bedömning av läkare, och om de får vård och behandling i enlighet med den bedömningen. Det visade sig ha förekommit generella bedömningar av vårdbehov, vårdnivå och behandlingsbegränsningar för personer vid äldreboenden.<sup>12</sup>

På 91 boenden var bristerna så allvarliga, att verksamheterna ska fortsätta granskas för att IVO ska kunna se vad som gått fel (20-07-07).<sup>13</sup> Det ska göras genom journalgranskning. I dessa boenden finns personer som inte har fått en individuell bedömning av läkare, utan man har i stället gjort en generell bedömning som visat sig inte vara det som den enskilda personen haft behov av. Det kunde handla om att man inte gjort någon bedömning alls, att man inte fått kontakt med läkare eller att man under någon fas av pandemin följt en instruktion om att inte göra individuella bedömningar. Åtskilliga äldreboenden har

9. Christian Molnár et al, Närmare två tredjedelar covidsjuka på SÄBO överlever, Läkartidningen.se 2020-06-26.

10. Christian Molnár et al, Närmare två tredjedelar covidsjuka på SÄBO överlever, Läkartidningen.se 2020-06-26.

11. I tillsynen har IVO samtalat med hälso- och sjukvårdsdirektörer eller motsvarande från alla regioner samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor eller motsvarande från alla kommuner och privata utförare. Totalt handlade det om 340 intervjuer.

12. Tillsynsarbetet ses som en fortsättning på den tidigare granskning av IVO, där hundratalens representanter för äldreboenden intervjuades per telefon. Myndigheten hittade då allvarliga brister på ungefär vart tionde boende.

13. IVO fördjupar granskningen av vård och behandling på särskilda boenden för äldre, granskningsrapport av IVO. Den presenterades 2020-07-07.

haft instruktioner om att inte göra individuella bedömningar. Utan att avvakta IVO:s bedömning kan redan nu slås fast att detta strider mot det individrelaterade förmånssystem som hälso- och sjukvården utgör. Även den medicinska vården därstädes ska vara en god hälso- och sjukvård.

40 kommuner står för majoriteten av dödsfallen i covid-19 i Sverige, nästan 70 procent. Mycket tyder på att dessa kommuner haft svårast med att dels begränsa smittspridningen, dels att ge vård och behandling till de äldre. Av dessa kommuner uppger fyra av tio att de saknat fullständiga förutsättningar för att göra individuella bedömningar kopplat till covid-19, jämfört med cirka tre av tio bland övriga kommuner. Någon skillnad mellan privata och offentliga utförare har inte kunnat konstateras.

## 2.2 Processuella uppgifter

### 2.2.1 Klagomålshantering

Som en del av tillsynen prövas klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Ett sådant tillsynsärende hos IVO kan inledas på olika sätt. En privatperson kan göra en anmälan, till exempel efter att ha utsatts för en skada i hälso- och sjukvården. Patienter eller närstående till patienter kan klaga på såväl verksamhet som personal inom hälso- och sjukvården. Men de ska först vända sig till den verksamhet som vårdat dem eller till patientnämnden där. En anmälan kan exempelvis röra påstådda felaktigheter i hur prioriteringen av hälso- och sjukvården gått till under rådande coronatider (se nedan).

IVO bedömer om ärendet ska utredas eller inte. När utredningen påbörjas, skickar IVO anmälan till berörda vårdgivare och/eller hälso- och sjukvårdspersonal, tillsammans med en begäran om att få de handlingar som behövs för att utreda händelsen (exempelvis patientjournaler). Det är vårdgivaren, som besvarar klagomålen från patienter och deras närstående. Detta ska ske så snart sig göra låter. Klagomålen ska besvaras på lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Vårdgivaren ska ge klaganden en förklaring till vad som har inträffat, och i förekommande fall, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen (PSL 3 kap. 8 b §).

När IVO har fått begärda handlingar, får patienten/anmälaren möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i handlingarna. IVO ska sedan utreda klagomålet. Det är då fråga om klagomål som rör  *Kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa* eller har lett till att patienten fått ett  *väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit* (PSL 7 kap. 11 §). IVO ska göra den utredning som behövs för att kunna pröva klagomålet.

Myndigheten får utreda och pröva omständigheter som inte har åberopats i anmälan (PSL 7 kap. 13 §).

