



JURIDISKA FAKULTETEN  
vid Lunds universitet

Kristina Lennquist

# Patientens rättigheter i hälso- och sjukvården

Examensarbete  
20 poäng

Ola Zetterquist

Allmän Rättslära

HT 2003

# Innehåll

## INNEHÅLL

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>1</b>
<b>FÖRORD</b>	<b>2</b>
<b>1 INLEDNING</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrund	3
1.2 Problemformulering	4
1.3 Målsättning	4
1.4 Metod	4
1.5 Avgränsningar	5
<b>2 LAGLIG RÄTT TILL VÅRD</b>	<b>6</b>
2.1 Internationella överenskommelser och konventioner	6
2.1.1 Förenta Nationernas förklaring om mänskliga rättigheter	6
2.1.2 Europakonventionen för mänskliga rättigheter	8
2.2 Patientens rätt till vård - vad säger svensk lag?	8
2.2.1 Regeringsformen	8
2.2.2 Hälso- och sjukvårdslagen	9
2.2.2.1 Prioriteringsgrunder	10
2.2.2.2 Krav på sjukvården	12
2.2.2.3 Information och medbestämmande	13
2.2.2.4 Förebyggande vård	14
2.2.2.5 Landstingens ansvar	15
2.2.2.5.1 Patientens valmöjligheter	16
2.2.2.5.2 Sjuktransport	19
2.2.2.5.3 Kommunernas ansvar	19
2.2.2.6 Vårdpersonalens ansvar	19
2.2.2.6.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter	20
2.2.2.7 Socialstyrelsens tillsyn	23
2.2.2.8 Disciplinpåföljd	24
2.3 De processuella vägarna för patienten	27
2.3.1 Patientens rätt till ersättning för skador	32

<b>3</b>	<b>RÄTTIGHETER OCH ANSPRÅK I VÅRDEN</b>	<b>37</b>
3.1	<b>Hohfelds lära om elementära rättighetsrelationer</b>	<b>37</b>
3.1.1	Korrelationsteorin och viljeteorin	39
3.1.2	MacCormicks argument mot korrelationsteorin och viljeteorin	40
3.1.3	MacCormicks intresseteori	42
3.2	<b>Absoluta ch relativa rättigheter</b>	<b>42</b>
3.3	<b>HSL och yrkesverksamhetslagen som förpliktande lagar (skall-lagar och ramlagar)</b>	<b>43</b>
3.3.1	Vilka är rättighetsbärare respektive motparter inom hälso- och sjukvården och vilka är deras rättigheter/skyldigheter?	44
3.3.2	Patientens positiva anspråk	44
3.3.2.1	Patientens rätt till medicinsk undersökning	45
3.3.2.2	Patientens rätt till medicinsk behandling	46
3.3.2.3	Patientens rätt i prioriteringsfall	46
3.3.2.4	Patientens rätt till medbestämmande	48
3.3.2.5	Patientens valmöjligheter	49
3.3.3	Patientens negativa anspråk	52
3.3.3.1	Patientens positiva och negativa frihet	52
3.3.3.2	Kompetens och immunitet	52
<b>4</b>	<b>PRIORITERING VID BRIST PÅ RESURSER</b>	<b>54</b>
4.1	<b>Allmänna prioriteringsprinciper</b>	<b>54</b>
4.1.1	Prioriteringsnormer	54
4.1.2	Utilitarismen – enskilda eller allmänna nyttan	54
4.2	<b>Behov av prioritering mot bakgrund av utvecklingen inom sjukvården</b>	<b>55</b>
4.3	<b>Prioriteringsmetoder</b>	<b>57</b>
4.3.1	Norgemodellen	57
4.3.2	Oregonmodellen	58
4.3.3	Den Nederländska modellen	58
4.3.4	Nya Zeelandsmodellen	59
4.3.5	Effektstyrd prioritering	59
4.4	<b>Tillämpning av prioritering i dagens sjukvård</b>	<b>61</b>
4.4.1	Akut situation	61
4.4.1.1	Stor olycka/katastrof	61
4.4.1.2	Övrig akut situation	61
4.4.2	Icke akut situation	62
4.4.2.1	Prioritering på grund av resursbrist	62
4.4.2.2	Prioritering för att spara kostnader	63
<b>5</b>	<b>ANALYS</b>	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>SLUTSATSER</b>	<b>74</b>
	<b>LITTERATURFÖRTECKNING</b>	<b>76</b>
	Litteratur	76
	Artiklar	78
	Intervjuer och föreläsningar	78
	Rättsfall	79

Till Calle och Louise

**Tack till:**

Professor emeritus Lars Lindahl för uppmuntran och engagemang

Juris doktor Ola Zetterquist för fin hjälp under slutfasen av arbetet

Min pappa Sten som väckt mitt intresse för prioriteringsfrågor inom sjukvården

# Sammanfattning

En god hälso- och sjukvård åt alla medborgare är ett högt prioriterat åtagande i varje modernt samhälle. En viktig del i detta åtagande är att medborgarens/patientens rätt till, och rättigheter i, vården säkras i lagtext, regler och förordningar.

Min frågeställning i detta arbete var i vilken omfattning våra rättigheter till vård och rättigheter i vården är förankrade i lagtexten, respektive i vilken omfattning denna rätt och dessa rättigheter är beroende av landstingens vilja och möjligheter samt av hälso- och sjukvårdspersonalens bedömning av vad som är god vård.

Mitt mål med arbetet var att i tillämplig lagtext försöka analysera i vilken omfattning den vårdsökandes rättigheter till hälso- och sjukvård har stöd i svensk lag. Genom att analysera lagtexten med utgångspunkt från rättighetsbegreppet har jag försökt utröna i vilken omfattning den vårdsökandes rättigheter till sjukvård har stöd i svensk lag och vad som kan betraktas som absoluta respektive relativa rättigheter.

Med utgångspunkt i lagtexten har jag också försökt analysera vilket legalt stöd som finns för bortprioritering av vårdinsatser i en situation där resurserna inte räcker för att utföra alla vårdinsatser som är möjliga att utföra, samt analysera konsekvensen av oklarheter på denna punkt.

Mina slutsatser i arbetet är bland annat att vårdsökandes rätt till av för undvikande av tidig död och ohälsa erforderlig vård av god kvalitet och med en tillgänglighet som förhindrar risk för komplikationer eller sämre resultat, samt rätt till medbestämmande och personlig integritet, avses skyddas i lagtexten genom HSL.

Trots det relativa skydd den vårdbehövande har i HSL innebär det inte någon garanti att erhålla vård som uppfyller angivna kriterier på tillgänglighet och kvalitet i ett läge där vårdresurserna inte räcker till, d v s inte finns när och där de behövs. Den situation med tilltagande relativ brist på resurser som råder i Sverige och andra länder, innebär risk för sådant läge redan i vardaglig vård, än mer vid större händelser eller ökad belastning.

För skydd och garanti för vård som uppfyller angivna kriterier krävs klara regler för hur prioritering skall ske i akuta eller kroniska situationer med bristande resurser. Avsaknad av sådana regler kan leda till antingen slumpvis prioritering eller till utebliven prioritering med konsekvensen att alla vårdsökande på sikt drabbas av försämrad såväl tillgänglighet till som kvalitet på erforderlig/nödvändig vård.

# Förord

Den snabba tekniska utvecklingen inom sjukvården har skapat förutsättningar för att utföra behandlingar som tidigare inte varit möjliga. Detta innebär ökade möjligheter för bevarande av liv och hälsa men konsumerar också ökande resurser i en högre takt än vad samhället anser sig kunna avsätta till vård. Denna diskrepans mellan resurser och möjligheter innebär att vårdgivaren kanske inte alltid kan erbjuda den behandling som rent tekniskt skulle ha kunnat utföras, eller hamnar i en bristsituation som innebär att även tillgång till vård av konventionell standard äventyras. Frågan är om och i vilken omfattning befintlig lagtext i sådana lägen ger den vårdsökande garanti för fullgod vård, eller den vårdande det stöd i beslutsfattandet som skulle behövas.

Min utbildning inom, och erfarenhet från, vårdsektorn är bakgrunden till mitt intresse för dessa frågor som jag därför valt som ämne för mitt examensarbete.

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

En god hälso- och sjukvård åt alla medborgare är ett högt prioriterat åtagande i varje modernt samhälle. En viktig del i detta åtagande är att medborgarens/patientens rätt till, och rättigheter i, vården säkras i lagtext, regler och förordningar. I situationer med god samhällsekonomi och god tillgång på resurser, är det för de flesta en självklar del i våra medmänskliga relationer att vi i alla situationer skall sträva efter att ge bästa tänkbara vård till varje medmänniska som är i behov av det. I situationer med brist på resurser och ökande behov att prioritera vad gäller användandet av gemensamma medel, får säkrandet av varje vårdbehövandes rätt och rättigheter större betydelse.

Sverige har traditionellt haft en mycket god sjukvård baserad både på god samhällsekonomi, hög prioritering av vård och omsorg i vårt samhälle och en god vårdstandard baserad på hög kompetens och mycket aktiv utveckling och forskning. Under de senaste decennierna har svensk sjukvård dock hamnat i en situation med brist på resurser i förhållande till vårdbehovet och man talar om en ”sjukvårdskris”. En orsak till denna kris är strävanden att begränsa expansionen inom den offentliga sektorn. En kanske ändå viktigare orsak är utvecklingen av teknik och kompetens inom vården, som innebär möjlighet att utföra alltmer avancerade vårdinsatser och framgångsrikt bota eller behandla olika skador och sjukdomstillstånd på ett sätt som tidigare inte var möjligt. Dessa behandlingar är ofta resurs- och kostnadskrävande och hälso- och sjukvården är på väg in i en situation där resurserna inte räcker för att utföra allt som är möjligt att utföra, om inte sjukvårdskostnaderna skall konsumera en orimligt hög del av bruttonationalprodukten. Därtill kommer den successivt ökande medelåldern där vårdkostnaderna riskerar att öka varje ytterligare levnadsår.<sup>1</sup>

I ett läge där resurser inte räcker till, blir det ännu viktigare att säkra varje medborgares rätt till vård och rättigheter i vården. Hur mycket av de anspråk på vård vi anser oss kunna ställa på de för vården ansvariga – landstingen, kommunerna och hälso- och sjukvårdspersonalen – är egentligen förankrad i lagtexten, och hur stor del är beroende av landstingens vilja och möjligheter, eller av sjukvårdspersonalens bedömning av vad som är god vård? Finns oklarheter av vad som egentligen är våra rättigheter i vården? Om vi kommer i en situation med ökat behov av

---

<sup>1</sup> SOU 1999:66: *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården - vad hände med ekonomi. Arbetsmiljö och demokrati?. Bilaga till slutbetänkande av kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000. Bilaga, s. 9 f.*

bortprioritering av åtgärder som kan finansieras med offentliga medel, vilka legala grunder finns för sådan bortprioritering? Kan den lämnas till den enskilde beslutsfattarens bedömning och finns i så fall risk för enskilt godtycke? Eller finns risk för att prioritering inte alls utförs i avsaknad av klara regler, medförande att personer med uppenbart och starkt motiverat vårdbehov kan bli utan vård för att resursen helt enkelt inte finns?

Detta arbete är en strävan att från juridisk synpunkt belysa dessa frågor och ett försök att analysera om och på vilka punkter det kan finnas behov av ökat klarläggande eller säkrande av den vårdsökandes rätt till vård och rättigheter i vården.

## **1.2 Problemformulering**

Huvudfrågeställningen för denna analys är i vilken omfattning våra rättigheter till vård och rättigheter i vården är förankrade i lagtexten, respektive i vilken omfattning denna rätt och dessa rättigheter är beroende av landstingens vilja och möjligheter, eller av hälso- och sjukvårdspersonalens bedömning av vad som är god vård.

## **1.3 Målsättning**

Målen med detta arbete är att:

I tillämplig lagtext analysera i vilken omfattning den vårdsökandes rättigheter till hälso- och sjukvård har stöd i svensk lag

I tillämplig lagtext och med utgångspunkt från rättighetsbegreppet analysera i vilken omfattning den vårdsökandes rättigheter i vården har stöd i svensk lag och vad som kan betraktas som absoluta respektive relativa rättigheter.

Med utgångspunkt i lagtexten analysera vilket legalt stöd som finns för bortprioritering av vårdinsatser i en situation där resurserna inte räcker för att utföra alla vårdinsatser som är möjliga att utföra, samt analysera konsekvensen av oklarheter på denna punkt.

## **1.4 Metod**

Studium av de lagtexter som kan ha tillämpning inom hälso- och sjukvården och med utgångspunkt från detta definition av dessa texter och dess innebörd i form av laglig rätt till vård och rättigheter som vårdsökande.



Studium av rättighetsbegreppet samt analytisk tillämpning av detta begrepp på hälso- och sjukvården.

Studium av de principer för prioritering som finns och tillämpas inom svensk sjukvård, vem som fattar prioriteringsbeslut på olika nivåer och hur dessa beslut är förankrade i författning och regelverk.

Sammanfattande analys av huruvida svenska medborgares rätt till vård och rättigheter i vården har tillräckligt tydlig förankring i lagtexten för att garantera en fullgod vård även i situationer med bristande resurser.

## **1.5 Avgränsningar**

Jag har valt att begränsa mig till rättigheterna inom den svenska hälso- och sjukvården och där behandlat enbart HSL och yrkesverksamhetslagen. Speciallagar såsom Lag om psykiatrisk tvångsvård har inte varit aktuella för mig då jag valt att behandla patientens rätt generellt sett och inte sådana mera speciella fall.

## 2 Laglig rätt till vård

### 2.1 Internationella överenskommelser och konventioner

Våra mänskliga rättigheter finns nedskrivna i olika typer av internationella överenskommelser. Några av dessa överenskommelser är juridiskt bindande för staterna då de uttryckligen, genom att ratificera eller ansluta sig till dem, förklarar sig bundna av reglerna och på så sätt kan ställas till svars vid en eventuell kränkning. Till de juridiskt bindande avtalen hör konventioner, traktater och protokoll.

Förklaringar och deklARATIONER är däremot normalt sett inte juridiskt bindande utan representerar viljeyttringar som staterna åtar sig att handla i överrensstämmelse med och icke motverka.<sup>2</sup>

#### 2.1.1 Förenta Nationernas förklaring om mänskliga rättigheter

Enligt artikel 25 i Förenta Nationernas allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948 gäller att:

”Envar har rätt till en levnadsstandard, som är tillräcklig för hans egen familj och hans familjs hälsa och välbefinnande, däri inbegripet föda, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala förmåner ... ”.

År 1966 antog Förenta Nationerna en konvention rörande mänskliga rättigheter, *International Covenant on Civil and Political Rights* (förkortas ICCPR), som innebär att de stater som ratificerat konventionen skall respektera och säkra vissa fundamentala rättigheter genom lag.

I artikel 12.1 i denna konvention stadgas att:

”konventionsstaterna erkänner rätten för envar att såväl i fysiskt som i psykiskt avseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa ”

och konventionsstaterna skall

”vidta åtgärder för att till fullo förverkliga denna rätt” samt ”förbättra alla sidor av samhällets hälsovård och den industriella; förhindra uppkomsten av, behandla och

---

<sup>2</sup> Hedlund Thulin, Kristina. *Mänskliga rättigheter för alla och envar*, Norstedts, 1996, s 15

kontrollera epidemier, folk- och yrkessjukdomar samt andra sjukdomar; skapa villkor som tillförsäkrar envar läkar- och sjukhusvård i händelse av sjukdom”.

Genom övervakning av konventionsstaternas iakttagelser av dessa stadgar, baserad på rapporter till FN:s ekonomiska och sociala råd vid sidan av Världshälsoorganisationen (WHO), ser FN till att målen efterföljs. FN saknar dock sanktionsmöjlighet. Kommissionen för de mänskliga rättigheterna har till uppgift att se till att deklARATIONEN avseende rättigheterna efterföljs.<sup>3</sup>

Europaavdelningen inom WHO presenterade under av mitten 1990-talet *Principles of the Rights of Patients in Europe* som även innefattade en modell till en deklARATION för patienträttigheter. Behovet av en patienträttighetsdeklARATION har ökat som följd av den politiska, ekonomiska, kulturella, etiska och framförallt sociala utveckling som skett i Europa under de senaste årtiondena. Det eftersträvas en kodifiering av patienträttigheter i internationella, EG-rättsliga och nationella sammanhang och kategoriserar då mellan sociala och individuella rättigheter. Till de *sociala rättigheterna* inom hälso- och sjukvården hör framför allt tillgången till sjukvård. Det är samhällets skyldighet att genom beslut av regering eller annat offentligt organ övervaka och se till att hela befolkningen, oavsett geografiska, finansiella, kulturella eller sociala skillnader, har rätt till en fullgod hälso- och sjukvård. Till de *individuella rättigheterna* hör frågor som bland annat rör den personliga integriteten och självbestämmanderätten.<sup>4</sup>

*Principles of the Rights of Patients in Europe* behandlar i första hand de individuella rättigheterna och syftet med deklARATIONEN är att klargöra och förtydliga innebörden av patienträttigheter samt höja graden av medvetenhet om rättigheter och skyldigheter både hos vårdtagare och vårdgivare. WHO drar härmed upp riktlinjer och sedan är det upp till de enskilda staterna att implementera dessa.

Den modell som presenteras inleds med olika sociala rättigheter. Alla skall ha samma ”möjlighet att leva på för vederbörande högsta hälsonivå”<sup>5</sup>, vilket innebär lika rätt till sjukvård både vad gäller behandling och förebyggande åtgärder. Sedan följer de individuella rättigheterna som inleds med rättigheter rörande information. Patienten skall ha rätt till en ”second opinion”, det vill säga en förnyad medicinsk bedömning, rätt att få en sammanfattning av diagnos, vård och behandling samt tillgång till sin journal.

Modellen beskriver också processer för tillämpning och genomförande av patientens rättigheter. En patient som inte har möjlighet att själv bevaka sina intressen skall erbjudas hjälp av någon annan att göra det och om patienten

---

<sup>3</sup> Modeen, Tore, *Patienten i hälso- och sjukvården*, Juristförbundets Förlag, 1994, s 1

<sup>4</sup> Westerhäll, Lotta. *Patienträttigheter*. Nerenius & Santérius Förlag, 1994, s. 79 f.

<sup>5</sup> Principles of the rights of patients in Europe, 1977

eller någon till denna närstående känner sig missnöjd med tillämpningen av rättighetsbestämmelserna, skall det finnas rätt att klaga i högre instans.<sup>6</sup>

## 2.1.2 Europakonventionen för mänskliga rättigheter

Enligt *Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna* blev EMRK<sup>7</sup> gällande svensk lag den 1 januari år 1995. I Regeringsformen 2 kap 23 § står att ingen lag eller annan föreskrift får meddelas i strid med denna konvention. Enligt EMRK art 3 gäller att:

”Ingen må utsättas för tortyr eller omänskligt förnedrande handling eller bestraffning.”