Ärendet avslutas med ett beslut. IVO upprättar först ett förslag till beslut som berörda får möjlighet att lämna synpunkter på. IVO skickar beslutet till patienten/anmälaren och till den eller de som blivit anmälda. I beslutet redovisar IVO sin bedömning av om vårdgivaren eller hälso- och sjukvårdspersonalen *har följt lag eller annan föreskrift och agerat på ett lämpligt sätt med hänsyn till patientsäkerheten* (PSL 7 kap. 18 § andra stycket). IVO ”dömer” inte ut några disciplinpåföljder mot vårdgivare eller personal. Om IVO finner att verksamheten har brister som behöver åtgärdas relaterat till patientsäkerheten, kan IVO ta initiativ till *ytterligare granskning av verksamheten eller personalen*. Ett klagomålsbeslut är inte lika ”kraftfullt” som ett HSAN-beslut tidigare var. IVO:s beslut är som framhållits inte heller överklagbart till domstol såsom var fallet med HSAN-avgörandena.

### 2.2.2 Tillsynsverktyg

En förutsättning för att IVO ska kunna få genomslag för sin tillsyn är att det finns författningsreglerade möjligheter till ingripanden. Enligt IVO:s tillsyns-policy görs valet av *tillsynsverktyg*<sup>14</sup> utifrån vilken förväntad effekt en åtgärd kan ha på tillsynsobjektet och utifrån vilka möjligheter lagstiftningen ger. Vid valet mellan verktyg är grundregeln att börja med mindre ingripande tillsynsåtgärder och trappa upp till skarpare åtgärder om det behövs. Vidare kan en främjande tillsyn användas för att ge rekommendationer om inte regelverket innehåller krav som är bindande för verksamheten.<sup>15</sup> Men innehåller regelverket krav som är bindande för verksamheten uppkommer frågan om det räcker att tillsynsverktyget är ett ”mjukt” verktyg såsom information, råd och vägledning, rekommendationer, dialog och återföring.<sup>16</sup> IVO framhåller att det finns tre nivåer av beslut. Den första nivån utgörs av beslut utan konstaterade brister, den andra nivån består av beslut med konstaterade brister, och på den tredje nivån finns beslut med allvarliga brister, som innebär krav på redovisning av åtgärder från de tillsynade verksamheterna.<sup>17</sup> Den sistnämnda nivån är den allvarligaste och detta ska synas i den skrivning som IVO gör i ett dylikt fall. Det centrala med IVO:s utredande arbete är den lärande funktionen.

14. Med tillsynsverktyg avses enligt IVO både främjande inslag (till exempel information, råd och vägledning) och kontrollerande verktyg (sanktioner).

15. Inspektionen för vård och omsorg: Bedömningsstöd för beslut i ärendeslagen frekvenstillsyn (8.4) och egeninitierad tillsyn (8.5), 2018-06-14, s. 1.

16. Inspektionen för vård och omsorg: Hur arbetar IVO konkret med riskanalys och riskbaserad tillsyn?

17. De skarpare sanktionsverktygen såsom åtalsanmälan, förelägganden, förbud och återkallelser av tillstånd aktualiseras inte i denna artikel.

### 2.2.3 Rättssäkerhetsaspekter

Vilka *rättssäkerhetsaspekter* har lagstiftaren lagt på klagomålsförfarandet? Om en vårdgivare inte fullgjort sina skyldigheter enligt 3 kap. 8 b § patientsäkerhetslagen, får som framhållits IVO överlämna klagomålet till vårdgivaren eller patientnämnden. Lagstiftaren synes med en dylik reglering mena, att klagomålshandlingen ska börja hos vårdgivaren och fortsätta hos IVO, om ärendet är av den karaktär att det ligger inom IVO:s kompetensområde. Om så är fallet, kan IVO:s handläggning av patientens klagomål upplevas som att patienten har rätt till en överprövning av detta. Den slutsatsen har dock inte dragits i förarbetena, även om man talat om vårdgivaren och patientnämnden som ”första linjen” i klagomålsförfarandet, varvid IVO således borde utgöra ”andra linjen”.

Regeringen har påtalat behovet av möjligheter för bl a patienten<sup>18</sup> att kunna överklaga tillsynsmyndighetens klagomålsbeslut, en lagreglering som skjutits upp ett flertal gånger.<sup>19</sup> Så blev även fallet i samband med tillkomsten av 2018 års klagomålsreglering. Några möjligheter för patienten att överklaga IVO:s beslut finns inte, varför man inte kan tala om ”rättigheter” för patienten. Vårdgivarens och IVO:s skyldigheter kan inte sägas motsvaras av några ”rättigheter” för patienten. Men även om man inte kan tala om några ”patienträttigheter” i detta avseende, har patienten ändå ett skyddsnät av skilda rättssäkerhetsgarantier, som innebär en förbättrad ställning för patienten i förhållande till vad som har gällt tidigare.

I och med tillkomsten av reglerna om klagomålshandlingen inom hälso- och sjukvården och genom tillkomsten av 2018 års förvaltningslag har högre rättssäkerhetskrav kommit att gälla generellt vid ärendehandläggningen av klagomål inom hälso- och sjukvården. Skillnaden mot 1986 års förvaltningslag, när det gäller vårdgivares klagomålshandling, är stor. Den medför en utökad rättssäkerhet för den klagande, genom att rättssäkerhetsgarantierna i 2018 års förvaltningslag om de krav som ska gälla generellt vid ärendeberedning, beslutsfattande och verkställighet också ska gälla inom hälso- och sjukvården, även om det i speciallagstiftningen på detta område saknas särskilda bestämmelser om överklagbarhet. När det gäller IVO:s klagomålshandling finns som framkommit flera rättssäkerhetsgarantier anförda i PSL. Någon bestämmelse om överklagbarhet finns dock inte heller i denna lag. Det innebär att samma rättssäkerhetskrav som gäller vid IVO:s klagomålshandling torde gälla också vid vårdgivarens klagomålshandling. I förra fallet finns kraven angivna i specialreglering, dvs PSL, medan de i det senare fallet följer av 2018 års förvaltningslag.

18. Frågan om eventuell överklagbarhet för hälso- och sjukvårdspersonal behandlas inte här.

19. Prop. 2009/10:210, s. 134 f.; prop. 2016/17: 122, s. 29 f.

### 3. Har coronapandemin förändrat hälso- och sjukvårdens prioriteringsordning?

Den fortsatta diskussionen kommer att handla om materiella regler, då fråga uppkommit huruvida hälso- och sjukvården gjort fel, så att patienten kan klaga på felet med hjälp av det klagomålssystem som ovan behandlats. De materiella regler som nedan ska undersökas är hur prioriteringen av hälso- och sjukvårdsresurser ska gå till när många insjuknar i covid-19.

#### 3.1 1997 års prioriteringsordning

Hur ser prioriteringen av hälso- och sjukvården ut enligt den lagstadgade prioriteringsordningen?<sup>20</sup> Människovärdet bildar utgångspunkten. Lagtexten i hälso- och sjukvårdslagen och i patientlagen säger att *vården ska ges på lika villkor och att den med störst behov ska få vård först*. Vården är beroende av tillgången på vårdresurser. Ju mindre tillgången är, desto svårare är det att få vård. Knappheten i vårdresurser eller allmänt uttryckt ekonomiska omständigheter torde vara förklaringen till att vårdtagaren aldrig utrustats med en legal rättighet till vård och därmed givits möjligheter att överklaga till domstol. Den aktuella tillgången till vårdresurser behöver aldrig gå jämt upp med efterfrågan för att lagen ska kunna efterlevas. Lagen accepterar att några kan bli utan viss vård. Prioriteringar medför en större elasticitet i systemet i förhållande till ett system med rättigheter, samtidigt som rättssäkerheten i beslutsfattandet blir avsevärt lägre.

Det relevanta vid prioriteringar är att människovärdet inte är knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället utan till själva existensen.<sup>21</sup> Det är viktigt att slå fast att begåvning, social ställning, inkomst, ålder etc. inte får avgöra vem som skall få vård eller kvaliteten på vården. Människovärdesprincipen är oförenlig med en praxis att prioritera på basis av social status, ekonomisk ställning eller ålder. Detsamma gäller självförvållade skador. Man kan med andra ord inte omfatta människovärdesprincipen och samtidigt prioritera t.ex. på grund av kronologisk ålder eller en för hälsan negativ livsstil. Regeringen tog från början avstånd från varje försök till generell gränsdragning vad gäller ”rätt” till vård och behandling av exempelvis äldre, för tidigt födda barn eller livsstilsrelaterade sjukdomar.<sup>22</sup> Den enskildes *behov* av behandlingen skulle i stället vara avgörande.

Utifrån principen om alla människors lika värde är det hälso- och sjukvårdens uppgift att i största möjliga utsträckning ge alla den vård de behöver och kan tänkas ha *nytta* av. Hos äldre är det då viktigt att skilja på kronologisk och

20. Se SOU 1995:5, Vårdens svåra val.

21. SOU 1995:5, s. 117.

22. Se prop. 1996/97:60, s. 24 f.



biologisk ålder. Kronologisk ålder är bestämd av födelsedatum, medan biologisk ålder är mer vagt men anses ändå som ett medicinskt bedömbart begrepp. Det skulle strida mot de etiska principerna att särbehandla någon enbart på grund av kronologisk ålder. Det finns heller inga skäl att tillämpa generella kronologiska åldersgränser vid ställningstagande till medicinska åtgärder. Däremot ingår nedsatta fysiologiska reserver i bedömningen av vad enskilda äldre patienter kan tillgodogöra sig i form av medicinska åtgärder. En gammal person har sämre förutsättningar att klara av en viss behandling. Risker vid operationer kan öka, när kroppens kondition avtar, varvid nackdelarna kan bli större än fördelarna. Risken för allvarliga komplikationer kan bedömas som oacceptabelt stor. Ålder i sig har ingen betydelse ur prioriteringssynpunkt. Det är den totala bedömningen av patientens behov och hur patienten kan tillgodogöra sig vården som ska avgöra insatserna.