Artikel 5 omfattar även behandling av läkare och medicinska försök. Artikel 5.1 stadgar envars rätt till frihet och personlig säkerhet. Från denna frihet och personliga säkerhet kan dock vissa undantag göras. I andra stycket punkten (e) kan rättigheten inskränkas om:

”någon lagligen är berövad sin frihet till förhindrande av spridning av smittosam sjukdom eller emedan han är sinnessjuk, alkoholist, hemfallen åt missbruk av droger eller lösdrivare”.

Artikel 8.1 säger slutligen att envar har rätt till skydd för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Sistnämnda artikel ger patienten skydd mot spridande av journaler och övriga sekretessbelagda handlingar inom hälso- och sjukvården.

## 2.2 Patientens rätt till vård - vad säger svensk lag?

### 2.2.1 Regeringsformen

På det nationella planet är det i Sverige regeringen som arbetar med efterlevandet av internationella åtaganden. Riksdagen arbetar för att nationella lagar inte står i strid med av Sverige ratificerade konventioner.<sup>8</sup>

*Regeringsformens* 1 kap 2 §, 2 st säger bland annat att:

---

<sup>6</sup> Principles of the rights of patients in Europe, 1977

<sup>7</sup> Europakonventionen för mänskliga rättigheter angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna d 4 november 1950

<sup>8</sup> Hedlund Thulin, Kristina. *Mänskliga rättigheter för alla och envar*, Norstedts, 1996, s 17

”Den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och rättighet.

Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd skall vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Det skall särskilt åligga det allmänna att trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt att verka för social omsorg och trygghet och för en god levnadsmiljö”.

I Regeringsformen 2 kap 4-8 §§ regleras våra kroppsliga fri- och rättigheter såsom förbud mot dödsstraff, kroppsstraff och därmed tortyr och mot medicinsk påverkan i syfte att framtvunga eller hindra yttranden, skydd för den kroppsliga integriteten samt mot frihetsberövanden. Skyddet för den kroppsliga integriteten innebär att men ej kan påtvinga en enskild behandling i ordinära fall.

Några av de rättigheter som finns uppräknade i Regeringsformen 2:4-8 är enligt Regeringsformen 2:12 inte absoluta utan relativa, vilket innebär att de kan begränsas genom lag eller annan författning. Ett exempel på en sådan rättighet är skydd mot kroppsligt ingrepp. Genom reglerna om psykiatrisk tvångsvård i *lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård* kan denna rättighet inskränkas.

I Sverige har den juridiska forskningen inom området patienträttigheter påbörjats först under senare år.<sup>9</sup> En av pionjärerna inom området, Tor Sverne, före detta justitieråd, JO och ordförande i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), ansåg inte att det var aktuellt med skapande av en särskild lag med patienträttigheter, men konstaterade ändå att utvecklingen inom vården medfört en hel del förändringar vad gäller patienträttslagstiftningen.<sup>10</sup>

## 2.2.2 Hälso- och sjukvårdslagen

Den rätt vi i Sverige har till hälso- och sjukvård finns stadgad i *hälso- och sjukvårdslagen*. I lagens första paragraf definieras verksamheten inom hälso- och sjukvården som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. HSL bygger på patientens självständighet och medbestämmanderätt.

HSL är en *ramlag* som anger hur hälso- och sjukvården skall bedrivas. Patientens rätt till vård och behandling inom hälso- och sjukvården motsvaras av de skyldigheter som de ansvariga, det vill säga sjukvårdens huvudmän, innehar. För den offentliga sjukvården ansvarar stat, landsting eller kommun. Den privata sjukvården kan bedrivas av en stiftelse, ekonomisk förening eller av privatpraktiserande vårdgivare.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Trädgårdh, Lars, *Patientmakt i Sverige, USA och Holland*, Spris Förlagstjänst, 1999, s. 17.

<sup>10</sup> Sverne, Tor, *Patientens rättigheter*, Ersta Vårdetiska Institut, 1998, s. 9.

<sup>11</sup> Sverne, Tor & Sverne, Ebba, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts Tryckeri, 2000, s. 15.

### 2.2.2.1 Prioriteringsgrunder

HSL 2 § beskriver målet med sjukvården enligt följande:

” ... en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”

Andra stycket lagfäster människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen.

*Människovärdesprincipen* säger att alla människor har egenvärde just för att de är människor och inte för vad de har eller vad de gör, det vill säga alla människor har lika värde och lika rätt, oavsett vad man har för personliga egenskaper och vilka funktioner man har i samhället. Människovärdesprincipen är den grundläggande principen inom hälso- och sjukvården.<sup>12</sup>

Människovärdesprincipen räcker inte till för att kunna avgöra vilka patienter som skall få vård i en prioriteringssituation. Tillsammans med den förstnämnda principen skall man därför även väga in den så kallade *behovs-solidaritetsprincipen*, som innebär att resurserna skall sätta in där behoven är som störst. Solidaritet inom vården innebär dels att alla skall få lika möjligheter till vård, dels att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt (alla skall ha rätt att nå bästa möjliga livskvalitet och hälsa efter utförd behandling) samt att behoven för de svagare i samhället (människor med svårighet att kommunicera med sin omgivning som därigenom får svårare att hävda sin rätt, ex. barn, åldersdementa, medvetlösa) särskilt skall beaktas. Behovs- och solidaritetsprincipen kan innebära satsande av resurser på de mest behövande (där behandlingen i många fall pågår under en längre tid), vilket kan medföra att många andra patienter inte kan få sina behov tillgodosedda.<sup>13</sup>

Ytterligare en princip ligger till grund för prioriteringar inom vården, den så kallade *kostnads-effektivitetsprincipen*. Denna tredje princip innebär att man vid val mellan olika åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt (förbättrad hälsa och höjd livskvalitet).<sup>14</sup>

Behovs-solidaritetsprincipen är av större vikt än kostnadseffektivitetsprincipen.<sup>15</sup> I sjukvården har varje patient obegränsad rätt att avstå från behandlingsalternativ (det finns dock undantag exempelvis inom den psykiatriska tvångsvården)<sup>16</sup>.

---

<sup>12</sup> Kärström, Margit et al, *Hälso- och sjukvårdslagen*, Norstedts Juridik AB, 1998, s. 13.

<sup>13</sup> Sahlin, Johan, *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*, Norstedts Juridik AB, 2000, s. 50.

<sup>14</sup> Prop. 1996/97:60.

<sup>15</sup> Sverne Ebba & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts, 2000, s. 16.

<sup>16</sup> Modeen, Tore *Patienten i hälso- och sjukvården*, Juristförbundets Förlag, 1994, s. 41.

En patient har dock ingen rätt att kräva att få en viss behandling, undersökning eller remiss.<sup>17</sup> Det är upp till läkare eller annan sjukvårdspersonal att avgöra vilka medicinska behov som skall tillgodoses. Läkare har yrkesmässig och även moralisk rätt att motsätta sig patientens önskan att få en viss behandling när så bedöms motiverat.<sup>18</sup>

I Prioritetsutredningens betänkande ”Vårdens svåra val” (SOU 1995:5) anges dessa tre grundläggande etiska principer som enligt utredningen bör vara vägledande när prioriteringsbeslut måste göras. I utredningen anfördes följande:

”På den kliniska nivån avgörs dels vilka enskilda patienter som skall få behandling, dels val av behandlingsmetod etc. för den enskilda patienten. Prioriteringen blir då i hög grad beroende av hur läkaren och övrig sjukvårdspersonal i samråd med patienten bedömer hans/hennes behov. Här förekommer också val av metoder och fördelning av resurser till särskilda grupper. Beslut på den kliniska policynivån styrs av uppfattningar av vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet. Till detta kommer också den praxis, som kan variera inom vida ramar i olika delar av landet. --- I den fortlöpande kliniska verksamheten --- måste det ofta fattas snabba beslut baserade på det aktuella behovet hos ett antal enskilda individer. Den kliniska prioriteringen är individuell och varje fall är unikt och måste bedömas utifrån fallets och situationens unika förutsättningar men med vägledning av genomtänkta etiska grundprinciper.

Det är bland annat den politiskt/administrativa nivåns ansvar att se till att den kliniska verksamheten ges rimliga förutsättningar. Detta gör man bland annat genom att skapa förutsättningar för att resurserna inom hälso- och sjukvården utnyttjas optimalt.

Avgörandet av val av behandlingsmetod ligger enligt hälso- och sjukvårdslagen på den ledningsansvariga hälso- och sjukvårdspersonalen i samråd med patienten, medan resurserna bestäms på den överordnade politiska nivån. Det förekommer dock också en rad prioriteringsbeslut på den kliniska nivån om resursfördelning, metodval m m som inte avser prioriteringar mellan enskilda patienter.”<sup>19</sup>

I utredningen ovan anges fyra prioriteringsgrupper som kan tjäna som rekommenderade riktlinjer för prioriteringar inom vården:

**”Prioriteringsgrupp 1:**

Vård av livshotande akuta sjukdomar

Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död

Vård av svåra kroniska sjukdomar

Palliativ vård och vård i livets slutskede

Vård av människor med nedsatt autonomi

---

<sup>17</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts, 2000, s. 16.

<sup>18</sup> Tranöy, Knut Erik, *Medicinsk etik i vår tid*, Studentlitteratur, 1993, s. 35.

<sup>19</sup> SOU 1995:5: ”Vårdens svåra val”, s 29 ff

### **Prioriteringsgrupp 2:**

Prevention

Habilitering/Rehabilitering

### **Prioriteringsgrupp 3:**

Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

### **Prioriteringsgrupp 4:**

Vård av andra skäl än sjukdom och skada”<sup>20</sup>

Riktlinjerna är baserade på de tre grundläggande etiska principerna. I propositionen betonas dock att prioriteringsgrupperna enbart skall ses som exempel samt att vårdbehovet i varje enskilt fall måste bedömas utifrån just det fallet. Vården för en och samma sjukdom kan dessutom under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper.<sup>21</sup>

#### **2.2.2.2 Krav på sjukvården**

Patientens grundläggande rättigheter lagfästs genom HSL 2 a § som uppställer vissa specifika krav och riktar sig till hälso- och sjukvårdens huvudmän. Dessa krav skall ställas på all hälso- och sjukvård, oavsett om den bedrivs inom den offentliga eller den privata sektorn.

HSL 2 a § lyder enligt följande:

”Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär att den skall särskilt:

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.”

2 a § stärker patientens ställning och för att vården skall kunna anses som god, skall de fyra inledande kvalitetskraven vara uppfyllda.

Det första kravet (2 a § 1 p) syftar till att patienten skall kunna få sina behov av trygghet inom vården och under behandlingen tillgodosedda, vilket ställer stora krav på såväl personal som utrustning. Stora och väl tekniskt utrustade sjukhus kan skapa otrygghet hos patienten vilket kan motverkas av

<sup>20</sup> SOU 1995:5: ”Vårdens svåra val”, s 29 ff

<sup>21</sup> SOU 1995:5: ”Vårdens svåra val”, s 29 ff



ett bra förhållningssätt och en god kontakt mellan vårdgivare och vårdtagare. Detta innebär att vården skall utformas även med hänsyn till andra faktorer än rent medicinska. Frågan är om detta är möjligt att uppnå till önskvärd nivå med bakgrund av den ökande relativa resursbristen inom hälso- och sjukvårdssektorn.<sup>22</sup>

Enligt en senare paragraf, 2 e §, uppställs krav på tillgång till personal, lokaler och utrustning så att fullgod vård skall kunna ges. Denna paragraf preciserar mer ingående kravet i 2 a § 1 st 1 p. Enligt lagtextkommentaren<sup>23</sup> är det dock svårt att uppställa fasta minimikrav på vad som vid olika vårdtillfällen kan anses som ”god” vård.

Lagen innehåller även närmare bestämmelser gällande behörighetskrav för vissa personalkategorier (dessa krav finns närmare preciserade i yrkesverksamhetslagen, se nedan) samt krav på ledning inom hälso- och sjukvård som har till uppgift att säkra hög patientsäkerhet och vårdkvalitet.

I 2 a § 2 p definieras krav på tillgängligheten inom vården. Vad lagen syftar på är i första hand patientens första vårdbesök, vilket oftast sker vid närmast belägna vårdcentral. Vid vårdcentralen skall patienten sedan få vård och behandling och vid behov remiss till sjukhus. Rent geografiskt kan givetvis inte alla människor ha lika nära till sjukhusmottagning eller vårdcentral men detta skall i möjligaste mån försöka kompenseras genom mer generösa öppettider, effektiva telefonväxlar och hembesök. Vissa behandlingar måste utföras på ex regionsjukhus eller universitetssjukhus vilket oundvikligen innebär långa resor för många patienter. Tor Sverne betonar risken för att vården i framtiden kommer bli mindre tillgänglig med tanke på nedläggningar av sjukhus och delar av sjukhus.<sup>24</sup>

Nästa krav gäller respekten för patientens självbestämmande och integritet och tas upp i 2 a §, 1 st, 3 p. Från principen att all hälso- och sjukvård kräver samtycke har gjorts några undantag genom särskild lagstiftning. De väsentliga undantagen gäller sluten psykiatrisk vård, förhindrande av smittspridning och tvångsvård av missbrukare.

Det fjärde och sista kravet gäller kontinuitet inom vården, vilket bland annat innebär att patienten så långt som möjligt skall kunna träffa samma personal vid olika vårdtillfällen. I 5 och 27 §§ finns vidare bestämmelser om fast läkarkontakt inom den primära vården samt begreppet ”patientansvarig läkare”.

### 2.2.2.3 Information och medbestämmande

<sup>22</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts, 2000, s.17.

<sup>23</sup> Kärström, Margit et al, *Hälso- och sjukvårdslagen*, Norstedts Juridik AB, 1998, s 18

<sup>24</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts, 2000, s. 20.

I HSL 2 b § står att:

”Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Om informationen inte kan lämnas till patienten skall den istället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 7 kap 3 § eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 2 kap 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.”

Rätten till självbestämmande och integritet är inte total. Sjukvårdshuvudmannen bär det yttersta ansvaret för tillgängliga resurser och medicinskt ansvarig läkare gör en bedömning med hänsyn till beprövad erfarenhet och vetenskap. Vården skall utföras i samråd med patienten, som har rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd.<sup>25</sup>

När så är möjligt skall även patienten ha rätt att vara delaktig i beslut som gäller hans/hennes behandling. Patienten skall ha rätt att få en redogörelse för diagnos och hälsotillstånd samt aktuella behandlingsalternativ. Då patienten själv inte kan informeras, exempelvis vid medvetlöshet, skall denna information istället ges till någon närstående. Som ”närstående” räknas en god vän till vilken man har en djupare relation, vilket naturligtvis kan innefatta närstående anhöriga. En bekant eller vanlig god vän räknas inte som närstående. En närstående får dock inte överta patientens beslutanderätt. Vården skall i möjligaste mån bedrivas efter vad som kan antas vara patientens vilja.<sup>26</sup>

Vid bedömning av en minderårig patient kan frågan uppstå om läkaren skall följa patientens egen eller förmyndarens önskan om olika medicinska behandlingar i fall då dessa inte är förenliga. Även här gäller att läkaren som huvudregel skall respektera patientens egen vilja, förutsatt att patienten har nått sådan mognad att han eller hon kan bedöma sin situation. Om läkaren bedömer att den underårige inte har uppnått den mognadsgrad som krävs och förmyndaren eller förmyndarna motsätter sig en viss medicinsk behandling, kan barnet omhändertas för samhällsvård. Beslut i sådana frågor görs av primärkommunernas sociala nämnder.<sup>27</sup>

Vårdgivarens upplysningsplikt begränsas i vissa fall av regler i sekretesslagen. I yrkesverksamhetslagen 2:a kap, 8 och 9 §§ tas informationsplikten upp mer ingående (se nedan).

#### **2.2.2.4 Förebyggande vård**

HSL 2 c § säger att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa och tar också upp patientens rätt till upplysning om olika metoder

---

<sup>25</sup> SOU 1997:154: *Patienten har rätt. Delbetänkande av HSU 2000*, s. 60

<sup>26</sup> Prop. 1993/94:149, s. 68 ff

<sup>27</sup> Forsblad, Göran. *Ansvar och rättigheter i hälso- och sjukvården*, Liber, 1983, s. 10 f

och åtgärder för att förebygga sjukdom eller skada. Förebyggande vård ingår i begreppet hälso- och sjukvård.

Vid livets slutskede och efter att någon avlidit, skall sjukvården fullgöra sina uppgifter med respekt för den avlidne och visa respekt och omtanke gentemot de efterlevande (2 d §).

### 2.2.2.5 Landstingens ansvar

Inom den offentliga hälso- och sjukvården har ansvaret delats upp mellan kommun och landsting. *Landstinget* har genom HSL anförtrotts det dominerande ansvaret och dess åligganden finns stadgade i HSL 3-16 §§. Landstinget skall erbjuda en god hälso- och sjukvård till sina invånare, vilket innebär att invånare bosatta inom landstinget och dess kommuner. Även invånare som befinner sig utomlands har rätt till vård utanför Sverige på landstingets bekostnad. Landstingets ansvar omfattar inte den sjukvård för vilken kommunerna ansvarar.

Landstinget kan sluta entreprenadavtal med annan vårdgivare såvida det inte innefattar någon myndighetsutövning, exempelvis psykiatrisk tvångsvård. Det innebär att uppgifter kan läggas ut till bolag, stiftelser, föreningar, samfälligheter, stiftelser och enskilda individer. Överenskommelser kan också göras mellan landsting och kommuner, allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden i syfte att uppnå en mer effektiv användning av tillgängliga resurser. Vid sådan samverkan skall landstinget bidra till finansiering av verksamheten. Sådan samfinansiering kan granskas av riksrevisionsverket.<sup>28</sup>

Ett kvalitets- och resurskrav på landstinget är att ansvaret för att det skall finnas *sjukhus* (HSL 5 §). Sjukhusen skall enligt lagförarbetena erbjuda vård för "sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsbörd".<sup>29</sup> Landstinget skall också *planera* sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård (HSL 7 §). I lägen med samhällsekonomiskt kraftigt begränsad resurstillväxt ställs stora krav på planeringen inom den offentliga hälso- och sjukvården att hålla kostnaderna nere. Viktigt är då att utvärdera redan befintliga verksamheter, prioritera mellan olika hälso- och sjukvårdsinsatser, omstrukturera verksamheten inom ramen för befintliga resurser samt omfördela tillgängliga resurser inom hälso- och sjukvården i enlighet med en övergripande hälso- och sjukvårdspolitik.<sup>30</sup>

Ledningen av hälso- och sjukvården skall vara organiserad så att de å ena sidan tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården och å andra sidan främjar kostnadseffektivitet (HSL 28 §). De två första kriterierna

---

<sup>28</sup> Kärström, Margit et al, *Hälso- och sjukvårdslagen*, Norstedts Juridik AB, 1998, s 20 f

<sup>29</sup> Sahlin. Jan, *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. 6:e uppl., Norstedts Juridik AB, 2000, s 149.