Att alla har lika rätt och lika värde räcker inte som grund för prioriteringar i vården. För att i en prioriteringssituation kunna avgöra vilka som ska få vård krävs något mer än människovärdesprincipen. Prioriteringsutredningen, som skapade 1997 års prioriteringsordning, ansåg att det utredningen kallade behovs-solidaritetsprincipen,<sup>23</sup> tillsammans med människovärdesprincipen, skulle ligga till grund för prioriteringar. Utredningen formulerade det som att ”*resurserna skall satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst*”.

Behovs-solidaritetsprincipen är sedan lång tid förankrad i svensk hälso- och sjukvård. Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården ska bli så lika som möjligt, dvs. att alla ska nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. *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 ta tillvara sina rättigheter har samma rätt till vård som andra.

Innebörden av behovs-solidaritetsprincipen är att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, ska mer av *vårdens resurser ges till de mest behövande*, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.<sup>24</sup> Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda. Skälet att använda denna princip är att den har nära anknytning till den grundläggande humanitära motiveringen för vården. Hur stort behovet är beror av sjukdomens svårighetsgrad, men sannolikt också av dess varaktighet.

Prioriteringsutredningen skiljer på *hälsorelaterade och livskvalitetsrelaterade behov*.<sup>25</sup> Sjuka människor har i första hand ett behov att bli botade från en sjukdom. Det är ett hälsorelaterat behov. Om sjukdomen inte kan botas, har patienten behov

23. SOU 1995:5, s.117.

24. Se prop. 1996/97:60, s. 9 f.

25. Se prop. 1996/97:60, s. 10 f.

av symtomlindring och omvårdnad. Det är ett livskvalitetsrelaterat behov. Om sjukdomen inte är möjlig att bota utan kommer att leda till döden, är det vårdens uppgift att ge lindring och tröst genom palliativ vård. I dessa fall är också de livskvalitetsrelaterade behoven uttalade.

Principen om kostnadseffektivitet innebär enligt utredningen<sup>26</sup> att hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader i form av insatta resurser av olika slag och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Denna ska enligt utredningens förslag vara underordnad människovärdes- och behovs-solidaritetsprinciperna. Att verksamheten bedrivs kostnadseffektivt får dock aldrig innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra som är i liknande situation.

### *3.2 Prioriteringar inom intensivvård under extraordinära förhållanden*

Socialstyrelsen har under senare delen av mars 2020 tagit fram ett dokument som ska komplettera ovan nämnda prioriteringsordning. Syftet med dokumentet är att stödja hälso- och sjukvården, när patienter med covid-19 behöver alltmer av vårdens resurser. Dokumentet heter ”Nationella principer för prioriteringar inom intensivvård under extraordinära förhållanden.”<sup>27</sup> Principerna är tänkta att användas av vårdgivare i det fall smittutvecklingen leder till att behovet av intensivvård kommer överstiga tillgängliga resurser. Det första steget är då att utöka intensivvårdsresurserna så mycket det går.<sup>28</sup> Först när alla möjligheter är uttömda, gäller dokumentet. Det framhålls att prioriteringar ska ske efter behov och patientnytta och inte ske utifrån patientens kronologiska ålder.

En patient med svår sjukdom eller skada med förväntad överlevnad på mer än 12 månader ges högsta prioritet för intensivvård.<sup>29</sup> Måste man prioritera också mellan patienter i den gruppen, utgår man från förväntad återstående livslängd, alltså från biologisk ålder. Den med längst återstående livslängd går före den med kortare förväntad livslängd. En patient som har högsta prioritet bör få behålla insatserna till dess prognosen försämras till lägre nivå för att då omprövas. Finns det patienter med högre prioritet i kö, bör insatsen avbrytas.

Den andra prioritetsgruppen gäller patienter som a) har en eller flera allvar-

26. Se prop. 1996/97:60, s. 18 ff.

27. I debatten om begreppet biologisk ålder beskrivs dokumentet ibland som beslutsstöd, ibland som riktlinjer.

28. Socialstyrelsen, Nationella principer för prioriteringar inom intensivvård under extraordinära förhållanden, s. 5.

29. Socialstyrelsen, Nationella principer för prioriteringar inom intensivvård under extraordinära förhållanden, s. 6.

liga systemsjukdomar med påtaglig funktionell begränsning och/eller b) har förväntad överlevnad 6–12 månader utifrån underliggande sjukdom.