<sup>30</sup> Sahlin. Jan, *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. 6:e uppl., Norstedts Juridik AB, 2000, s. 159-165.

stärker egentligen bara HSL 2 a §, 1 st 1p angående kvalitet och trygghet i vården, medan det tredje, främjandet av kostnadseffektivitet, har tillkommit särskilt för att understryka betydelsen av att tillgängliga resurser skall användas så effektivt som möjligt. Syftet är att försöka förhindra nedskärningar eller nödvändiga medeltillskott enbart på grund av att verksamheten inte bedrivs på ett ändamålsenligt ekonomiskt sätt (vilket innebär att hålla kostnaderna nere i största möjliga utsträckning).<sup>31</sup>

#### 2.2.2.5.1 Patientens valmöjligheter

I 4 § regleras landstingets åtaganden för patienter som vistas inom landstinget men tillhör ett annat län, så kallade utomlänspatienter, samt patienter från andra länder som söker akut vård under sin vistelse i Sverige. För akut sjukvård gäller ett riksavtal som innebär att patienten får söka vård på den ort där den akuta sjukdomen eller skadan uppkommit.

Den 1 januari 1999 infördes en ny paragraf i HSL, 3 a §:

”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget skall ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patienten har inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet”.

Enligt idag gällande lagtext har patienten således ingen laglig rätt att välja vårdgivare för icke akut vård utanför det egna landstinget om landstinget kan erbjuda adekvat behandling. Under senare år har dock de flesta landsting efter rekommendationer från både socialstyrelsen och landstingsförbundet börjat tillämpa mer liberala principer som ger patienten rätt att med vissa undantag välja vårdgivare inom såväl öppen som sluten vård utanför eget landsting.<sup>32</sup> Tillämpade normer (som kan vara olika för olika landsting) skiljer sig således från lagtexten och detta i kombination med brist på information har skapat svårigheter för både vårdbehövande och vårdgivare (se vidare nedan).

År 1997 träffades ett avtal om vårdgaranti som kom att kallas Dagmaröverenskommelsen. Avtalet innebär följande:

”Väntetiden för en tid hos läkare inom primärvården skall uppgå till högst åtta dagar. Om remiss utfärdas till specialist, skall, när diagnosen är oklar, väntetiden uppgå till högst en månad. Är diagnosen klar, skall väntetiden efter remiss till specialist uppgå till högst tre

---

<sup>31</sup> Sahlin, Jan, *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. 6:e uppl., Norstedts Juridik AB, 2000, s. 249.

<sup>32</sup> Sahlin, Johan. *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. 6:e uppl., Norstedts Juridik AB, 2000, s. 134 f.

månader. Kan det egna landstinget inte erbjuda undersökning eller vård inom dessa tider, har patienten rätt att söka vård i ett annat landsting eller hos en privat vårdgivare.

Landstinget skall ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig skada eller sjukdom möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger en entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten skall erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda.”

Eftersom liberalare regler för val av vårdgivare redan tillämpas i praktiken, har Dagmaröverenskommelsen ingen avgörande betydelse för patientens möjlighet att välja utan kan mera ses som uttryck för strävan att säkra tillgängligheten (= begränsad väntetid) för undersökning och behandling vid olika sjukdomstillstånd.

Inom primärvården har patienten numera rätt att söka vård i hela landet, vid vårdcentral eller privatpraktiserande med landstingsavtal. Exempelvis kan en patient skriven i Värmland uppsöka vårdcentral i Skåne för regelbundna kontroller eller annan pågående behandling.

När det gäller prioritering är det alltid den medicinska bedömningen som är avgörande och inte var patienten är mantalsskriven. Patientens rätt att välja vilken läkare han eller hon vill ha fast kontakt med får inte begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget utan här råder valmöjlighet för patienten själv.

Vid hemsjukvård har patienten rätt att få denna var som helst i landet, men remiss krävs från vårdlandstinget till patientens hemlandsting.

När det gäller länssjukvården är det hemlandstingets remissregler som gäller. Inom de flesta regioner föreligger ej remisskrav (se bilaga), men remissen kan underlätta för mottagaren att göra en lämplig prioritering eftersom den överför medicinsk information. Sådan så kallad valfrihetsremiss utfärdas vanligen av överläkare och godkänns av chefsöverläkare/klinikchef.<sup>33</sup>

Valfriheten att söka vård gäller inte hos de privata vårdgivare som saknar vårdavtal.

Inom specialiteterna gynekologi, barnmedicin och psykiatri kan patienten söka vård hos privata specialister var som helst i landet under förutsättning att vårdgivaren finansieras enligt lag om läkarvårdsersättning.

För så kallad högspecialiserad sjukvård, det vill säga särskilt kostnadskrävande sjukvård som kräver speciell kompetens och speciella resurser och definieras i landstingets vårdavtal, råder krav på

---

<sup>33</sup> *Valfrihet i vården*, Landstinget i Östergötland, 2000, s 6 f.

specialistvårdsremiss. Sådan skall utfärdas av klinikchef eller överläkare på sjukhus inom hemlandstinget.<sup>34</sup>

Vid svåra medicinska ställningstaganden kan man som patient begära en så kallad ”second opinion”, det vill säga en förnyad medicinsk bedömning. Detta kan numera ske var som helst i landet, vilket tidigare inte varit möjligt. Rätten att få ett sådant utlåtande gäller när det är fråga om livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada, patienten står inför valet att utsätta sig för särskilt riskfyllda behandlingar eller om valet har stor betydelse för den framtida livskvaliteten. Patienten har också, när fler behandlingsalternativ finns, rätt att välja ett av de behandlingsalternativ som diskuteras med ansvarig läkare under förutsättning att det bedöms rimligt med hänsyn till den aktuella skadan eller sjukdomen och till kostnaderna för vården.<sup>35</sup>

Inom Europeiska Unionen är det möjligt att söka vård i andra medlemsländer. I ett förhandsavgörande<sup>36</sup> från den 13 maj 2003 gällande ersättning för sjukvårdskostnader i en annan medlemsstat fastställde domstolen följande:

Nationell lagstiftning i en medlemsstat får inte innehålla krav på att den vårdsökande endast kan få ersättning ur sjukförsäkringen om vårdgivaren har slutit avtal med patientens lokala försäkringskassa. Anledningen till denna bedömning är att försäkringskassan sällan tecknar avtal med sjukvårdsinrättningar i andra länder, vilket inskränker patientens rätt att söka vård i annat medlemsland. Däremot kan den nationella lagstiftningen uppställa krav på förhandstillstånd för ersättning för vård i annan medlemsstat. Patienten kan då få ersättning för behandling av icke avtalsansluten vårdgivare. För sådant förhandstillstånd finns ett antal kriterier rörande patientens speciella vårdbehov uppställda. De nationella myndigheterna måste göra en bedömning av samtliga omständigheter i det enskilda fallet; exempelvis hur gravt patientens handikapp är, hur svåra smärtorna patienten lider av, om patienten har svårt att utöva yrkesverksamhet, patientens sjukdomshistoria samt om väntetiden i hemlandet är rimlig eller ej. Om dessa kriterier inte är uppfyllda, det vill säga om identisk behandling kan ges patienten i den egna medlemsstaten och är lika effektiv samt kan erhållas inom rimlig tid, kan tillstånd vägras.

Vid akut vårdbehov har patienten rätt få ersättning för vård utan förhandstillstånd.

Domstolens förhandsavgörande föranleddes bland annat av ett fall då en kvinna hemmahörande i Nederländerna trots avslaget förhandstillstånd genomgått behandling för artroskopi i Belgien. Kvinnans tillstånd ansågs inte vara akut och inte heller av sådan karaktär att lämplig behandling inte

---

<sup>34</sup> *Valfrihet i vården*, Landstinget i Östergötland, 2000, s 7.

<sup>35</sup> *Valfrihet i vården*, Landstinget i Östergötland, 2000, s.11.

<sup>36</sup> Mål C-385/99, EG-domstolen. E.E.M. van Riet mot Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen. Dom meddelad 2003-05-13.

fanns att tillgå inom rimlig tid i Nederländerna. Ersättning för vårdutförandet i Belgien avslogs.<sup>37</sup>

### 2.2.2.5.2 Sjuktransport

Landstinget bär ansvaret för organisering av förflyttning av patienter som kräver fordonstransport mellan sjukhus och olika läkare. Vanligtvis läggs dessa uppgifter ut på entreprenad till kommun eller taxibolag. De flesta sjuktransporter sker med ambulans.

Då patienten själv tillkallar ambulans sker detta till SOS Alarmering AB som är ett fristående bolag. Alarmeringscentralen har fått viss kritik för att inte göra rätt bedömningar i brådskande fall. Om patienten anser att SOS inte skött sitt uppdrag korrekt kan man klaga till landstinget som är ytterst ansvarigt. Det är också möjligt att klaga till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Vid brådskande sjö- och lufttransporter tillämpas räddningstjänstlagen och där ligger ansvaret på stat och kommun.<sup>38</sup>

### 2.2.2.5.3 Kommunernas ansvar

Det ansvar som inom hälso- och sjukvård åligger *kommunerna* finns reglerat HSL 17-25 §§.

Landstinget kan till en kommun inom landstinget genom överenskommelse överlåta viss vård om regeringen medger det. Även kommunen kan överlåta uppgifter de ansvarar för enligt HSL, dock ej någon uppgift som innefattar myndighetsutövning. Kommunen skall planera för den hälso- och sjukvård som dess befolkning är i behov av och det gäller även den vård som erbjuds av privata och andra vårdgivare (HSL 20 §). I planeringen skall kommunen samverka med privata vårdgivare, samhällsorgan och organisationer. Ledningen skall även för kommunernas del ske genom av kommunfullmäktige tillsatta nämnder.<sup>39</sup>

### 2.2.2.6 Vårdpersonalens ansvar

Det ansvar som åligger personal inom hälso- och sjukvården finns sedan år 1999 reglerat i *Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*.

I lagens inledande bestämmelser står:

”I denna lag ges bestämmelser om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i fråga om

skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal (2 kap.)

behörighets- och legitimationsregler (3 kap.)

begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder (4 kap.)

disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m m (5 kap.)

<sup>37</sup> Mål C-385/99, EG-domstolen. E.E.M. van Riet mot Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekering. Dom meddelad 2003-05-13.

<sup>38</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts, 2000, s. 30.

<sup>39</sup> Kärrström, Margit et al, *Hälso- och sjukvårdslagen*, Norstedts Juridik AB, 1998, s 39.

Socialstyrelsens tillsyn (6 kap.)  
Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds verksamhet (7 kap.), och  
Ansvarsbestämmelser, överklagande m m (8 kap.)”

### 2.2.2.6.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter

I Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område<sup>40</sup> 2:a kapitel finns hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter reglerade. Dessa skyldigheter har som syfte att optimera patientsäkerheten och främja vårdkvaliteten. Kapitlets första paragraf har följande lydelse:

”Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt.”

”Vetenskap och beprövad erfarenhet” innebär i vissa fall att Socialstyrelsen har utfärdat råd och anvisningar till vårdpersonalen. Enligt Socialstyrelsens anvisningar innebär vetenskap och beprövad erfarenhet ”både och”. Vetenskapen baseras på forskning och erfarenhet på kliniskt arbete. Då en ny behandlingsmetod introduceras är inte kriteriet ”beprövad erfarenhet” uppfyllt. I andra fall kan lång klinisk erfarenhet inte vara tillräckligt underbyggd med teoretiska eller vetenskapliga bevis.<sup>41</sup>

Paragrafen har i princip samma lydelse som HSL 2 a § 1 och 2 st men riktar sig direkt till hälso- och sjukvårdspersonal och behandlar deras förhållningssätt gentemot patienten.

En nytillkommen paragraf i Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens, 2 a §, har liksom ovan nämnda paragraf samma lydelse som en annan paragraf i HSL, 3 a §, som riktar sig till landstinget. Denna nytillkomna paragraf i yrkesverksamhetslagen riktar sig istället till hälso- och sjukvårdande personal:

”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient skall medverka till att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en förnyad bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet.

Bestämmelserna i denna paragraf omfattar inte tandvård [...].”

Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 2 kap 2 § motsvaras av HSL 2 a och 2 b §§ och säger följande:

”Den som har ansvaret för vården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Om upplysningar inte kan lämnas

<sup>40</sup> SFS nr 1989:531

<sup>41</sup> Backerling, Eva. *Juridik i vården*, Kommentus, 2000, s. 44



till patienten, skall de istället lämnas till en närstående till patienten. Upplysningar skall dock inte lämnas till patienten eller någon annan i den utsträckning det finns hinder för detta i 7 kap 3 eller 6 §§ sekretesslagen (1980:100) eller i 8 § andra stycket eller 9 § i detta kapitel.”

Informationsskyldigheten riktar sig exklusivt till den som har ansvaret för vården, vilken vanligen är den fasta läkarkontakten inom primärvården eller patientansvarig läkare. Syftet med informationsskyldigheten är att skapa goda förutsättningar för patientens medbestämmande och delaktighet i uppläggningsen av vården.<sup>42</sup>

Kapitlets följande paragrafer motsvarar på liknande sätt de åligganden för personalen inom hälso- och sjukvården som följer av de inledande paragrafer som gäller patientens rättigheter i HSL och som redogjorts för ovan.

Vid delegering gäller 2:a kap, 6 §:

”Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får överlåta en arbetsuppgift till någon annan endast när detta är förenligt med en god och säker vård.

Den som överlåter en arbetsuppgift till någon annan svarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften.”

Paragrafen ger formellt stöd för personal inom hälso- och sjukvården att delegera arbetsuppgifter och avser endast delegering av arbetsuppgifter i det vardagliga sjukvårdsarbetet. Regeln inkluderar inte sådan delegering som gäller verksamhetschefens delegering av enskilda ledningsuppgifter (dessa finns reglerade i HSL 30 §) och inte heller delegeringsbeslut som utförs av medicinskt ansvarig sjuksköterska inom den kommunala hälso- och sjukvården i syfte att fastställa säkerheten för patienterna (HSL 24 §). För det senare finns närmare bestämmelser i *förordning (1994:1290) för personal inom hälso- och sjukvården* 6:e § där det står att särskilt medicinskt ansvarig sjuksköterska skall ansvara för:

1. ”att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. att journaler förs in i den omfattning som föreskrivs i patientjournalagen (1985:562),
3. att patienten får den vård och behandling som en läkare förordnat om samt
4. att rutinerna för läkemedelshandlingen är ändamålsenliga och väl fungerande.

Detsamma gäller i tillämplig omfattning också för sådana sjukgymnaster och arbetsterapeuter som avses i 24 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen.”

Enligt HSL 24 § ansvarar en sjuksköterska med särskilt medicinskt ansvar också för:

1. ”att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,

---

<sup>42</sup> Kärström, Margit et al. *Hälso- och sjukvård*, Norstedts Juridik AB, 1998, s.

2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
3. att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.”

Socialstyrelsen har vidare utfärdat allmänna råd<sup>43</sup> och föreskrifter som vidare reglerar förfarandet vid delegering för att garantera säkerheten i vården.

Personal inom hälso- och sjukvården har enligt Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 2:a kap, 7 § rapporteringsskyldighet till vårdgivaren.

”Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom.”

Denna paragraf ersätter en tidigare lag, lex Maria, vilken fått sitt namn efter en förgiftningsolycka på Maria sjukhus i Stockholm år 1938. Olyckan upprepades ett flertal gånger brister i utredning och förebyggande åtgärder. I lex Maria angavs att anmälan skulle ske då man inte kunde utesluta att fel eller försummelse begåtts av den personal som varit inblandad. Anmälningsskyldigheten gällde det egna handlandet. På varje sjukhus och vårdcentral finns en ansvarig läkare som formellt ansvarar för eventuella lex Maria anmälningar till Socialstyrelsen (se nedan under 3.2).<sup>44</sup>

De konsekvenser felbehandlingen kunde få och möjligheten att i förebyggande syfte kunna förhindra upprepning tonades tidigare ned till förmån för själva disciplinpåföljden eller bestraffningen i sig. Idag lägger man mer betoning på lex Marias preventiva syfte och överföring av erfarenheter vilket har inneburit att antalet anmälningar från personalen själv har blivit betydligt fler.<sup>45</sup> De avvikelser som skall rapporteras är händelser och beteenden som icke är förväntade i den normala verksamheten och som medfört eller kunnat medföra risk för eller allvarlig skada för patienten:

- Förväxlingar, feldoseringar
- Utebliven, fördröjd eller felaktig undersökning
- Felaktig eller otillräcklig information till patienten
- Felaktig eller otillräcklig instruktion till annan personal
- Felaktig användning eller konstruktion av medicinska tekniska produkter

---

<sup>43</sup> SOSFS (1997:14). *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.*

<sup>44</sup> Bergentz, Sven-Erik & Bauer, Göran. *När skydds nätet brister. Lärdomar från sjukvårdens ansvarsnämnd.* 2:a uppl. Studentlitteratur, 1995, s 8 f.

<sup>45</sup> Bergentz, Sven-Erik & Bauer, Göran. *När skydds nätet brister. Lärdomar från sjukvårdens ansvarsnämnd.* 2:a uppl. Studentlitteratur, 1995, s 8.

Brister i arbetsrutiner, organisation och samarbete mellan olika enheter  
Infektioner (så kallade sjukhusinfektioner) uppkomna vid behandling eller undersökning  
Otillräckliga resurser

För att undanröja förutsättningarna att händelsen upprepas skall vårdgivaren ha fasta rutiner för avvikelshantering och dessa skall vara anpassade efter den verksamhet som bedrivs.<sup>46</sup>

Ansvarig för att anmälan görs, är verksamhetschef (motsvarande) som dels måste ha sådan kontroll över verksamheten att han/hon får kännedom om de incidenter av detta slag som inträffar vid enheten, dels har skyldighet att känna till och följa reglerna för vad som skall anmälas och följa dessa. Anmälan sker sedan oftast genom, och i samråd med, sjukhusets chefsläkare (motsvarande) när sådan finns.

Kapitlets sista paragrafer (8-11 §§) behandlar tystnadsplikten för vårdpersonalen.

### **2.2.2.7 Socialstyrelsens tillsyn**

I 6:e kap 1 § i Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område står att hälso- och sjukvården och dess personal under tillsyn av socialstyrelsen.

Enligt 2 § har socialstyrelsen även tillsyn över den som:

”utan att bedriva hälso- och sjukvård, tar emot uppdrag från hälso- i och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning som utgör led i bedömningen av en patients hälsotillstånd eller behandling [...].

Socialstyrelsens tillsyn skall genom stöd och tillsyn granska verksamheten inom hälso- och sjukvården och granska personalens åtgärder (3 §).