Den tredje prioritetsgruppen gäller patienter med förväntad låg sannolikhet att överleva redan från början och för vilken intensivvård normalt sätts in endast inför ny bedömning och samråd med närstående. Patienter som inte, eller inte längre, är aktuella för intensivvård ska erbjudas annan vård. Det torde i de flesta fall betyda någon form av palliativ vård.<sup>30</sup>

Skapandet av nu anförda dokument leder till uppkomsten av flera frågor som ska försöka besvaras i de följande avsnitten. 1) Är dokumentet i första hand till för hälso- och sjukvården och dess personal eller är det till för patienten? 2) Har tillämpningen av dokumentet skett utifrån de förutsättningar som givits i detsamma? 3) Och slutligen, hur förhåller sig biologisk ålder till prioriteringsprinciperna i 1997 års prioriteringsordning?

I samband med de svåra beslut som kan krävas utifrån prioriteringsprinciperna påtalar Socialstyrelsen hälso- och sjukvårdspersonalens upplevda etiska stress.<sup>31</sup> Syftet med principerna anges vara, att etiskt väl underbyggda principer ska minska den etiska stressen, genom att vårdpersonalen får stöd i att svåra beslut fattas på goda grunder och inte sker godtyckligt. Frågan är då vilka möjligheter den enskilde beslutsfattaren har att göra detta. Klart är att en patient med svår sjukdom men med förväntad överlevnad på mer än 12 månader ska ges intensivvård. Om det finns många patienter i den gruppen, ska man utgå från förväntad återstående livslängd. Denna situation har benämnts biologisk ålder. Om flera hamnar på samma biologiska ålder, ger inte prioriteringsdokumentet några tydliga svar. En patient som ligger på IVA behåller respiratorinsatserna till dess prognosen försämras till lägre nivå. Då omprövas den. Finns det patienter med högre prioritet i kö, avbryts insatsen. I de flesta fall vidtar då palliativ vård för den förstnämnda patienten.

Det säger sig självt att här ligger en rad beslut, som kräver svåra etiska bedömningar och som kan skapa etisk stress hos vårdpersonalen. Denna prioriteringsordning synes dock inte medföra lättare ställningstaganden för personalen, snarare tvärtom. De ställningstaganden som måste göras är svårare för flera personalkategorier än vad de är vana vid från den ”vanliga” prioriteringsordningen. Att man får svart på vitt hur man ska göra vid maktlöshet inför beslutsfattandet behöver inte nödvändigtvis lindra den etiska stressen. Men av Socialstyrelsens förord framgår att syftet med prioriteringsreglerna är att stödja hälso- och sjukvården att fatta beslut om prioriteringar i det fall smittutveck-

30. Socialstyrelsen, Nationella principer för prioriteringar inom intensivvård under extraordinära förhållanden, s. 7.

31. Socialstyrelsen, Nationella principer för prioriteringar inom intensivvård under extraordinära förhållanden, s. 8.

lingen leder till att behovet av intensivvård kommer överstiga tillgängliga resurser. Som svar på den första frågan synes dokumentet i första hand vara till för hälso- och sjukvården och dess personal och inte för patienten. Inget sägs om nödvändigheten av goda och rättvisa prioriteringsbeslut för patienten.

När det gäller den andra frågan framhålls uttryckligen i Socialstyrelsens dokument att principerna är tänkta att användas av vårdgivare i det fall smittutvecklingen leder till att behovet av intensivvård kommer att överstiga tillgängliga resurser. Även om den svenska hälso- och sjukvården har pressats oerhört hårt, har av samstämmiga uppgifter i pressen framgått, att behovet av intensivvård inte överstigit tillgängliga resurser.<sup>32</sup> Ändå synes av liknande uppgifter i pressen nu nämnda principer redan kommit till användning. Tillämpningen av dokumentet synes således inte ha skett utifrån de förutsättningar som givits i detsamma.

Den tredje frågan ska söka besvaras i de följande avsnitten. Detta ska ske med hjälp av de normgivningsregler som den svenska konstitutionen tillhandahåller.

### *3.3 Hur förhåller sig biologisk ålder till prioriteringsprinciperna i 1997 års prioriteringsordning?*

Grunderna för tillämpningen av Socialstyrelsens prioriteringsdokumentet har föranlett IVO att igångsätta en granskning. Det torde inte ha varit någon lätt uppgift IVO haft att genomföra. Det är svårt att avgöra om vården har givits på lika villkor och att den med störst behov först fått vård, dvs att de krav som uttalas i lagtexten är uppfyllda. Det bästa IVO kan göra i rådande läge är att vara så tydlig och utförlig i sitt beslutsfattande, att besluten kan vara vägledande för IVA-personalen i deras framtida ställningstaganden. Vägledning behövs i hög grad vid dessa extraordinära förhållanden på hälso- och sjukvårdens område. När nu den förvaltningsprocessuella lagstiftningen på detta område utformats med så svaga rättsliga verktyg, dvs inga möjligheter till överprövning, är den lärprocess som IVO kan bidra med dubbelt viktig.

IVO har fått in ett flertal tips via upplysningstjänsten gällande prioriteringar av intensivvården under rådande covid-19 pandemi. Dessa signaler medförde att IVO har initierat tillsyner av intensivvården på samtliga akutsjukhus i Region Stockholm. Tillsynerna har pågått under en längre tid och förväntas inte bli slutförda förrän i början på hösten, eftersom man haft svårigheter med att få in alla underlag som krävs för att kunna göra bedömning i ärendena. Ärendena har åsatts följande diarienummer: 14720/2020 Karolinska sjukhuset, 17555/2020 Danderyds sjukhus, 17725/2020 Norrtälje sjukhus, 17717/2020 Södertälje sjukhus, 17516/2020 Södersjukhuset och 17535/2020 Capio S:t Görans sjukhus. Ty-

32. Se exv. "Trots att intensivvårdsplatser står tomma: "Hårdare prioriteringar görs redan", i Kvartal av Johan Frisk, 2020-04-10.

värr måste ärendena lämnas åsido i denna artikel. Som framhållits ska i stället rubrikens fråga besvaras med hjälp av de normgivningsregler som den svenska konstitutionen tillhandahåller.

När IVO i sin klagomålshangtering ska undersöka hur vårdgivaren har resonerat vid vårdgivandet eller vid beslut att inte tillhandahålla vård är det nödvändigt att fastställa, vilka normer som vårdgivaren har tillämpat, om det är adekvata normer eller om vårdgivaren vid sitt beslutsfattande gjort sig skyldig till felaktig tillämpning. De normer som aktualiseras i detta fall är dels lagtext som är stiftad av riksdag och regering gemensamt, dvs hälso- och sjukvårdslagen om att den med störst behov ska få vård först, dels myndighetsnormering, ”Nationella principer för prioriteringar inom intensivvård under extraordinära förhållanden”, som inte är externt rättsligt bindande. Såsom normgivningsmakten har konstruerats i regeringsformen, är gränsdragningen mellan lag och tillämpningsföreskrifter av stor betydelse. Huvudreglerna när det gäller de förutsättningar, som måste vara uppfyllda vid prioritering till en förmån, måste alltid upptas i själva lagen. Hur långt lagen går i detaljer, är enligt lagstiftaren riksdagens sak att bedöma. Ju mer detaljbetonad lagen är, desto mindre är utrymmet för reglering genom tillämpningsföreskrifter. Föreskrifter, som på det ena eller andra sättet närmare bestämmer innehållet i eller omfattningen av en rättighet eller annan förmån, t ex vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att rätten/möjligheten till förmånen ska föreligga, kan knappast betecknas som tillämpningsföreskrifter.

Om riksdagen utfärdar en lag, såsom hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen, utanför sitt eget obligatoriska område utan inom regeringens restkompetens, något som riksdagen alltid har rätt att göra, och därvid underlåtit att lagreglera vissa delar, uppkommer frågan om det varit lagstiftarens mening att regeringen, eller regeringens myndigheter, i detta fall Socialstyrelsen, ska kunna meddela kompletterande föreskrifter, som inte endast är av rent administrativ karaktär. Huruvida det är hela det ämne som lagen avhandlar, som är undantaget regeringens restkompetens (eller regeringens delegerande till myndigheter) eller endast de i lagen behandlade delarna av ämnet framgår inte klart i motivuttalandena.<sup>33</sup> Att vissa frågor av materiell-rättslig natur inte reglerats i lagen, kan ju bero på att riksdagen gjort det ståndpunktstagandet, att det är onödigt eller olämpligt att lagreglera härom. Regeringen bör då inte kunna meddela föreskrifter om samma sak, eftersom dessa då skulle strida mot riksdagens beslut.

Materiell-rättsliga regler, som ändrar innehållet i lagtexten och inte endast kompletterar detta i mer inskränkt bemärkelse genom administrativa föreskrifter, strider också mot grunderna för den formella lagkraften. Ibland kan före-

33. SOU 1972:15, s. 82 och s. 153.

skriften innebära, att innehållet i lagtexten och innehållet i föreskriften strider mot varandra. Att en ändring av innehållet i eller tolkningen av lagtext ensidigt företas av regeringen (eller av myndighet genom delegation) kan inte överensstämma med regeringsformens grundsyn om kompetensfördelningen, även om den lag det gäller ligger utanför riksdagens obligatoriska område. Då det gäller en ändring av lagtexten är det berättigat att hänvisa till regeringsformen 8 kap. 18 § om den formella lagkraftens princip. Denna innebär att lag ej får ändras eller upphävas annat än genom lag.