Enligt 4 § samma kapitel gäller följande:

”Om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning inom hälso- och sjukvården drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom skall vårdgivaren snarast göra anmälan till Socialstyrelsen. Om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom genom sådan verksamhet som avses i 2 §, skall även den som bedriver sådan verksamhet göra anmälan till Socialstyrelsen.

I 2 kap. 7 § finns bestämmelser om skyldighet för personalen att rapportera till vårdgivaren om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom”.

---

<sup>46</sup> Backerling; Eva, *Juridik i vården*, Kommentus förlag, 2000, s. 41 f.f.

Socialstyrelsen har befogenheter att vidtaga åtgärder mot vårdgivare som bryter mot bestämmelser enligt 6:e kap och skall göra anmälan till HSN om det finns anledning att ifrågasätta disciplinpåföljd, återkallelse av legitimation eller annan befogenhet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården (6 kap, 18 §). Socialstyrelsen kan också med vite förelägga vårdgivaren att avhjälpa missförhållanden som är av betydelse för patientsäkerheten (6 kap. 13 §).

När det gäller grövre brott såsom vållande till kroppsskada eller vållande till annans död gäller brottsbalkens regler om brott mot liv och hälsa.<sup>47</sup> I 6:e kap, 19 § står att socialstyrelsen skall:

”[...] göra anmälan till åtal, om den mot vilken disciplinpåföljd kan ifrågasättas är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått brott, för vilket fängelse är föreskrivet.”

Ett sådant förfarande är dock mycket ovanligt. I Lunds Tingsrätt (Domstolen i Landskrona) beslöt åklagare efter anmälan från Socialstyrelsen att väcka åtal för misshandel alternativt vållande till kroppsskada eller sjukdom (3 kap 5 § alternativt 8 § Brottsbalken). Fallet gällde vanskötta såromläggningar på en multisjuk demenspatient med Parkinsons, misstänkt diabetes samt perifer cirkulationssvikt. En sjuksköterska och en läkare åtalades för att inte ha skaffat sig förstahandsinformation om patientens försämrade tillstånd trots rapporter från övrig vårdpersonal. Patientens sår fick en nekrotisk utveckling och till slut blev såret infekterat med fluglarver, vilket är mycket ovanligt. Fluglarverna berodde på för låg omlägningsfrekvens samt den vid tillfället rådande varma årstiden. Domstolen ansåg dock ej att enskilda befattningshavare kunde ställas till svars och ogillade därför åtalet med hänvisning till systemfel i sjukvårdens organisation när det gäller multisjuka patienter (brister i remisshantering).<sup>48</sup>

#### **2.2.2.8 Disciplinpåföljd**

I syfte att trygga patientens rättigheter och säkerhet inom hälso- och sjukvården fanns tidigare en lag om disciplinpåföljd för vårdpersonal. Lagen innehöll bestämmelser om disciplinpåföljder och inskränkningar i behörighet och yrkesutövning för olika personalkategorier inom hälso- och sjukvården. Lagen har numera upphört och dess bestämmelser har införlivats i yrkesverksamhetslagen och utgör där kap 5 om disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation.

Bestämmelserna om disciplinpåföljd gäller endast sådan yrkesutövning inom hälso- och sjukvården som har betydelse för patienternas säkerhet jämte klinisk forskning på människor (2 §).

---

<sup>47</sup> Forsblad, Göran. Ansvar och rättigheter i hälso- och sjukvården, Liber, 1983, s. 33

<sup>48</sup> Mål nr B 1257-02. Dom meddelad 2003-03-03 av Domstolen i Landskrona, Lunds Tingsrätt

Disciplinpåföljd får åläggas den som uppsåtligt eller av oaktsamhet inte fullgör sådana skyldigheter som följer av 2:a kap, 1, 2, 4, 6, 8, eller 9 §§ eller någon annan föreskrift som är av direkt betydelse för säkerheten i vården. Är felet av ringa karaktär eller det framstår som ursäktligt mot bakgrund av rådande omständigheter får disciplinpåföljd underlåtas. Disciplinpåföljd utgörs av erinran eller varning och kan även åläggas den som tidigare tillhört hälso- och sjukvården men inte längre gör det (3 §). De skyldigheter som lagen hänvisar till i 2:a kap är skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonalen har gentemot patienten och hans/hennes säkerhet, exempelvis att ge omsorgsfull och sakkunnig vård i samråd med patienten, ge patienten erforderliga upplysningar om dennes hälsotillstånd, utfärda intyg med noggrannhet och omsorg, delegera uppgifter utan att riskera patientsäkerheten samt följa gällande bestämmelser om tystnadsplikt och sekretess.

Den mildare disciplinpåföljden utgörs av erinran och den strängare av varning men ingen av dem föranleder automatiskt någon arbetsrättslig konsekvens såsom skiljande från anställning eller avstängning.<sup>49</sup>

Då någon som tillhör hälso- och sjukvården anmäls till åtal, skall inte ett disciplinärt förfarande inledas eller fortsätta behandlas i fråga om den förseelse som avses med åtgärden. Först när gärningen har prövats i straffrättslig ordning kan ett disciplinärt förfarande inledas om gärningen inte ansetts vara något brott (4 §). Syftet med detta är att sanktioner enligt två skilda system inte skall kunna riktas mot samma person för samma fel. Åtalsfrågan skall således fullföljas först, och under tiden får inga disciplinära åtgärder vidtas, förutom delgivning till den åtalade att anmälan föreligger. Om disciplinärendet anmäls först och åtalsprövningen kommer upp först senare, läggs prövningen ned till dess att dom avkunnats eller åklagaren beslutat inte väcka åtal. Om underrättelse av anmälan till den som är föremål för disciplinärendet inte har gjorts inom två år efter förseelsen, kan disciplinpåföljd ej åläggas. Preskriptionstiden för disciplinpåföljd är 10 år efter förseelsen.<sup>50</sup>

Om någon inom hälso- och sjukvården varit oskicklig i sin yrkesutövning eller på annat sätt visat sig olämplig, men ej i sådan omfattning att erinran kan komma ifråga, kan en prøvotid på tre år föreskrivas. Prövotid kan också föreskrivas en legitimerad yrkesutövare som sjukdom eller liknande omständighet inte befaras kunna utöva sitt yrke tillfredställande (6 §).

Legitimation att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården skall enligt 7 § återkallas om den legitimerade:

1. ”varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket,

<sup>49</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts, 2000, s 77.

<sup>50</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts, 2000, s 78 f.

2. sjukdom eller någon liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande,
3. begär att legitimationen skall återkallas och det inte finns hinder mot återkallelse från allmän synpunkt,
4. ålagts prøvotid enligt 6 § första stycket och under prøvotiden på nytt varit oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig olämplig att utöva yrket.

Om det finns särskilda skäl får återkallelse underlåtas i fall som avses i första stycket 4, varvid föreskrift om prøvotid kan meddelas ytterligare en gång.

Har någon som blivit auktoriserad i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (ESS) fått legitimation inom hälso- och sjukvården och återkallas den auktorisationen, skall även legitimationen återkallas.”

Ny legitimation skall meddelas efter ansökan när förhållandena medger det (13 §).

Ett ökande krav på vården idag är att utforma vårdprogram med klara, gemensamma och kontinuerligt uppdaterade riktlinjer för hur olika sjukdomstillstånd skall handläggas. Dessa vårdprogram är offentliga och kommer (liksom till patienten riktad information om olika sjukdomstillstånd) efter hand att läggas ut på nätet. Fördelen med detta från denna synpunkt är att det ger en mer objektivt grund för bedömning om förfaringssättet varit ett allmänt vedertagna (”i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet”) eller ej. Denna utveckling ökar således den vårdsökandes möjligheter att få sin sak objektivt prövad.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har helt klart stor respekt för HSAN och dess arbete. Disciplinär åtgärd i form av erinran och varning bedöms mycket allvarligt av all vårdpersonal.<sup>51</sup>

Hur fördelas då ansvaret om HSAN anser att vården inte utförts enligt vetenskap och beprövad erfarenhet?

*Klinikchef* (verksamhetschef, chefsöverläkare) har en utsatt ställning. Han/hon ansvarar för:

Att klara rutiner finns för undersökning och behandling.

Att all berörd personal fått kännedom om dessa rutiner.

Att dessa rutiner följs i den dagliga verksamheten (innebär inte att varje befattningshavare följer den vid varje enskilt tillfälle, men att rutinen inte ”glöms bort” eller läggs åt sidan för att personalen med befintliga resurser inte bedömt den möjlig att följa). Kontroll och uppdatering måste därför ske.

Att erforderliga resurser för utförande av undersökning/behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet finns vid enheten.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Heléne Almqvist & Zakai, Hanna. ”Man måste se proportionerna”. Expressen 25 juli 2001

Detta medicinska ansvar kan inte bortdelegeras. Om rutiner inte finns, eller konsekvent inte följts eller inte kontrollerats, ställs klinikchefen till ansvar för fel orsakat av detta.<sup>53</sup>

Om resurser (vad gäller kompetens, personaltillgång eller utrustning) inte finns för att utföra behandling/undersökning i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och fel begås med anledning av detta, ställs klinikchef (motsvarande) till ansvar på samma sätt som övrig vårdgivare och det hjälper inte att i efterhand klaga på ”för låg budget”. Det ögonblick klinikchef (motsvarande) skriver på budgetavtalet för verksamhetsåret, tar han/hon på sig ansvaret för att resurserna räcker. Anser vederbörande sig inte kunna göra det, skall han/hon ställa sin plats till förfogande.<sup>54</sup>

Detta är en svår ställning mot bakgrund av att landstingens beställarnämnder (motsvarande) som ett led i att hålla kostnaderna nere, medvetet underbudgeterar. En dialog med huvudmannen baserad på ömsesidig trovärdighet och en ständig beredskap att avsäga sig ett åtagande man inte kan ansvara för är därför nödvändigt för dagens klinik-/verksamhetschef.<sup>55</sup>

Klinikchefen ansvarar också för att den medicinskt-tekniska utrustningen inom enheten är i sådant skick att risk för skador/komplikationer inte föreligger, samt att personalen fått och får den utbildning som krävs för att hantera denna utrustning.

## 2.3 De processuella vägarna för patienten

Jurister anser ibland att patienter inte har någon egentlig rätt, vilket syftar till det faktum att en patient som regel inte kan klaga till någon förvaltningsrättslig domstol för att få fastslaget att vård eller viss behandling skall ges. För att få klagorätt krävs att det skall vara fråga om myndighetsutövning och den vård och behandling en patient får inom hälso- och sjukvården anses inte vara myndighetsutövning. Patienten har inte heller rätt att kräva (exigibel rättighet) behandling genom civilrättslig domstol. Om man i det svenska systemet skulle införa alternativet för patienten att föra talan i civilrättslig domstol skulle det innebära att hälso- och sjukvårdens personal skulle vara tvingade att teckna försäkringar liknande de i USA. Processen skulle i så fall innebära skadeståndstalan mot

---

<sup>52</sup> Sjölenius, Bengt. *Delegering, läkemedel, ansvar. En praktisk handbok för hälso- och sjukvården, tandvården, omsorgsverksamheten*. 2:a uppl., Studentlitteratur, 1996. s. 24 ff.

<sup>53</sup> Sjölenius, Bengt. *Delegering, läkemedel, ansvar. En praktisk handbok för hälso- och sjukvården, tandvården, omsorgsverksamheten*. 2:a uppl., Studentlitteratur, 1996. s. 24 ff.

<sup>54</sup> Sjölenius, Bengt. *Delegering, läkemedel, ansvar. En praktisk handbok för hälso- och sjukvården, tandvården, omsorgsverksamheten*. 2:a uppl., Studentlitteratur, 1996. s. 24 ff.

<sup>55</sup> SOU 1999:66: *God vård på lika villkor? Om statens styrning av hälso- och sjukvården. Slutbetänkande av kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000*, s. 63 ff.

enskilda individer inom hälso- och sjukvården. Patienten har dock flera möjligheter att reagera om han/hon inte fått önskad vård eller behandling, anser sig felbehandlad eller blivit illa bemött. En exigibel rättighet patienten har är att all vård som uttövas skall vara god.<sup>56</sup>

Vid felbehandling eller dåligt bemötande kan patienten alltid vända sig till överordnad personal, vilken oftast är *chefsöverläkaren/klinikchefen*. Efter klinikchefen kan man vända sig till chefläkare, sjukhusdirektör eller inom landstinget ansvarig för sjukvården (landstingsdirektör). Man kan också vända sig till landstingets politiska ledning. Den överordnade ansvarar för (om han/hon anser att någonting brustit i behandling eller bemötande) att rättelse sker och följer ofta upp med samtal med berörd personal.<sup>57</sup>

När det gäller klagomål på utrustning och lokaler (HSL 2e §) skall patienten vända sig till hälso- och sjukvårdsansvariga politiker, det vill säga *Hälso- och sjukvårdsnämnden* eller till Socialstyrelsen. På sjukhusen finns idag så kallade patientombud som har till uppgift att hjälpa patienten till rätta och redogöra för tillvägagångssätt för patienten att hävda sina rättigheter. Utanför hälso- och sjukvårdsorganisationen finns *patientföreningar* för olika former av sjukdomar, exempelvis cancer, diabetes etc..<sup>58</sup>

Inom landstingen och kommunerna finns sedan år 1980 *lokala förtroendenämnder* upprättade, vilka har till uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen. Enligt *Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m m* skall förtroendenämnderna ge patienten information och stöd i olika former samt verka för att patienternas rättigheter tas tillvara och skydda deras integritet. Det gäller bland annat klagomål på vården, bristande förtroende för behandlande läkare samt frågor om ersättning för behandlingsskador. Nämnderna skall arbeta i anslutning till vården och vara lättillgängliga för patienten så att eventuella problem kan lösas på ett informellt och effektivt sätt. Vanligtvis löses uppkomna problem genom att patienten hänvisas till annan läkare eller annat sjukhus och undviker därmed att ärenden i onödan belastar centrala myndigheter. Förtroendenämnderna arbetar även preventivt för att i möjligaste mån förhindra framtida missnöje.<sup>59</sup>

Ett organ som patienten också kan vända sig till är *Socialstyrelsen* som idag har regionala tillsynsenheter i Stockholm, Malmö, Göteborg, Jönköping, Örebro och Umeå. Som ovan nämnts i 2.2.2.7 om socialstyrelsens tillsyn, har Socialstyrelsen ett kontrollerande tillsynsansvar över såväl offentlig som privat hälso- och sjukvård. Då en patient i anslutning till vård, undersökning eller behandling utsatts för risk att drabbas av, eller drabbats av, allvarlig skada eller sjukdom, är verksamhetsansvarig inom vården skyldig att snarast göra anmälan till Socialstyrelsen. Även den som tillhör hälso- och

---

<sup>56</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts, 2000, s 70.

<sup>57</sup> Ringblom, Göran. *Fälld av ansvarsnämnden?* Publicisthuset, 1996, s. 19 ff.

<sup>58</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Stockholm, 2000, s 70 f.

<sup>59</sup> Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m. m. , 1-2 §§



sjukvården är skyldig att göra anmälan till vårdgivare eller verksamhetsansvarig. Anmälan skall ske vidare till Socialstyrelsen inom två månader efter den misstänkta felbehandlingen.

Socialstyrelsen har också möjlighet att kräva in upplysningar, journaler, handlingar, svar på prover och undersökningar och annat material som rör verksamheten.<sup>60</sup>

Sannolikt uppmärksammas inte alla misstag genom de anmälningar som sker genom vårdgivarna. Enligt en artikel i Göteborgsposten den 18 april år 2001 med rubriken "Läkare slarvar med att anmäla" belyses problemet med att läkare inte alltid anmäler sina egna misstag. Socialstyrelsen utför en pågående granskning som beräknas bli klar till hösten år 2001 i syfte att undersöka hur effektiv lex Maria är för att uppnå och upprätthålla säkerheten inom vården. Ett problem är att inte alla sjukhus anmäler sina misstänkta läkare eller sjuksköterskor. Socialstyrelsen har gått igenom samtliga beslut från HSAN från juli år 1999 för att undersöka om det finns fall som lyder under lex Maria men inte anmäls till Socialstyrelsen. Kerstin Wigzell, generaldirektör vid Socialstyrelsen, säger att man räknar med ett mörkertal på ca 10 procent och att ett vanligt problem ligger i svårigheten att peka ut en enskild person som ansvarig. Generaldirektören föreslår därför ett nytt system där man anmäler riskfyllda situationer utan att ställa någon enskild till svars. Hon tror att patienternas observering avseende behandlingens kvalitet kommer öka i framtiden och betonar att Socialstyrelsen i fortsättningen kommer lägga större vikt vid patientens egen version av händelsen vid en lex Maria- anmälan, samt verka för att personalen ute i hälso- och sjukvården följer upp händelsen med patienten i större utsträckning än idag. Wigzell lägger också stor vikt i hur angeläget det är för patienten att få bekräftelse på att något faktiskt gick fel i behandlingen och påpekar att detta kan ha stor betydelse för patientens återhämtning.<sup>61</sup>

Om en patient anser att det föreligger brister eller felande i behandlingen kan han/hon eller hennes närstående även anmäla detta direkt till *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* och hävda felbehandling. HSAN har en domstolsliknande funktion och har till uppgift att utreda och pröva frågor rörande disciplinära åtgärder, såsom erinran eller varning, för hälso- och sjukvårdspersonal. Nämnden har också hand om frågor gällande återkallelse av legitimation eller annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården.<sup>62</sup>

Den disciplinära process som granskar yrkesansvaret vid fel eller försummelse i tjänsten inom hälso- och sjukvården handhas av HSAN som är ett utomstående organ. Arbetsgivarens disciplinära förfarande tillämpas enbart vid fel och försummelse som ligger utanför den hälso- och sjukvårdande verksamheten. Syftet med att upprätta en utomstående instans

---

<sup>60</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl. Stockholm, 2000, s. 72.

<sup>61</sup> Svensson, Pia. "Läkare slarvar med att anmäla". Göteborgsposten 18 April 2001

<sup>62</sup> Kide, Pär & Sandquist, Tommy, *Din rätt som patient och anhörig*, 1998, s. 28.

är de långtgående verkningar för den enskilde som kan bli konsekvensen av fel eller försummelse inom hälso- och sjukvården.<sup>63</sup>

De anmälningar HSAN får in är till ca 90 procent från patienter eller närstående till patienter, men inkommer också från polis, JO och JK samt framför allt från Socialstyrelsen. Ca en femtedel av alla inkommande anmälningar till HSAN kommer aldrig upp till bedömning på grund av preskription eller därför att anmälaren varit obehörig. HSAN:s beslut innefattar, förutom friande:

*”Kritisk skrivning”*, det vill säga allmänt kritiskt uttalande om den anmäldes beteende, men också ett konstaterande att saken får bero med detta.

*Erinran* att iakttaga gällande föreskrifter, vilket är en relativt mild bestraffning.

*Varning*

*Anmälan till åtal*

*Dislegitimering*

Inför beslut om disciplinär påföljd, begär HSAN yttrande från ett eller flera så kallade *vetenskapliga råd*. De vetenskapliga råden är av socialstyrelsen utsedda experter inom sjukvårdens olika områden som förordnas på viss tid. Vanligen är det personer med stor klinisk erfarenhet och även vetenskaplig meritering för att säkra bred kunskap avseende nationell och internationell utveckling (många av landets professorer har denna typ av uppdrag).

I en intervju med vetenskapligt råd för Socialstyrelsen fick jag några exempel på bedömningar:

Exempel:

En ung flicka vårdas för observation under natten efter trafikolycka och har bland annat ont i nacken. Röntgen av nacken (halskotpelaren) visar ingen skelettskada. Patienten utskrives på morgonen och kommer på eftermiddagen samma dag in med partiell förlamning beroende på att en fraktur av en halskota som inte syntes på röntgen dislokerats (glidit ur läge) med nervpåverkan som följd.

Bedömning av de vetenskapliga råden blir att det är väl känt och angivet i litteraturen att denna typ av skada under det första dygnet kan missas på vanlig röntgen och man därför vid symptom och ”negativ” röntgen bör komplettera med dator- eller magnetröntgen.

---

<sup>63</sup> Forsblad, Göran. *Ansvar och rättigheter i hälso- och sjukvården*, Stockholm, 1983, s 35.

Resultatet blir disciplinär åtgärd i form av varning till utskrivande läkare.

Ett annat exempel:

Remiss skickas av primärvårdsläkare för undersökning/bedömning av patient med anledning av blod i avföringen. Det är ont om tider och remitterande primärvårdsläkare har tidigare "slarvat" genom att skicka in remisser för patienter med hemorrojder och enkla sprickor i ändtarmen som han borde ha hittat vid ordentlig undersökning. Remissgranskaren nedprioriterar därför tillfälligt remissen och patienten kommer in för coloskopi (undersökning av tarmen under ögats kontroll) först efter sex månader. Fynd vid undersökningen: Grovtarmscancer med begynnande genomväxt av tarmväggen (tecken tydande på försämrad överlevnad).

Bedömningen blir att detta symptom borde föranlett undersökning med högsta prioritet och fördröjningen har inneburit risk för försämrat resultat. Ansvarig remissgranskare tilldelas erinran.

Ett ytterligare exempel:

En patient har undergått omfattande operation för en tumör i bukhålan. I efterförloppet inträffar blödning med påverkan på cirkulationen. Ansvarig läkare bedömer cirkulationspåverkan vara en följd av det stora ingreppet och otillräckligt blod/vätsketillförsel och avvaktar med ny operation. När beslut om detta så småningom fattas, har blödningschocken gått för långt och patientens liv står inte att rädda.

Bedömningen blir att adekvata diagnostiska åtgärder för att avslöja blödning vidtagits, och högsta tillgängliga expertis (bakjour) tillkallats, men symptombilden har trots detta felbedömts. Bedömningen är svår och en operation som inte hade behövts hade också kunnat bli fatal för patienten i ett kritiskt läge. Utgången kan bero på bristande skicklighet/erfarenhet men inget fel är begånget och ingen disciplinär åtgärd vidtages.

HSAN prövar ansökan om rätt att återfå legitimation eller förskrivningsrätt. Däremot prövar nämnden inte ersättningsfrågor. Den som vill ha ersättning för skada som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård får istället vända sig andra organ som speciellt handhar ersättningsfrågor.<sup>64</sup>

Den ersättning som utbetalas ur patientförsäkringar är vanligtvis relativt låg, med hänsyn till de konsekvenser en felbehandling kan medföra för den enskilde patienten i jämförelse med USA, där patienten genom att stämma läkare vid felbehandling kan få ut enorma summor i skadestånd. Ett system liknande det i USA torde dock vara varken önskvärt eller realistiskt, men enligt en artikel i Expressen den 5 augusti 2001 tycker Anders Magnusson, vice ordförande i Sveriges allmänna patientförening, att en patient skall kunna åtala läkaren i tingsrätten istället för att därmed mot läkaren få ett utkrävbart ansvar. Han ställer sig mycket kritisk till HSAN och anser att

---

<sup>64</sup> Bergentz, Sven-Erik & Bauer, Göran. *När skyddsnätet brister. Lärdomar från sjukvårdens ansvarsnämnd*. 2:a uppl. Studentlitteratur, 1995, s 11 ff.

nämnden skall tas bort. Magnusson hävdar att nämnden inte fyller någon funktion eftersom läkare och övrig sjukvårdspersonal i de flesta fall går tillbaka till sina arbetsplatser trots att de blivit fällda i HSAN och att det därför inte spelar någon roll om nämnden friar eller fäller.<sup>65</sup>

Under år 2000 anmäldes 3070 fall av misstänkta felbehandlingar inom vården till HSAN och av dessa delade HSAN ut 151 varningar och 184 erinringar. Många fall behandlas inte då de kommer in först efter det att den tvååriga preskriptionstiden gått ut. Socialstyrelsens generaldirektör Kerstin Wigzell tycker inte att fler läkare borde bli av med sina legitimationer. En sådan åtgärd är ett allvarligt ingrepp och används i regel endast i de fall då läkaren är direkt farlig för patienterna.<sup>66</sup>

Bernhad Grewin, ordförande i Sveriges läkarförbund, är inte oroad över det ökande antalet anmälningar, utan ser det istället positivt att patienterna idag är mer medvetna om sin ställning och att man måste se till proportionerna mellan antalet misstänkta felbehandlingar och det stora antalet möten som sker dagligen (ca 80 000) mellan läkare och patienter.<sup>67</sup>

Att bli varnad är något som varje läkare ser mycket allvarligt på. I de många utredningar som görs vid felbehandlingar berättar läkare ofta om en pressad arbetsmiljö. Grewin menar att det vore fel att polisanmäla läkaren utan tycker att det räcker att kunna ställa enskilda läkare till ansvar inför HSAN. Han betonar också vikten av att arbetsgivaren följer upp incidenter i vården.<sup>68</sup>

### 2.3.1 Patientens rätt till ersättning för skador

En patient som skadas inom hälso- och sjukvården kan i vissa fall få skadestånd. Det lättaste tillvägagångssättet är att begära ersättning genom *patientskadlagen*. Har skadan uppkommit på grund av läkemedel skall patienten vända sig till *Läkemedelsförsäkringen*. Därutöver handlar *produktansvarslagen* om skador som orsakats av felaktigheter i en produkt, i detta fall läkemedel. Vid skador orsakade av läkemedel kan patienten också vända sig till domstol för att i enlighet med skadeståndslagen begära skadestånd.<sup>69</sup>

---

<sup>65</sup> Heléne Almqvist & Zakai, Hanna. "Läkare prickas – men går fria". Expressen 25 juli 2001.

<sup>66</sup> Heléne Almqvist & Zakai, Hanna. "Läkare prickas – men går fria". Expressen 25 juli 2001.

<sup>67</sup> Heléne Almqvist & Zakai, Hanna. "Man måste se proportionerna". Expressen 25 juli 2001.

<sup>68</sup> Heléne Almqvist & Zakai, Hanna. "Man måste se proportionerna". Expressen 25 juli 2001.

<sup>69</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts, 2000, s. 88 f.

Sedan år 1997 gäller Patientskadelagen, vilken i huvudsak bygger på samma principer som de tidigare patientförsäkringarna men nu ger ett bättre skydd för patienten. Alla som bedriver hälso- och sjukvård idag måste vara försäkrade. Om en patient blir skadad i anslutning till vården skall patienten få ersättning från försäkringen (12 § Patientskadelagen). En förutsättning är dock att skadan skett inom hälso- och sjukvården i Sverige. Ersättning kan utgå både för fysiska och psykiska skador och för att få ersättning är det tillräckligt att visa att man övervägande sannolikt blivit skadad genom vården. Således bär patienten ej bevisbördan för att det var en viss behandling eller operation som föranledde skadan. Det finns inte heller något uppställt krav på att vårdgivaren skall ha varit vårdslös eller försumlig. Ersättning kan ges för följande typer av skador:

”Skador som orsakats av undersökning, vård eller behandling (egentlig behandlingsskada).

Skador som orsakats av fel eller felaktig hantering av medicintekniska produkter eller sjukvårdsutrustning (materialskada).

Skador som orsakats av felaktiga diagnoser (diagnosskada).

Skador som orsakats av smittämnen (infektionsskada).

Skador som orsakats av olycksfall (olycksfallsskada).

Skador som orsakats av felaktig hantering av läkemedel (läkemedelsskada).”<sup>70</sup>

*Egentlig behandlingsskada* skall ha orsakats direkt av en undersökning, behandling eller liknande åtgärd, det vill säga att skadan inte skulle uppkommit om inte behandlingen hade utförts. Att önskad effekt med behandlingen uteblivit är således inte en behandlingsskada. Som ett andra kriterium skall skadan uppkommit genom åtgärder som inte ansetts vara medicinskt motiverade (detta avgörs i jämförelse med hur en erfaren specialist skulle handlat om han/hon haft alla bakgrundsfakta) samt varit möjlig att undvika.

*Materialskada* ersätts då patienten exempelvis skadats på grund av att produkten (säng, kanyl, dialysapparat) varit felkonstruerad, blivit utsliten eller hanterats felaktigt.

*Diagnosskador* kan ersättas vid felaktigt ställd diagnos. Om tecken på sjukdom eller skada tolkas felaktigt med följd att behandling inte sätts in (eller vice versa) och patienten får men av detta skall ersättning utgå. Bedömning sker på samma sätt som ovan.

Om ett smittämne överförs i samband undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd kan ersättning utgå för så kallad *infektionsskada*, förutsatt att inte smittämnet fanns hos patienten redan innan vårdtillfället. Som patient får man acceptera att vissa infektioner skäligen måste tålas till följd

---

<sup>70</sup> Patientskadelag (1996:799) 6§

av behandlingen av grundsjukdomen. Det finns en princip som innebär att ju allvarigare sjukdomen är desto mer får en patient tåla utan att få ersättning. Exempel på behandlingar som kan medföra infektionsrisk är bland annat transplantationer, kateterbehandlingar samt större operationer i områden med nedsatt blodcirkulation. För sådana behandlingar utgår i allmänhet icke ersättning. Vanligast är att patienten kompenseras i situationer då missförhållandet mellan grundsjukdomen och följande infektion är särskilt stor.

Vid *olycksfallskador* skall olycksfallet antingen ha samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, ha inträffat under sjuktransport, i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning för att ersättning skall utgå.

*Läkemedelsskador* kan ersättas då personal inom hälso- och sjukvården lämnat ut felaktig medicin eller givit patienten fel ordination eller felaktiga råd. Läkemedelsskador gäller således sådana fel som begås av personalen och innefattar inte själva läkemedlet i sig då detta faller in under läkemedelsförsäkringen. Läkaren skall ge upplysningar om de biverkningar läkemedlet kan ha enligt FASS (Farmaceutiska specialiteter i Sverige).

Från dessa huvudregler om ersättning finns tre huvudsakliga undantag uppställda i Patientskadelagen 7 §. Det första undantaget utgörs av skador som uppstår i nödsituationer då behovet av vård är så akut att behandling måste utföras utan tid eller möjlighet att vidta normala förberedelser. Det andra undantaget rör skador som uppkommer i situationer då större risker medvetet tas i syfte att undvika eller förebygga en allvarlig utveckling av patientens skada eller sjukdom. Det tredje och sista undantaget avser de skador som orsakas av läkemedlet i sig och inte beror på fel eller försummelse hos den som ordinerat läkemedlet.<sup>71</sup>

När det gäller ersättningens storlek finns bestämmelser om detta i 8-11 §§ patientskadelagen med hänvisning till *skadeståndslagen* 5 kap 1-5 §§ och 6 kap 1 §. Principen enligt skadeståndslagen är att man skall få kompensation så att man får samma ekonomiska situation man skulle haft om skadan ej inträffat. Ersättning betalas således för:

Sjukvårdskostnader och andra utgifter (taxi, nya glasögon).

Inkomstförlust (skillnaden mellan vad den skadade tjänar innan respektive efter skadan).

Sveda och värk (personlig förlust, ideella skador).

Lyte eller annat stadigvarande men (ersätts med ledning av Trafikskadenämndens tabeller).

---

<sup>71</sup> Adler, Hans, *Medicinsk Juridik*, Studentlitteratur, 2001, s. 121 f.

Olägenheter i övrigt till följd av skadan (anspänningar i arbetet eller ändringar i den dagliga livsföringen).

För framtida kostnader som kan beräknas eller kan förväntas uppkomma kan ersättning utgå, till exempel då det gäller barn. Då en personskada leder till döden utges ersättning för begravningskostnader.<sup>72</sup>

Under år 2000 fick 3436 patienter ersättning genom patientförsäkring. Antalet anmälda skador var totalt 8 545.<sup>73</sup> När skada anmäls till patientförsäkringsföreningen finns inget krav på att peka ut enskilda sjuksköterskor eller läkare som ansvariga. Patientförsäkringsföreningen går aldrig vidare med några ärenden till annan instans och därmed riskerar sällan sjuksköterskor, läkare eller övrig vårdpersonal att drabbas av repressalier såvida händelsen enbart anmäls till patientförsäkringsföreningen.<sup>74</sup>

Enligt en debattartikel i Göteborgsposten publicerad i april 2001<sup>75</sup> framstår detta som ett glapp mellan systemen då Socialstyrelsen vanligtvis inte får kännedom om majoriteten av de fall som anmäls till patientförsäkringsföreningen. Om själva incidenten i sig inte anmäls och därmed inte heller utreds, riskerar sjukvården att inte lära av misstagen. Anmälningar till patientförsäkringsföreningen ökar enligt statistiken stadigt från år till år medan så kallade lex Maria anmälningar minskat med 300 stycken under en fyraårsperiod. Av den vårdpersonal som anmäls enligt lex Maria frias nio av tio och utredningen tar ofta flera månader.

Enligt en studie av Lars Fallberg, forskare vid Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg, är det få patienter som vet vart de skall vända sig med eventuella klagomål. Många vänder sig till läkaren som enligt artikelförfattaren uppmanar den skadade patienten att lämna in anmälan till patientförsäkringsföreningen, vilket vanligen medför att det inte sker någon anmälan till Socialstyrelsen eller HSN.

Lars Fallberg menar att de anmälningar som når rätt instans endast är "toppen på ett isberg"<sup>76</sup> men Birgitta Strandvik, ordförande i Svenska Läkarsällskapet, tror inte att mörkertalet är så stort. Enligt hennes uppfattning händer det väldigt lite i vården som faktiskt är felaktigt. Strandvik tror på en viss underrapportering enligt lex Maria men menar att den stora skillnaden i antalet ersatta patientskador beror på att patientförsäkringsföreningen i vissa fall betalar ut pengar även om de inte säkert kan utreda varför patienten skadats. Jan Lövgren, vd vid patientförsäkringsföreningen, tror att detta till viss del stämmer men att den

---

<sup>72</sup> Sverne, Ebba, & Sverne, Tor, *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts, 2000, s. 96 ff.

<sup>73</sup> Palm, Beatrice. "Kraftig ökning av anmälda patientskador". *Sydsvenskan* 21 mars 2001.

<sup>74</sup> Svensson, Pia. "Många ersätts men få läkare prickas". *Göteborgsposten* 18 April 2001.

<sup>75</sup> Svensson, Pia. "Många ersätts men få läkare prickas". *Göteborgsposten* 18 April 2001.

<sup>76</sup> Svensson, Pia. "Många ersätts men få läkare prickas". *Göteborgsposten* 18 April 2001

typen av fall tillhör undantagen. Och att bedömningarna i de flesta fall istället är självklara.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> Svensson, Pia. "Många ersätts men få läkare prickas ". Göteborgsposten 18 April 2001.



# 3 Rättigheter och anspråk i världen

## 3.1 Hohfelds lära om elementära rättighetsrelationer

W. N. Hohfeld, professor i juridik vid Yale under tidigt 1900-tal, utformade ett system för grundläggande rättigheter. Detta system kan bland annat användas som ett verktyg för analys av rättigheter i lagtext. Hohfeld gjorde åtskillnader mellan en faktisk handling och en rättshandling. En *faktisk handling* medför inga direkta rättsverkningar. *Rättshandlingar* får rättsliga konsekvenser: till exempel när man ingår äktenskap, skriver under en fullmakt eller när en domare dömer i ett mål.<sup>78</sup>

I en elementär rättighetsrelation skall fyra olika komponenter alltid finnas med. Dessa är:

1. *Rättighetsbärare* (den person som innehar en rättighet)
2. *Motpart* (den eller de gentemot vilken/vilka rättighetsbäraren innehar en rättighet)
3. *Elementär rättighetstyp* (se nedan)
4. *Handlingsbeskrivning* (en handling eller underlåtenhet som någon företar).

De elementära rättighetstyperna hos Hohfeld är:

1. *Anspråk* (=krav), ("claim", "right" )
2. *Frihet* ("privilege")
3. *Kompetens* ("power")
4. *Immunitet* ("immunity")

1. Ett anspråk relaterar till en handling eller underlåtenhet att handla från motpartens sida och är antingen positivt eller negativt. Exempel

---

<sup>78</sup> Hohfeld, Wesley Newcomb. *Fundamental Legal Conceptions as applied in Judicial Reasoning*, Yale Law Journal, Volume XXVI 1916-1917, s 710 f

på positivt anspråk är att få ut en vara mot betalning. Rättighetsinnehavaren har då anspråk på att motparten lämnar ut varan och motparten har en plikt gentemot rättighetsinnehavaren att lämna ut varan. Enligt lagtexten innebär ett positivt anspråk ett "skall". Ett negativt anspråk är anspråk på underlåtenhet att handla. Rättighetsinnehavaren har som exempel anspråk på att inte bli utsatt för misshandel av polisen. En rättighetsinnehavare har således anspråk på en motpart att denne underlåter viss handling, vilket för en motpart innebär en plikt gentemot rättighetsinnehavaren att underlåta handlingen samt obefintlig frihet att utföra handlingen gentemot rättighetsinnehavaren. I lagtext uttrycks detta som "får inte" eller "skall låta bli att".