Socialstyrelsens dokument kan beskrivas som en specificering av 1997 års prioriteringsordning (den med det största behovet ska först få vård). Innehållet i Socialstyrelsens prioriteringsnivåer skulle i så fall vara preciserings- eller förhållande till denna prioriteringsregel. Men är dessa preciserings- eller av gradkaraktär? Rör det sig om preciserings- eller av gradkaraktär och därmed om regelrätta verkställighetsföreskrifter, som inte tillför lagreglerna ett nytt innehåll eller som inskränker eller utvidgar dessa? Eller är det däremot fråga om preciserings- eller av artkaraktär? I så fall är det av naturliga skäl fråga om ett nytt innehåll i prioriteringsregleringen.

Enligt min mening torde det kunna göras gällande att reglerna innehåller preciserings- eller av gradkaraktär. Förväntad återstående livslängd är i förstone av gradkaraktär och ger inte regeln ett nytt innehåll. Men frågan kvarstår vilket artinnehåll begreppet ”förväntad återstående livslängd” ska ges. Jag menar att här föreligger en artskillnad mellan Socialstyrelsens dokument och prioriteringsordningen om det största behovet i hälso- och sjukvårdslagen. I den biologiska åldern ligger en ansevärd komponent av kronologisk ålder. Den kronologiska åldern har som framhållits alltid varit ett kriterium som legat utanför prioriteringsordningen.<sup>34</sup> Närmare bestämt ligger det utanför människovärdesprincipen. Genom att biologisk ålder beaktas i Socialstyrelsens dokument har en komponent som är ny till sin art kommit in i prioriteringsbedömningen och då en komponent som strider mot den gamla ordningen. Det är inte längre fråga om en ren verkställighetsregel som inte ändrar lagregelns innehåll. Här ändras lagregelns innehåll men inte genom en annan lag utan genom en inte bindande myndighetsreglering.

Att inom ramen för coronapandemin börja arbeta med begreppet biologisk ålder är mycket tveksamt. Kronologisk ålder har som framhållits aldrig tillåtits att få betydelse inom ramen för prioriteringar på grund av människovärdesprincipen. Borde detta inte också vara fallet när det gäller den biologiska åldern? Normalt bedöms åtgärdens patientnytta utifrån parametrarna livslängd och livskvalitet. I denna situation har Socialstyrelsen enligt dokumentet funnit det omöjligt att

34. Se även Mikael Sandlund, Kommentar till Socialstyrelsens nationella principer för prioritering inom intensivvård, i Svenska Läkaresällskapet 2020-03-27.

bedöma patientens framtida livskvalitet, varför prioriteringsprinciperna endast har fokus på livslängd. Men när man nu ansett sig inte kunna bedöma livskvalitet, borde inte detsamma gälla livslängd? Båda bedömningarna är mer eller mindre spekulativa med övervägande värdeomdömen och få faktiska omständigheter som grund. Att en spekulativt bestämd livslängd ska få avgöra om resursanvändningens rimlighet (kostnadseffektivitetsprincipen) är uppfylld eller inte, synes vara en vag underbyggnad för att avgöra frågor som rör liv och död.

Här görs således gällande att Socialstyrelsens regler strider mot prioriteringsordningen i hälso- och sjukvårdslagen. Eftersom Socialstyrelsens reglering består av lägre normer, innebär den inte att lagtexten om prioriteringsordningen sätts ur spel. En lägre reglering får inte till sitt innehåll strida mot en reglering av högre rang. Gör den det, blir den ogiltig på grund av den konstitutionella regeln om den formella lagkraftens princip.<sup>35</sup>

#### 4. Sammanfattande synpunkter

Avslutningsvis kan följande anföras. Alla människors lika värde och rätt oberoende av personliga egenskaper eller funktion i samhället, fördelning efter behov, och en rimlig relation mellan kostnader och effekt mätt i förbättrad hälsa och livskvalitet, är som framkommit ovan de tre principer som ska ligga till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det konstaterade riksdagen då den våren 1997 beslöt ställa sig bakom regeringens proposition (1996/97:60) Prioriteringar i hälso- och sjukvården (se ovan). Utifrån denna etiska plattform konstruerades de fyra grupper som är riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom vården. Grupperna fungerar som stöd och vägvisare för alla vårdgivare och kliniskt verksamma och bildar utgångspunkt för överväganden och diskussioner. Jag har inte presenterat grupperna tidigare, varför det torde vara på sin plats att göra det nu när jag ger dessa avslutande synpunkter, även om endast den första gruppen är av intresse i detta sammanhang.

De fyra grupperna är följande:

Grupp 1: Vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

Grupp 2: Prevention, habilitering/rehabilitering.

Grupp 3: Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Grupp 4: Vård av andra skäl än sjukdom och skada.