2. En *frihet* kan också vara positiv eller negativ och gäller rättighetsinnehavarens egen handling eller underlåtenhet. Till skillnad mot anspråk innebär en frihet inte att motparten föreskrivs någon plikt. Den *positiva friheten* innebär frihet att företa en positiv handling, exempelvis att få yttra sig fritt enligt yttrandefrihetslagen. En svensk medborgare har frihet att yttra sig om staten, vilket också innebär att medborgaren inte har någon plikt att underlåta att yttra sig om staten. Staten har inte heller anspråk på att medborgaren underlåter att yttra sig, det vill säga att medborgaren "får" yttra sig. *Negativ frihet* innebär frihet att underlåta handling. Medborgaren har frihet att inte yttra sig om staten och därmed inte heller någon plikt gentemot staten att göra detta. Staten har inte anspråk på att medborgaren yttrar sig.
3. När någon genom en rättshandling åstadkommer ett visst rättsligt resultat genom egen rättslig förmåga utnyttjar den personen som rättighetsbärare sin *kompetens*. Kompetens kan enbart gälla rättshandlingar. Rättighetsbäraren har kompetens att gentemot sin motpart åstadkomma en viss förändring av rättsläget. Så länge rättighetsbäraren besitter kompetens att utföra en handling har motparten inte immunitet mot att den förstnämnde åstadkommer förändringen. Rättighetsbäraren äger enligt lagen rätt att åstadkomma förändringen.
4. Den sista av de elementära relationerna är *immunitet*. Rättighetsinnehavaren innehar immunitet mot att motparten genom en rättshandling förändrar rättighetsinnehavarens rättsläge (motparten har rättslig oförmåga att göra detta). En rättighetsinnehavare har immunitet mot att en motpart exempelvis säljer dennes egendom. Har motparten en fullmakt och därmed kompetens att sälja annans egendom är situationen en annan, men finns ingen fullmakt har rättighetsinnehavaren immunitet. Motparten är då oförmögen (besitter inte kompetens) att gentemot rättighetsinnehavaren åstadkomma förändring. I lagtexten uttrycks

detta genom att motparten inte *äger rätt* att åstadkomma sådan förändring.<sup>79</sup>

I det Hohfeldska schemat finns vissa problematiska teser. Hohfeld kallar de fyra grundläggande begreppen anspråk, frihet, kompetens och immunitet för juridikens ”minsta gemensamma nämnare”. Detta innebär att en typ av rättighet, exempelvis äganderätt, genom analys kan brytas ned till något eller några av de grundläggande begreppen.

En rättighetsbärare av de fyra grundläggande rättigheterna har som ovan nämnts alltid en motpart, vilken är en bestämd person eller myndighet. Samma slags handling kan dock medföra mer än en relation i förhållande till olika motparter. Rättighetsrelationerna är oberoende av varandra. Ett exempel på detta är marknadsandelar där det råder fri konkurrens. Två konkurrenter har frihet att agera på marknaden, men får inte handla i strid mot de regler som fri konkurrens medför, och friheten innebär inte att parterna har anspråk på att inte bli hindrade att företa handlingen.<sup>80</sup>

### 3.1.1 Korrelationsteorin och viljeteorin

Anspråk är enligt Hohfelds analytiska schema strikt korrelerat till plikt. Frihet, däremot, är *korrelerat* till en så kallad ”icke-rättighet”, det vill säga frånvaro av krav. Kompetens har korrelation till underkastelse (genom rättighetsinnehavarens kompetens att handla blir motparten underkastad att få sin rättsliga position ändrad) och immunitet korrelerar till rättslig inkompetens, vilket för motparten innebär omöjlighet att förändra rättighetsbärandes rättsliga position.<sup>81</sup>

En strikt korrelation mellan anspråks-rättigheter och plikter är betydelsefull av två skilda skäl. Det första är följande: Om anspråks-rättigheter är så starkt bundna till plikter, innebär det att rättighetsbäraren bara innehar en sådan rättighet om den motsvaras av en plikt<sup>82</sup>. Enligt en motsatt uppfattning kan det finnas erkända rättigheter utan erkända korrelerande plikter, varvid nya plikter kan skapas för att skydda sådana erkända rättigheter. Det senare innebär att nya plikter erkänns som en följd av juridiska överväganden ”i syfte att försöka ge ett bättre rättsligt skydd åt erkända juridiska rättigheter”<sup>83</sup>.

---

<sup>79</sup> Hohfeld, Wesley Newcomb. *Fundamental Legal Conceptions as applied in Judicial Reasoning*, Yale Law Journal, Volume XXVI 1916-1917, s 710 ff

<sup>80</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 137 ff

<sup>81</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 138 ff

<sup>82</sup> Goble, George W, *The Sanction of a duty*, Yale Law Journal, 1928, s 429

<sup>83</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 139

Det andra skälet skiljer sig helt från det första och gäller rättigheter sett ur ett mer moraliskt perspektiv, som ”något gott”<sup>84</sup>. Om rättigheterna hela tiden utvidgas med alltfler uppställda anspråk, tilltar antalet korrelerade plikter och därmed inskränkningar av friheten. Då är inte rättigheterna längre något odelat gott.<sup>85</sup>

En annan teori är *viljeteorin*, vilken går ut på att en kravrättighet kännetecknas av att rättighetens genomdrivande beror av rättighetsinnehavarens vilja. Viljeteorin skiljer sig från Hohfelds korrelationsteori genom att betrakta en rättighet likt en kompetens att kunna återkalla någon annans förpliktelse. Inom civilrätten kan plikter ålagda genom avtal ofta efterges av den part som innehar rättigheten. I dispositiva tvister kan den förpliktigade parten genom sådan eftergift befrias från att exempelvis betala skadestånd till rättighetsinnehavaren.<sup>86</sup>

Viljeteorins sätt att argumentera innebär att kompetens att upphäva en avtalsenlig plikt endast tillkommer avtalsparten och inte tredje part (vilken endast är förmanstagare), vilket utvisar att det är den förstnämnde som är rättighetsinnehavare.<sup>87</sup> Viljeteorin förutsätter en korrelation mellan rättigheter och plikter då den går ut på en rättighet i egenskap av kompetens att upphäva någon annans plikt.<sup>88</sup>

### 3.1.2 MacCormicks argument mot korrelationsteorin och viljeteorin

*Neil MacCormick* vid Juridiska Fakulteten, University of Edinburgh, har framlagt argument mot den strikta korrelationen mellan rättigheter och plikter. Hans huvudargument är att denna teori förmörkar sakförhållandet att plikter har tillkommit för att skydda rättigheter. Det faktum att rättigheten existerar, rättfärdigar att någon ålägges en plikt. MacCormick menar dock att rättigheterna skyddas även på annat sätt än genom åläggande av plikter, exempelvis genom att enligt Hohfelds schema motparten fråntas en kompetens istället för att åläggas en plikt.<sup>89</sup>

Mot viljeteorin har MacCormick två följande argument som inte behandlar själva korrelativiteten: Det första åsyftar vissa inskränkningar i

---

<sup>84</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 139

<sup>85</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 139

<sup>86</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 139 ff

<sup>87</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 142

<sup>88</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 142

<sup>89</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 140

rättighetsinnehavarens kompetens att avstå eller överlåta sin rättighet. Enligt viljeteorin skall en rättighet innefatta kompetens att avstå från någon annans pliktuppfyllelse. MacCormick menar dock att kompetensen ibland utsätts för inskränkningar, men att detta inte nödvändigtvis måste ses som ett försök att begränsa våra rättigheter utan snarare utvidga dem. I Simmonds bok<sup>90</sup> exemplifieras två fall där viljeteorin enligt MacCormick leder till paradoxala slutsatser:

1. ”I vissa fall är en handling fortfarande olaglig även om ”offret” lämnat sitt medgivande, t e x vid mord och allvarlig kroppsskada. I andra fall är samtycke ett giltigt försvar, t e x vid mindre angrepp under förloppet av ett spel.”

Enligt detta exempel innebär viljeteorin att vi besitter rättigheter att inte bli utsatta för angrepp av det mildare slaget eftersom det föreligger kompetens att avstå, men däremot ingen rättighet att inte bli utsatta för allvarligare angrepp, då man inte har kompetens att avstå.

2. ”I somliga fall ges människor rättigheter att men berövas kompetensen att avtala sig bort från dessa rättigheter. Detta är vanligtvis fallet med rättigheter som givits åt arbetstagare.”

I fallet 2 kräver viljeteorin att lagstiftning som innebär att en arbetstagare hindras från att avtala sig bort från sina rättigheter får sina rättigheter inskränkta genom begränsning av kompetensen att avstå. Faktum är dock att en sådan lagstiftning uppenbart uppfattas som en förstärkning av arbetstagarens rättigheter. Enligt Simmonds har MacCormick förväxlat kompetensen att avstå att plikten fullföljes med kompetensen att avsäga sig själva rättigheten. Det som gör arbetstagarens position till en rättighet är att denne kan välja om han (genom att stämna) vill genomdriva sin rättighet eller inte. Att arbetstagaren inte kan avtala bort själva innehavet av rättigheter säkerställer bara arbetstagarens rätt att behålla sin kompetens.

Fallet 1 är något mer komplicerat och har att göra med hur man betraktar straffrätten. Straffrätten är inte till för att tilldela rättigheter utan snarare för att skydda dem som redan finns men också för att ur en mer moralisk synvinkel straffa omoraliska handlingar som i sig inte behöver innebära ett kränkande av en annan människas rättigheter. Enligt viljeteorin skall det vara fråga om rättigheter vilkas genomdrivande man kan efterge.<sup>91</sup>

MacCormicks andra argument mot viljeteorin är att barn i allmänhet inte har någon möjlighet att tillämpa sina rättigheter såsom att enligt viljeteorin utnyttja sin ”rättighet som valmöjlighet eller kompetens att avstå från genomdrivandet av en plikt”<sup>92</sup>. En rättighetsinnehavare kan fordra fullgörelse eller välja att avstå från det (exempelvis gå till domstol), men

---

<sup>90</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 143

<sup>91</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 143

<sup>92</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 144

detta kan inte göras av ett barn utan endast av barnets föräldrar eller vårdnadshavare. Enligt MacCormick kan viljeteorin inte vara sann eftersom den innebär att barn inte har några rättigheter, vilket de faktiskt har. MacCormicks teori gällande barns rättigheter har analyserats av Herbert Hart, som försvarar viljeteorin genom att påpeka att föräldrarna faktiskt företräder barnets juridiska rättigheter och att barnet därmed innehar rättigheter.<sup>93</sup>

### 3.1.3 MacCormicks intresseteori

MacCormick har utvecklat en *intresseteori* enligt vilken en rättighet är ett intresse som skyddas genom åläggande av plikt för en eller flera personer. Rättighetsinnehavaren är då avsedd förmånsinnehavare till en plikt. Syftet med plikten är att det måste gagna rättighetens innehavare. Kritik har riktats mot intresseteorin och går framför allt ut på att förmånsinnehavaren till plikt inte alltid är rättighetsinnehavaren. I Simmonds bok<sup>94</sup> exemplifieras detta på följande sätt:

Antag att två personer, A och B, ingår ett avtal om att A skall utföra en tjänst åt B och att arvode för utförd tjänst skall utgå till en tredje part, C. Förmånsinnehavare till B:s plikt att betala blir då C men det innebär inte att C innehar en rättighet. A är ensam rättighetsinnehavare. Vad innebär då det?

MacCormicks intresseteori förutsätter inte korrelation mellan rättigheter och plikter, utan snarare en rättighet som ett skäl till att förelägga en plikt eller ett sätt att förse rättighetsinnehavaren med en form av skydd för sitt intresse. En rättighet är ett intresse (exempelvis rätt till minimilön) som bör skyddas. En svaghet i MacCormicks argument mot korrelativitet är att han kopplar rättigheter till olika ”böran” men hävdar att detta inte medför någon plikt. Vad är då den stora skillnaden mellan ett böra och en plikt?<sup>95</sup>

## 3.2 Absoluta och relativa rättigheter

En åtskiljande kan göras skilja mellan absoluta och relativa rättigheter. *Absoluta rättigheter* är kravbara, skall vara lätta att genomdriva och inte beroende av någon annans skön eller godtycklighet. De behöver inte vägas bort mot andra värden, det vill säga att de inte är beroende av värderingar. Det klassiska kriteriet för en absolut rättighet är att den skall kunna genomdrivas och inte vägas bort mot andra rättigheter. En absolut rättighet kan ha sin grund i en lagregel som inte innebär att avkall eller undantag såsom ”synnerliga skäl”. En absolut rättighet behöver inte avvägas mot

---

<sup>93</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 144 f

<sup>94</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 141

<sup>95</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 142

någon annans intresse eller allmänintresset. Två absoluta rättigheter strider inte mot varandra. De måste vara förenliga med varandra så att den ena rättigheten inte inskränker på den andra. Exempel på detta är yttrandefriheten och religionsfriheten.

*Relativa rättigheter* är inte kravbara utan kan sättas ur spel om de vägs mot andra intressen. En relativ rättighet kan strida mot en annan relativ rättighet då den går att inskränka. Ett exempel på relativ rättighet är i den tidigare tyska grundlagen där en rättighet kunde ha företräde framför en annan rättighet, exempelvis rätten till yttrandefrihet mot rätten till integritet)<sup>96</sup>.

Utifrån Hohfelds elementära rättighetsrelationer kan olika rättslägen diskuteras och analyseras och jag har försökt göra en tillämpning på hälso- och sjukvårdens område. Patientens anspråk i hälso- och sjukvården borde enligt teorierna ovan kunna delas upp i tre olika alternativ.

Det första alternativet skulle i så fall innebära absoluta, korrelerade plikter utan möjligheter till undantag. Om plikten skulle åsidosättas skulle det innebära sanktioner i form av disciplinpåföljd och eventuellt skadestånd. Ett exempel på detta kan vara vitesföreläggande enligt kap 2.2.2.7 angående Socialstyrelsens tillsyn. Dessa rättigheter skulle enligt MacCormick vara de enda egentliga rättigheterna (ej något skön från motpart).

Det andra alternativet skulle kunna vara situationer då den korrelerade plikten inte är absolut utan kan upphävas vid avvägning mot andra faktorer (exempelvis vid prioritering). Rätten att som patient inte bli nedprioriterad är inte absolut såvida inte avvägningen i prioriteringen gjorts på fel sätt och disciplinpåföljd kan bli aktuellt.

I ett tredje och sista alternativ finns ingen rättslig överprövning, vilket innebär att möjligheter till sanktioner, överprövning eller vitesföreläggande inte förekommer. De så kallade förpliktelser som förekommer i regleringen av hälso- och sjukvården uttrycker endast målsättningar som ”skall” eller ”bör” eftersträvas.

### **3.3 HSL och yrkesverksamhetslagen som förpliktande lagar (skall-lagar och ramlagar)**

Inom hälso- och sjukvården förekommer olika rättighetsrelationer mellan patienter, läkare, sjuksköterskor, övrig sjukvårdspersonal och landsting etc. Patientens rättigheter regleras huvudsakligen (som vi sett ovan) i HSL och Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Frågan är dock

---

<sup>96</sup> MacCormick, Neil. *Legal rights and social democracy. Essays in legal and political philosophy*, Clarendon Press, 1982, s. 53

om det verkligen är möjligt att se regleringen i HSL som kravrättigheter från patientens sida. En kravrättighet innebär ett exigibelt (rättsligt genomdrivbart) krav som skall verka kraftfullt gentemot motparten. På flera ställen i HSL och yrkesverksamhetslagen förekommer ordet ”skall”, vilket vanligtvis medför ett krav, men faktum kvarstår att HSL endast är en ramlag. I en ramlag saknas erforderlig precision för att tilldela rättigheter.

### **3.3.1 Vilka är rättighetsbärare respektive motparter inom hälso- och sjukvården och vilka är deras rättigheter/skyldigheter?**

Inom hälso- och sjukvårdsorganisationen finns följande parter med olika uppgifter som jag anser vara relevanta för min tillämpning:

*Landsting och kommuner:*

Skall utforma och reglera sjukvården så att dess invånare garanteras en god hälso- och sjukvård. Landstinget har det övergripande ansvaret men kan sluta avtal med kommun och privata vårdgivare för utförande av sjukvård. Landstingets ansvar finns reglerat i HSL 3-16 §§.

*Hälso- och sjukvårdspersonal:*

Som tidigare nämnts finns sjukvårdspersonalens skyldigheter reglerade i yrkesverksamhetslagens andra kapitel.

*Patienten:*

Uppsöker vid behov hälso- och sjukvården och blir därigenom vårdtagare. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull vård i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt. De skyldigheter som åvilar landstinget och hälso- och sjukvårdspersonalen grundar rättigheterna för patienten.<sup>97</sup>

Som *rättighetsbärare* inom sjukvården ser jag i första hand patienten. I HSL förekommer både absoluta och relativa anspråk.

### **3.3.2 Patientens positiva anspråk**

Målet med sjukvården är att kunna ge en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen (HSL 2 §). Lagtexten ställer här inga krav på att målet

---

<sup>97</sup> Carlsson, Bo & Isacson, Åke. *Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning. En studie av patientens ställning och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*. Bokbox Förlag, 1989, s.68



skall vara uppfyllt vid varje enskild tidpunkt utan fixerar enbart ett generellt mål att sträva efter. I förarbetena till HSL uttalas att hälso- och sjukvårdens mål bör ange framtida önskvärda tillstånd och inte krav på organisatoriska eller andra förändringar såsom tillgång på resurser.<sup>98</sup>

### 3.3.2.1 Patientens rätt till medicinsk undersökning

En patient skall, enligt HSL 2 a §, 3 st, när han/hon uppsöker vården snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt. Patienten har därmed enligt min uppfattning ett *positivt anspråk* mot sjukvårdspersonalen på att få den undersökning han eller hon är i behov av. Bestämmelsen saknar dock direkt motsvarighet i yrkesverksamhetslagen, vilket leder till tolkningssvårigheter då den enskilde vårdutövaren i första hand har att rätta sig efter yrkesverksamhetslagen och inte HSL. Det är oklart huruvida lagstiftaren som motsvarighet i yrkesverksamhetslagen avsett kravet på vård ”i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet” och att vårdutövaren på denna grund skall bedöma om en undersökning är att anse som uppenbart obehövt. Enligt förarbetena<sup>99</sup> till HSL 2 a § innebär ”uppenbart obehövt” att patienter som vid upprepade gånger söker sig till sjukvården för att få samma symptom bedömda inte behöver ges en sådan bedömning. Eftersom kriteriet ”uppenbart obehövt” är uppställt kan bestämmelsen endast tillämpas i mycket klara fall. Läkare kan inte utan vidare utesluta att någonting ytterligare tillstött sedan föregående besök när det gäller patienter som mycket ofta uppsöker en viss mottagning.

När det gäller tidsaspekten för väntan på undersökning skall bedömning göras ”snarast”. Detta innebär att den skall komma till stånd utan onödiga dröjsmål eller orimlig väntan, men inte något generellt krav på att det skall ske ”genast” och därmed riskera att äventyra andra vårdåtgärder. Vad som är rimligt eller onödigt i dessa hänseenden kan finnas olika uppfattningar om, och någon detaljreglering torde inte vara vare sig realistisk eller önskvärd. Ett mer akut vårdbehov (exempelvis bilolycka) där resurser behöver sättas in omedelbart för att kunna rädda patientens liv måste gå före en sedan flera veckor tillbaka värkande handled, men patienten med den värkande handleden är trots förlängd väntetid garanterad en medicinsk bedömning. Landstingsförbundet har rekommenderat en maximal väntetid inom primärvården till tre månader. Det finns idag i lagen inga klart definierade gränser för vad skälig väntetid innebär, men om en patient anser sig ha fått vänta oskäligt lång tid kan han/hon klaga till HSAN. En anmälan till HSAN om för lång tid eller utebliven undersökning kan leda till fällande dom.<sup>100</sup>

---

<sup>98</sup> Prop. 1981/82:97, s. 26.

<sup>99</sup> Prop. 96/97:60, s. 41

<sup>100</sup> Sahlin, Johan. *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. 6:e uppl., Norstedts Juridik AB, 2000, s. 67ff.

Min slutsats beträffande patientens rätt till undersökning är att en patient i behov av vård som uppsöker akutmottagning eller vårdcentral gentemot vårdpersonalen har en absolut rättighet, och därmed ett absolut anspråk, att bli undersökt och få en bedömning även om detta för en del patienter kan innebära lång väntetid.

### 3.3.2.2 Patientens rätt till medicinsk behandling

När det gäller behandling av patienten skall läkaren eller sjuksköterskan utföra denna i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (Lag om yrkesverksamhet 2 §). Det kan i vissa fall innebära att en patient med lägre prioritet i en situation med bristande resurser får finna sig i att behandling prioriteras till patienter med större behov av vård. Bortprioritering vid resursbrist är en sak, och speciell. Det är väldefinierat vad som är "vetenskap och beprövad erfarenhet". Avvikelse från detta ger fällande dom. För vårdpersonalen borde enligt min uppfattning plikten att ge behandling som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet vara en absolut plikt. Rätten är enligt min uppfattning absolut bortsett från resursbristsituationen.

### 3.3.2.3 Patientens rätt i prioriteringsfall

Den som ytterst har ansvaret för utförande av all sjukvård är som tidigare nämnts landstinget. Patienten har anspråk gentemot landsting och kommun som skall garantera patienten en kvalitativt god hälso- och sjukvård. Genom den centrala vårdskyldighetsparagrafen HSL 3 § lagfästs varje landstings skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Lagstiftaren har härmed lagt ett ansvar på den offentliga sektorn att i allt väsentligt länsvis genom landstingen tillhandahålla resurser för hälso- och sjukvård närhelst den efterfrågas. För den vårdinsats som landstinget har att tillhandahålla kan finnas flera alternativa behandlingsmetoder, som alla står i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Landstingets lagliga skyldighet att tillhandahålla "god" vård kan inte anses innefatta en skyldighet att erbjuda alla alternativ som uppfyller detta krav. I fall det finns två eller fler alternativa handlingsprocesser för en viss vårdssituation, som alla uppfyller kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet, måste det anses tillräckligt att landstinget ställer ett av dessa till sitt förfogande, utan att en sådan åtgärd strider mot HSL. Landstingen ansvarar härmed för att all den vård de meddelar är god vilket inte nödvändigtvis kräver att de meddelar all god vård som finns.<sup>101</sup>

Om en patient anser att tillhandahållen vård inte är tillräckligt "god", kan han/hon (som tidigare nämnts i kap 2) framföra detta till chefsöverläkare eller landstingets förtroendenämnd. Man kan inte anmäla landstinget som

---

<sup>101</sup> Sahlin, Johan. *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. 6:e uppl., Norstedts Juridik AB, 2000, s. 103.

sådant, men felbedömningar och misstag av vårdpersonal kan i förekommande fall underkastas HSN enligt yrkesverksamhetslagens 2 kap 1 §, som lagfäster en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal att utöva sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Landstingen kan ha politiska och ekonomiska svårigheter att fullt ut klara de uppgifter som de är ålagda enligt HSL 3 §. Med dagens nedskärningar och relativa resursbrist (se kap 5) kan det vara vanskligt att i varje hänseende kontinuerligt utlova tillgång till en god hälso- och sjukvård.<sup>102</sup> År 1997 träffade socialdepartementet och landstingsförbundet en överenskommelse som hade som syfte att ersätta den ursprungliga vårdgarantin från år 1991.

Enligt den nya överenskommelsen skulle patientens ställning stärkas genom en god tillgänglighet till hälso- och sjukvård med primärvården som bas. Tillgängligheten till primärvården skulle garanteras landets invånare. Målet var att den enskilde skulle kunna komma i kontakt med primärvården samma dag som han sökte. Om patienten skulle ha behov av att träffa en läkare skulle en tid erbjudas inom åtta dagar och i de fall patientens problem inte kunde lösas inom primärvården utan han eller hon behövde remitteras vidare, skulle tid för sådan specialistkonsultation erbjudas inom tre månader – i vissa fall inom en månad. Om det efter en sådan konsultation skulle konstateras att det behövdes någon särskild behandlingsinsats, skulle den påbörjas utan dröjsmål enligt vägledande principer för prioriteringar och urval. Information om såväl tillgänglighet i vården som den egna sjukdomen, möjligheter till behandling och vad patienten själv skulle kunna göra skulle förbättras så att patienterna aktivt skulle kunna delta i beslut som rörde den egna behandlingen. Nationella riktlinjer för god medicinsk praxis skulle stärka patienternas möjligheter att få likvärdig, kunskapsbaserad vård i hela landet. Regionala och lokala vårdprogram utformades på vilkas grundval individuella överenskommelser skulle kunna slutas mellan den enskilde patienten och vårdgivaren.<sup>103</sup>

I samband med överväganden avseende nya vårdgarantiåtaganden inför år 2000 pekade socialstyrelsen på risker för att väntetidsgarantier endast fokuserar på vissa delar av vårdkedjan, vilket kan leda till att vårdinsatser för redan diagnostiserade patienter och patienter under långtidsbehandling trängs undan. Fokuseringen på väntetider kan också resultera i att resurserna styrs till verksamheter med synliga köer på bekostnad av högre prioriterade, men inte lika synliga vårdbehov. Med detta som bakgrund har socialstyrelsen redovisat slutsatsen att införandet av en behandlingsgaranti inom tre månader i den svenska sjukvården (vilket varit önskvärt i den vårdpolitiska debatten) dels skulle kunna innebära en risk att felaktiga prioriteringsbeslut tas, dels vara mycket resurskrävande och även orealistiskt med tanke på brister i tillgången på specialistutbildad personal.

---

<sup>102</sup> Falk, Viking & Nilsson, Kerstin. *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. 2:a uppl., Studentlitteratur, 1999, s. 119

<sup>103</sup> Regeringens skrivelse 1996/97:66, s 5

Med hänvisning till denna slutsats förklarade sig regeringen inte vara beredd att utfästa en sådan garanti.<sup>104</sup>

HSL 3 § slår förvisso fast landstingets skyldighet att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård men paragrafen är inte konstruerad så att den enskilde, då han eller hon inte får den sjukvård han/hon anser sig behöva, med stöd av lagen kan göra rättsliga anspråk gällande mot landstinget. HSL innehåller ingen besvärregel.

Utifrån Hohfelds analytiska schema är min uppfattning följande: Patienten har ett anspråk gentemot landstinget att den senare parten skall tillhandahålla god vård. Landstinget kan dock inte garantera att den enskilde vid varje specifikt tillfälle kan få sina vårdbehov tillgodosedda och om patienten hamnar i en sådan situation har hon/han ingen besvär rätt. Anspråket på rätt till vård mot Landstinget är därmed att anse som ett relativt anspråk. Anspråket på rätt behandling mot hälso- och sjukvårdspersonalen vid faktisk behandling är dock ett absolut anspråk eftersom de kan ställas till ansvar inför HSAN.

#### **3.3.2.4 Patientens rätt till medbestämmande**

Patientens rätt till medbestämmande reglerades tydligt genom införandet av HSL 3 a § den 1 januari 1999 med följande lydelse:

”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget skall ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patienten har inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Landstinget skall ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig skada eller sjukdom möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger en entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten skall erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda.”

Enligt HSL 2 a § skall vården i möjligaste mån utformas och genomföras i samråd med patienten. I den paragraf som här behandlas, HSL 3 a §, ges landstinget en lagstadgad skyldighet att, när fler behandlingsalternativ finns tillgängliga, låta patienten själv välja vilket alternativ han/hon önskar, förutsatt att aktuella alternativ står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt med beaktande av de i 1 st, 2 meningens intagna rimlighetsaspekterna (om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat). Enligt yrkesverksamhetslagen 2 kap 2 a § är det den som närmast har ansvaret för patienten (patientansvarig) som ska se till att patienten får möjlighet att välja mellan olika alternativ. Den patientansvarige är också den som i första

---

<sup>104</sup> Proposition 1999/2000:1, volym 6, utgiftsområde 9, s. 28

hand avgör om alternativen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt om det är rimligt att använda den valda metoden med hänsyn till sjukdomens eller skadans art och till behandlingskostnaderna. Med hänvisning till regleringen i de två sistnämnda paragraferna anser jag att patienten har relativa anspråk både mot landstinget och patientansvarig (samt även chefsöverläkare i egenskap av överordnad den patientansvarige) eftersom patienten inte har någon absolut rätt att få igenom sin vilja. Om den patientansvarige läkaren rekommenderat en behandlingsmetod men patienten valt en annan, är det oklart huruvida patienten kan anses ikläda sig ett medansvar, dock begränsas kraftigt patientens möjligheter att få ersättning enligt 6 § första st 1 patientskadlagen (1996:799) i sådana fall.<sup>105</sup>

### 3.3.2.5 Patientens valmöjligheter

I förarbetena har regeringen avseende avvägningen mellan en viss behandlingsåtgärds nytta för patientens hälsa, och den kostnad för vårdgivaren som åtgärden medför, slagit fast att patienten aldrig får nekas den goda vård han eller hon behöver med hänsyn till kostnaderna. För det handlingsutrymme läkaren har när ett visst medicinskt motiverat alternativ är väsentligt dyrare än ett annat finns följande vägledning:

”Patienten måste ha rätt att välja ett visst behandlingsalternativ även om det är dyrare än de andra alternativ som kan finnas för att behandla en sjukdom eller skada. Annars skulle rätten att välja behandling i praktiken vara skenbar i många situationer. Samtidigt måste det finnas gränser för hur stora kostnadsökningar som kan accepteras med hänsyn till den förväntade nyttan för patienten. Proportionerna mellan kostnader och förväntad nytta måste vara rimliga när det finns flera alternativ. Det får anses godtagbart att den förväntade nyttan inte får vara ringa eller försumbar i förhållande till de merkostnader ett visst behandlingsalternativ kan medföra.

Det finns också anledning att se annorlunda på kostnadsökningar för ett visst behandlingsalternativ vid allvarlig sjukdom eller skada än vid mindre allvarlig sjukdom och bagatellartade åkommor. I detta sammanhang bör understrykas att det inte är givet att den medicinskt ansvarige och patienten värderar de icke-medicinska effekterna på samma sätt. Härtill kommer att de individuella variationerna är stora; patienter gör inte sällan vitt skilda bedömningar av vad som är ökad livskvalitet och värderar också risker på olika sätt. Patientens egen värdering bör i dessa hänseenden tillmätas stor betydelse om det rör sig om allvarlig sjukdom eller skada även om det medför kostnadsökningar. I dessa fall bör toleransen för kostnadsökningar vara betydligt större än om det rör sig om mindre allvarliga tillstånd. Är det fråga om bagatellartad åkomma får det å andra sidan anses godtagbart att inte acceptera några kostnadsskillnader alls.”<sup>106</sup>

Till de behandlingsalternativ som omfattas av patientens möjlighet att själv välja är enligt samma källa bland annat kirurgiska ingrepp, läkemedelsbehandling, rehabiliteringsåtgärder, sjukgymnastisk behandling och olika förlossningsmetoder. Att anmärka är att olika undersökningar inte faller under området ”behandlingsalternativ”.

---

<sup>105</sup> Sahlin. Jan, *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. 6:e uppl., Norstedts Juridik AB, 2000, s. 133.

<sup>106</sup> Proposition 1998/99:4. s. 27

Paragrafens andra stycke innehåller ytterligare begränsningar i patientens rätt att fritt välja behandling. Om det egna landstinget kan erbjuda ett behandlingsalternativ i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet är patienten hänvisad att anta detta även om patienten själv föredrar ett annat alternativ i ett annat landsting. Dock kan ett alternativ det egna landstinget erbjuder tillhandahållas i annat landsting inom ramen för bestämmelser om regionsamverkan. De flesta landsting tillämpar (som redan nämnts i kapitel 2) idag enligt rekommendationer från både socialstyrelsen och landstingsförbundet mer liberala principer som ger patienten rätt att med vissa undantag välja vårdgivare inom såväl öppen som slutna vård utanför eget landsting.<sup>107</sup>

Landstinget har genom bestämmelsen i paragrafens tredje stycke en skyldighet mot patienten att under vissa i lagtexten angivna förutsättningar erbjuda patienten möjlighet att få en så kallad "second opinion" som en komplettering till enligt HSL 2 a §, 3 st redan ställd diagnos. En "second opinion" kan avse både diagnosen och de medicinska åtgärder som kan anses vara lämpliga i den vård situation som uppkommit. Läkaren bör i samråd med patienten diskutera de möjligheter som finns och det ankommer ytterst på läkaren att fastställa om förutsättningarna för en förnyad bedömning föreligger. Yrkesverksamhetslagens 2 kap, 2 a § säger att det åligger den som svarar för vården av en patient att medverka till att en "second opinion" inhämtas. Enligt paragrafen skall fyra förutsättningar vara uppfyllda för att få en förnyad bedömning. Dessa är följande:

1. Patienten uttrycker en önskan att få en förnyad bedömning.
2. Den aktuella skadan eller sjukdomen skall vara livshotande eller av särskilt allvarlig art. Detta skall avgöras från fall till fall. Med livshotande avses situationer i ett kortare perspektiv och inte sådana sjukdomar som på sikt kan komma att medföra en risk för att livet förkortas med något enstaka år.
3. Det skall saknas en klar och entydig vägledning för det medicinska ställningstagandet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Då medicinsk bedömning och behandling entydigt kan relateras till vetenskap och beprövad erfarenhet, såsom vid cancerbehandlingar, brukar i sådana fall inte ges tillfälle till förnyad medicinsk bedömning.
4. De åtgärder som föreslås skall innebära särskilda risker för patienten eller kunna få stor betydelse för patientens framtida livskvalitet. Patientens egen syn på livskvalitet bör ha avgörande betydelse när olika behandlingsalternativ diskuteras. Då läkarna objektivt kan göra

---

<sup>107</sup> SOU 2000:114: *Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m m. Betänkande av Samverkansutredningen*, s.16

bedömningen att livskvaliteten inte påverkas nämnvärt behöver inte sjukvården medge en förnyad bedömning.

En förnyad bedömning kan ske vid samma vårdenhet som den första bedömningen, men av annan läkare. I speciella fall är det möjligt att gå utanför de behandlingsalternativ som finns inom det egna landstinget. Berörda landsting har då själva att reglera de ekonomiska mellanhavanden som uppstår. Utgångspunkten är att det egna landstinget ersätter kostnaden för den förnyade bedömningen. Om det i den andra bedömningen framkommer att annat behandlingsalternativ kommer i fråga, skall patienten erbjudas det behandlingsalternativet.<sup>108</sup>

Landstinget kan ibland medge en ”second opinion” utöver ovannämnda fyra grundläggande förutsättningar, men detta sker då avhängigt av ett frivilligt erbjudande från landstinget och inte som en reglerad skyldighet i HSL.<sup>109</sup>

Som komplement till bestämmelsen i HSL 3 § om landstingets vårdansvar tillkom 1991 ett andra stycke i lagens 4 § som säger att ett landsting kan erbjuda hälso- och sjukvård, även i icke-akuta fall, till den som är bosatt i ett annat landsting om landstingen kommer överens om detta.<sup>110</sup>

Andra stycket i 4 § HSL öppnar en *möjlighet* för landstinget att ta emot patienter från andra landsting och alltså ingen skyldighet. Mot den bakgrunden, och som ett led i en fortsatt riktning i samma färdriktning, har landstingen utökat sitt samarbete. Landstingen har förbättrat patientens möjligheter att välja vård utanför hemlandstinget genom att möjliggöra remittering till andra landsting när patienten begär det. Denna vidgade befogenhet grundar sig också på förutsättningen att lättare kunna ta tillvara sjukvårdens totala resurser. Grunderna för samverkan mellan landstingen gällande den högspecialiserade vården och riksgiltiga bestämmelser om rikstäckande utomlänssjukvård anges i ”riksavtal för utomlänssjukvård” med rekommendationer från lanstingsförbundets styrelse.<sup>111</sup>

Enligt Hohfelds elementära rättighetsschema har patienten enligt lagen inget absolut anspråk på att själv få välja i vilket landsting han eller hon skall söka vård. Landstingsförbundet har dock genom de nya valfrihetsreglerna givit patienten en möjlighet att söka vård i annat landsting än det egna, vilket innebär en relativ rättighet.

---

<sup>108</sup> Proposition 1996/97:60 s 16 f.

<sup>109</sup> Proposition 1996/97:60 s 16 f.

<sup>110</sup> Sahlin. Jan, *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. 6:e uppl., Norstedts Juridik AB, 2000, s. 147.

<sup>111</sup> Sahlin. Jan, *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. 6:e uppl., Norstedts Juridik AB, 2000, s. 172.

### **3.3.3 Patientens negativa anspråk**

En patient har negativa anspråk gentemot läkare och övrig vårdpersonal. Patienten har ett absolut negativt anspråk på att inte bli behandlad på sätt som skiljer sig från vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient har absolut negativt anspråk på att läkaren underlåter behandling (bortsett från vissa speciallagar såsom Lagen om psykiatrisk tvångsvård där handlingen baseras på myndighetsbeslut) vid exempelvis större ingrepp och vid livets slutskede. Läkarens uppgift är att i möjligaste mån bota patienten men det är främst patientens egen vilja som är det avgörande. Om en patient väljer att avstå från exempelvis blodtransfusion har vederbörande ett absolut negativt anspråk gentemot läkaren som förpliktigas att inte genomföra sådan behandling.

Patienten innehar också ett negativt anspråk att sjukvården inte bryter mot sekretesslagen och röjer sekretessbelagda uppgifter som rör patienten (Yrkesverksamhetslagen 2 kap, 8-11 §§). I vissa fall kan dock sekretessen undanröjas och vårdpersonalen är därmed inte alltid förpliktigad gentemot patienten att hålla sekretessen. Patientens negativa anspråk beträffande sekretessen är således relativt.