Om man således koncentrerar sig på grupp 1 kan följande anföras. Hit hör vård av livshotande, akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till

35. Prop. 1975:8 s. 44.

varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död. I denna grupp finns riktigt akuta tillstånd enligt läkarverksamhetens prioriteringslista, akuta insatser vid avancerad hemsjukvård och terminalvård, rehabilitering efter frakturer, skador och andra tillstånd som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd. Men även vård av svåra kroniska sjukdomar räknas till denna grupp. Det samma gäller palliativ vård, vård av människor med nedsatt autonomi liksom terminalvård.

Som exempel på dessa vårdkategorier kan vård på kommunens särskilda boenden hänföras, palliativ vård, avancerad hemsjukvård, demensvård samt vård vid kronisk psykotisk sjukdom, vidare svåra kroniska sjukdomar som diabetes, kol, astma, kronisk hjärtsvikt, kärlsjukdomar som arteriella bensår, maligna sjukdomar, reumatoid artrit, samt neurologiska sjukdomar som stroke, ms, als.<sup>36</sup>

Det nu anförda stämmer väl överens med vad som ovan anförts om att ”resurserna skall satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst”, att man ska ”beakta behoven hos de svagaste”, ”att vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten” och ”att man av kostnadsskäl aldrig får underlåta att ge vård till eller försämra kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade”.

Mot detta står Socialstyrelsens dokument om att förväntad överlevnad på mer än 12 månader ger högsta prioritet för intensivvård, att därefter den individ ifrågakommer för intensivvård, som har en eller flera allvarliga systemsjukdomar med påtaglig funktionell begränsning och/eller har förväntad överlevnad 6–12 månader utifrån underliggande sjukdom och att sist kommer den som har låg sannolikhet att överleva redan från början. Socialstyrelsens dokument utgör en etisk plattform som synes vara den motsatta till riksdagens och regeringens plattform från 1997. Både grupp 2 och 3 enligt Socialstyrelsens dokument ligger inom grupp 1 i 1997 års prioriteringsordning. Denna i det närmaste totala omkastning av prioriteringsgrupperna synes vara vare sig rättsligt eller etiskt försvarbart. Nyttan i betydelsen av förväntad ökad livslängd har ansetts ha högre prioritet än solidaritet med dem som har de största behoven. Det humanistiska synsättet har med en sådan uppfattning inte längre den ställning som det hade tidigare.<sup>37</sup> Det har i stället efterträtts av ett utpräglat nyttotänkande. I första hand ska de med störst chanser att överleva få vård.<sup>38</sup>

36. Vårdfokus nr 10, 1999-11.

37. En sådan definition strider mot principen om alla människors lika värde och kan även strida mot behovsprincipen, se ”Principer för prioriteringar av intensivvård ifrågasätts”, i Läkartidningen 2020-03-31 av Ingemar Engström, Göran Hermerén, Nils-Eric Sahlin, Barbro Westerholm.

38. I Socialstyrelsens dokument står att ”patientnytta” ska vara en viktig parameter vid prioriteringsbeslut. I en fotnot förklarar Socialstyrelsen vad man menar med patientnytta. Där står: ”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”.



Detta utilitaristiska synsätt är högst annorlunda mot det som präglar den fortfarande gällande 1997 års prioriteringsordning. Att en sådan genomgripande ändring av prioriteringsreglerna skulle kunna genomföras när pandemin redan var ett faktum, utan att dessa först genomgått den sedvanliga normgivningsproceduren, låter sig inte göra. Det strider mot rättssäkerhetsprinciperna och därmed mot rättsstatstanken. Att en pandemi som covid-19 kan kräva förändringar i prioritetsordningen, om det råder brist på respiratorer, IVA-platser och personal, torde stå klart<sup>39</sup>, men förändringen får inte vara ett hastverk som nu anförda normering synes vara, utan den måste gå till på det sätt som den rättsstatliga normgivningen kräver, dvs medelst lag.

Svaret på den i avsnitt 3 ställda frågan skulle kunna formuleras så, att allvarliga försök har gjorts att förändra prioriteringsordningen men att både rättslig och etisk grund för denna förändring saknas. Det innebär att Socialstyrelsens regler är en rättslig nullitet, vilket tragiskt nog inte kan sägas om de allvarliga konsekvenser som dessa regler fört med sig.

*Lotta Vablné Westerhäll  
Professor emerita  
Göteborgs universitet*

39. Skörhetsbedömning har blivit särskilt viktigt som ett bidrag till att identifiera kronologiskt åldrade patienter som inte är sköra. Dagens Medicin 2020-05-13 av Tommy Cederholm, Anne W Ekdahl et al. Se även Bortom kronologisk ålder – riskprofiler, skörhet och multisjukdom i sårbarhet för Covid-19, i Forte Fokus av Laura Fratiglioni et al vid Aging Research Center, KI.