#### **3.3.3.1 Patientens positiva och negativa frihet**

Nästa aktuella rättighetstyp är den positiva och negativa friheten. En patient har positiv frihet att uppsöka vårdcentral och samtidigt negativ frihet att välja att avstå från besöket. Friheten förpliktar inte rättighetsbärandens motpart (i detta fall vårdpersonalen eller landstinget) då det inte är någon annan än patienten själv som kan bestämma om patienten skall söka vård eller ej. Patienten har genom sin frihet rätt till autonomi.

I fall då en patient mot läkares rekommendationer själv önskar avstå från påbörjad behandling har han/hon frihet att göra det. Läkaren får, genom patientens avstående, immuniteten att friskriva sig från ansvar. Detta sker då genom att läkaren förklarar att patienten handlar på egen risk. Detsamma gäller om en patient väljer att kliva av ambulans och därmed avstå från erbjuden vård.

#### **3.3.3.2 Kompetens och immunitet**

Av vårdpersonalens plikt att utföra vissa handlingar följer en positiv frihet för dem att utföra dessa uppgifter. Vissa läkare har också rättslig kompetens att företa rättshandlingar som förändrar patientens rättsläge, till exempel att besluta om utskrivning från sjukhuset.

I dagsläget har läkaren positiv frihet att underlåta att sätta in livsuppehållande åtgärder för en patient om det anses befogat med hänsyn till vetenskap och beprövad erfarenhet men däremot inte att utföra aktiv



dödshjälp. Den ende som har friheten att förkorta livet i en sådan situation är patienten själv. Patienten har ett krav på att personalen inte utför sådan handling och detta anspråk är oeftergivligt och därmed absolut. Patientens begäran om dödshjälp leder inte till att läkaren får frihet att ge dödshjälp. Patienten har inte kompetens att förändra rättsläget. Under den tid en patient vistas på sjukhus har hälso- och sjukvårdspersonal plikt att vårda och bota patienten och får inte tillhandahålla patienten hjälpmedel då patienten har för avsikt att skada sig själv. En patient har heller inget positivt anspråk på tillhandahållande av sådana hjälpmedel.

# 4 Prioritering vid brist på resurser

## 4.1 Allmänna prioriteringsprinciper

### 4.1.1 Prioriteringsnormer

En prioriteringsprincip är en *norm* som anger att *x skall ges företräde* framför *y* i en viss situation. Olika sådana normer kan dock komma i konflikt. De prioriteringsprinciper som förekommer i vården står inte i logisk konflikt, så att de direkt motsäger varandra. Däremot kan olika prioriteringsprinciper i enskilda fall komma i konflikt då de skall tillämpas.

Exempelvis:

Princip 1: Om omständigheten A föreligger beträffande *x* och *y*, skall *x* ges företräde framför *y*.

Princip 2: Om omständigheten B föreligger beträffande *x* och *y* skall *y* ges företräde framför *x*.

I tillämpningen uppstår konflikt om i ett visst fall både A och B föreligger beträffande *x* och *y*.

Vid konflikt kan man tänka sig två modeller. Den ena är en *strikt rangordning* av prioriteringsprinciperna: Princip 1 går alltid före princip 2 som går före princip 3 osv. Den andra modellen innebär en *avvägning* av principerna. Alla principerna kan då vara i spel samtidigt och utgör hänsyn som samtliga skall beaktas. Avvägningmetoden innebär att en princip inte får inkräkta för mycket för att tillgodose en annan princip. Man ser på hur mycket en viss åtgärd inkräktar på eller tillgodoser de olika principerna. Avvägningmetoden låg till grund för den tidigare Västtyska grundlagen.<sup>112</sup>

### 4.1.2 Utilitarismen – enskilda eller allmänna nyttan

Under 1700-talet agerade filosofen och klassiske utilitaristen Jeremy Bentham för en princip kallad nyttoprincipen. Nyttoprincipen innebär att ett handlade alltid skall åstadkomma största möjliga lycka för största antalet människor.<sup>113</sup> Detsamma gäller välfärden. Utilitarismen inriktar sig på maximering av välfärd men tar inte hänsyn till hur välfärden fördelas. Istället för att se en lika fördelning av välfärden ser utilitaristen den största

---

<sup>112</sup> MacCormick, Neil. *Legal rights and social democracy. Essays in legal and political philosophy*, Clarendon Press, 1982, s. 53

<sup>113</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 25

totala summan av välfärd.<sup>114</sup> Nedan har jag ställt upp två exempel fritt efter Simmonds<sup>115</sup>:

Exempel 1: En brödlimpa skall fördelas mellan 4 personer: A,B,C och D. Om alla får en fjärdedel var har brödet fördelats så att alla får lika stor del. Exempel 2: Om hela brödlimpan istället delas ut enbart till A, som visar sig vara överförtjust i brödet och känner en enorm lycka av att äta hela limpan medan B,C och D ser på, kan summan av den totala lyckan bli större. A känner då ensam större lycka än vad A, B, C respektive D tillsammans känner om brödet delas lika. En utilitarist föredrar det senare exemplet då det maximerar lyckan.

Om det i exempel 2 ovan skulle visa sig att A får ont i magen av att äta så mycket bröd minskar lyckan hos A. Om A inte äter hela brödlimpan utan istället ger en del till B som blir mätt är lyckan återigen maximerad. Detta kallas teorin om den avtagande gränsnyttan<sup>116</sup>.

Utilitarismen ser således inte i första hand till lika fördelning av resurser utan till resursfördelning som tillgodoser största nytta för största antalet individer. Inom sjukvården kan detta relateras till effektstyrd prioritering (se avsnitt 4.3.5 nedan).

Till skillnad från de prioriteringsmetoder som följer i avsnitt 4.3 har man enligt utilitarismen inga rättigheter. Prioriteringsmetoderna i 4.3 ger enligt lag patienten rättigheter eftersom de är baserade på plikter från hälso- och sjukvårdspersonalen sida (med undantag för reursbrist).

## 4.2 Behov av prioritering mot bakgrund av utvecklingen inom sjukvården

Under de senaste decennierna har den medicinsk-tekniska utvecklingen inom sjukvården gått mycket snabbt framåt. Idag finns möjlighet att utföra behandlingar och livräddande insatser på ett sätt som inte var möjligt för bara några år sedan. Samtidigt (och kanske till följd av detta) ökar människans livslängd och vi får allt fler gamla som lever med sjukdomar som de kanske förut skulle avlidit i långt tidigare.<sup>117</sup>

Denna utveckling är naturligtvis på ett sätt mycket positiv. Samtidigt är många av de nya behandlingsmetoderna mycket dyrbara och resurskrävande. Detta har bidragit till att kostnaderna för sjukvården snabbt

---

<sup>114</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 40 f

<sup>115</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 41

<sup>116</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 41

<sup>117</sup> 1990/91: SoU22, Socialutskottets betänkande, s. 1.

stigit i höjden. Vården tar idag en ökande andel av vår nationalbudget, något som karaktäriserar många länder med likartad samhällsstruktur.<sup>118</sup>

Fram till för några år sedan föranledde inte detta så mycket diskussion. Det ansågs självklart att hälso-och sjukvården alltid måste göra vad som kunde göras och resurser måste skapas för att bedriva en fullgod sjukvård. Politikerna tävlade med varandra med löften om fullgod vård till alla.<sup>119</sup>

De senaste årens erfarenheter talar för att samhället nått en gräns då de resurser som kan avsättas för vården inte räcker till. Det kan då bli nödvändigt att avstå från att utföra en del av de åtgärder som rent tekniskt skulle vara möjliga att utföra.<sup>120</sup>

Det stora problemet är då vad man skall avstå från. Till vilka patienter och till vilka anhöriga skall läkaren säga att den här behandlingen inte kan utföras därför att resurser måste sparas till andra?

Både politikerna och de som arbetar inom sjukvården är helt eniga om att det är nödvändigt att fatta den typen av beslut, det vill säga prioritera bort vissa åtgärder.<sup>121</sup> Problemen har belysts i ett stort antal skrifter, utredningar och debattartiklar. I olika utredningar har formulerats förslag till olika principer för prioritering som mest gått ut på att vissa sjukdomstillstånd eller vissa grupper av människor skall få lägre eller ingen prioritet (mycket gamla människor, missbrukare, sådana med sjukdomstillstånd som varit mer eller mindre självförvållande).

Trots omfattande utredningar har processen egentligen inte lett fram till något konkret. När man närmar sig ett beslut avseende någon sjukdom eller patientgrupp, möter det alltid invändningar: ”Kan vi sätta oss till doms på det sättet vad gäller just denna grupp av människor?!”<sup>122</sup>

Vem är det som skall fatta de beslut som krävs? Läkarna anser att det är politikernas sak att fastställa rättsliga normer för prioritering, politikerna anser att de av läkarna får för dåligt underlag för sådana beslut.<sup>123</sup>

Under tiden blir situationen alltmer krisartad. En risk med denna brist på beslut är krympande resurser för hela vårdsektorn. Det kan innebära att alla vårdsökande så småningom riskerar att behandlas med otillräckliga resurser. Detta kan leda till en slumpvis prioritering: Den som befinner sig där och när resurser råkar finnas får bra vård, en annan (med ett kanske ännu mer motiverat vårdbehov) får sämre eller ingen vård alls.<sup>124</sup>

---

<sup>118</sup> SOU 1995:5, s. 52 f.

<sup>119</sup> 1990/91: SoU22, Socialutskottets betänkande, s. 11 ff.

<sup>120</sup> SoS-rapport 1991:1, s.14.

<sup>121</sup> 1990/91: SoU22, Socialutskottets betänkande, s. 2 f.

<sup>122</sup> SOU 1995:5, s. 128 ff.

<sup>123</sup> SoS-rapport 1991:1 s.10.

<sup>124</sup> Ohlsson, Inger, *Se sanningen i vitögat*, Dagens Nyheter 1989-10-16.

## 4.3 Prioriteringsmetoder

I olika länder har prioriteringsmodeller utvecklats, präglade av olika sjukvårdssystem och värderingar. Under senare år har sjukvårdssystemen utmanats av det ekonomiska läget, det ökade trycket på hälso- och sjukvården samt den snabba medicinska utvecklingen. Detta har aktualiserat ett ökande behov av att ta fram underlag och regelverk för prioriteringar.

De modeller för prioritering som utarbetats i olika länder och regioner har olika syften. De modeller jag kortfattat valt att ta upp är modellerna i Norge, Nederländerna, Nya Zeeland och Oregon. Dessa modeller återfinns i de svenska utredningar gällande prioritering och de är avsedda att fungera främst på politisk nivå som styrinstrument vid fördelning av resurser. I Nederländerna, Nya Zeeland och Oregon är detta kopplat till avgränsning av den hälso- och sjukvård som skall finansieras med offentliga medel. Övriga modeller är avsedda att läggas till grund för prioriteringar att tillämpa i klinisk verksamhet.<sup>125</sup>

### 4.3.1 Norgemodellen

Under senare delen av 1980-talet utarbetades den så kallade norska modellen av en statlig utredning. Den består av fyra prioriteringsgrader. En rangordning av den offentliga hälso- och sjukvården gjordes med hänsyn till sjukdomarnas svårighetsgrad och vårdens nytta. 1996 tillsattes en ny utredning som hade som mål och syfte att vidareutveckla tidigare prioriteringssystem. I det nya systemet fanns vägledande beskrivningar och man föreslog följande indelning i prioriteringsgrupper:

1. Grundläggande hälso- och sjukvård (exempelvis behandling vid livshotande tillstånd och smärtlindring vid livets slutskede)
2. Kompletterande hälso- och sjukvård (diagnostik, utredning)
3. Lågt prioriterad hälso- och sjukvård (sådana fall där staten kan gå in och betala men där man alternativt kan erbjuda patienten vårdplats mot betalning)
4. Hälso- och sjukvård som inte bör finansieras offentligt (0-prioritet)

Modellen bygger på att det på sikt inrättas en permanent prioriteringskommitté på nationell nivå med uppgift att samordna rekommendationer från expertgrupper samt att stimulera den offentliga debatten om prioriteringar.<sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> SOU 1995:5, s. 75.

<sup>126</sup> SoS-rapport 1999:16: *Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning*, 1999, s 34.

### 4.3.2 Oregonmodellen

För att omfördela sjukvårdsresurserna i delstaten Oregon (USA) togs under slutet av 1980-talet betalningstäckningen via Medicaid bort, ett skattefinansierat system för personer med mycket låg eller ingen inkomst alls, för organtransplantationer (benmärg, hjärta, lever och bukspottkörtel). Genom den omprioriteringen beräknade delstaten att bättre kunna finansiera konventionell sjukvård och på det sättet ge en större andel av befolkningen ökad tillgång till grundläggande vård. Beslutet väckte mycket uppmärksamhet och fick kritik.<sup>127</sup> Resultatet blev att en kommission fick i uppdrag att utarbeta en lista med par av diagnoser och åtgärder, i rangordning från högsta till lägsta prioritet. Prioritetslistan begränsades till enbart primärvård och akut hälso- och sjukvård och vissa grupper i samhället, såsom handikappade och missbrukare, togs inte alls med i diskussionerna.

Oregonlistan har fått kritik för att den inte tar tillräcklig hänsyn till etiska aspekter. Exempelvis beaktar den inte den potentiella nyttan för en enskild patient utan är baserad på ett genomsnitt av patienter. En annan brist är att man inte heller beaktar värdet av att avvakta med behandling.<sup>128</sup>

### 4.3.3 Den Nederländska modellen

I Nederländerna har hälso- och sjukvårdssystemet länge baserats på en allmän obligatorisk grundförsäkring. När försäkringen på senare år varit föremål för reformförslag har förändringar i hälso- och sjukvården ställts i relation till prioriteringsfrågorna. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården har blivit alltmer oundvikliga. För att få fram en rättvis fördelning av vårdresurserna föreslog regeringen att en kärna definierades med vissa behandlingar och åtgärder inom hälso- och sjukvården som skulle betalas av en offentlig hälso- och sjukvårdsförsäkring.

Fyra följande kriterier ställdes upp:

1. Är behandlingen nödvändig?
2. Är den effektiv?
3. Är den kostnadseffektiv?
4. Kan den överlåtas till individuellt personligt ansvar?

---

<sup>127</sup> SoS-rapport 1999:16: *Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning*, 1999, s 25.

<sup>128</sup> SOU 1995:5, s. 77.

Under det offentligas ansvar skulle ställas de nödvändiga och dokumenterat effektiva åtgärder som den enskilde patienten själv inte kunde ta ansvar för. En förutsättning för offentligt stöd skulle dessutom vara att kostnaden stod i rimlig proportion till den förväntade nyttan.

En svaghet i den Nederländska modellen är avsaknad av diskussion gällande metodproblem avseende mätning av effektivitet samt otillräckligt beaktande av individuella skillnader i patienters vårdbehov.<sup>129</sup>

#### 4.3.4 Nya Zeelandsmodellen

Även på Nya Zeeland har man ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem. 1993 genomfördes en reform som innebär att högre prioritet skulle ges till sjukvård som riktades till prevention samt till barn och föräldrar.<sup>130</sup> Lägre prioritet ansågs bland annat följande ha:

Meningslös förlängning av liv (oberoende av storleken av resursåtgång)

Onödigt användning av medicinsk högteknologi

Kirurgiska åtgärder som endast ett fåtal patienter har nytta av

Åtgärder med låg kostnadseffektivitet

I det Nya Zeeländska förslaget till prioriteringar finns ingen diskussion av metodproblem vad gäller mätning av nytta, kvalitet och kostnadseffektivitet och inte heller för beaktande av den enskilde patientens medicinska behov.<sup>131</sup>

#### 4.3.5 Effektstyrd prioritering

Inom sjukvården har det alltid funnits situationer med mycket hög belastning (exempelvis vid större olyckor). Där är det helt nödvändigt att prioritera på ett effektivt sätt mellan åtgärder, annars skulle många människor förloras. Det finns en särskild vetenskap inom sjukvården, katastrofmedicin, som bland annat går ut på att utveckla metoder för att få ut största möjliga effekt när resurserna tryter.

Inom katastrofmedicinen används så kallad ”effektstyrd prioritering”. Man analyserar vilka effekter alla olika åtgärder egentligen har för patientens möjligheter att överleva med bibehållen funktion. I en situation med hög belastning utförs bara de åtgärder som har en alldeles klar effekt på

---

<sup>129</sup> SoS-rapport 1999:16: *Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning*, 1999 s. 27.

<sup>130</sup> SoS-rapport 1999:16: *Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning*, 1999 s. 27.

<sup>131</sup> SOU 1995:5, s. 79.

patientens chans att överleva. På detta sätt utnyttjas resurserna på bästa möjliga sätt.<sup>132</sup>

Som exempel kan användas effekten av tidig chockbehandling (intravenös vätskebehandling) vid svåra brännskador, skador som kan förekomma i stort antal till exempel efter en större brand och där behandling av varje skada kan vara mycket resurskrävande. Vid en fyrtioprocentig brännskada är dödligheten vid omedelbart insättande av dropp statistiskt mellan 5 och 10 procent. Vid 24 timmars fördröjning ligger däremot dödligheten på nära 90 procent. Att ge tidig chockbehandling (omedelbart efter skadan) till en sådan patient har således en mycket stor effekt. Vid lindrigare skador är effekten liten, helt enkelt eftersom dessa patienter under de första timmarna klarar sig bra bara genom att dricka.

Hos de mycket svåra skadorna är dödligheten ändå så hög att insättande av tidigt dropp har marginell effekt. På detta sätt kan läkare identifiera de skador där man skall sätta in sin tidiga chockbehandling om resurserna tryter, det vill säga inte ge det till de lindrigt skadade och heller inte till de mycket svårt skadade.

I en situation med ännu mindre resurser, blir behandlingsspektrumet smalare. Har vårdpersonal inte möjlighet att överhuvudtaget ge någon chockbehandling (till exempel i ett u-land) lönar det sig tyvärr inte att behandla svårare skador annat än med smärtlindring utan man får nöja sig med att behandla bara de lindrigaste.<sup>133</sup>

Samma angreppssätt kan tillämpas i vår normala sjukvård. En analys sker då av skillnaden i effekt med respektive utan åtgärder. Detta gäller både undersökande och behandlande åtgärder och effekterna gäller inte bara liv utan också livskvalitet, lidandefrihet och förebyggande av komplikationer.<sup>134</sup>

Här är dock förutsättningarna annorlunda. I den akuta situationen som beskrivits ovan finns inget alternativ till metodik om så många människor som möjligt att överleva med bevarad hälsa. I den icke akuta situationen finns teoretiskt möjlighet att omfördela resurser från andra områden eller andra sektorer inom samhället och prioriteringar utföres då mer för att spara resurser/kostnader än för att spara liv och hälsa.

Tankesättet vid effektstyrd prioritering kan jämföras med utilitarismen. Istället för att dela de resurser som finns tillgängliga lika till alla patienter satsas resurserna på de patienter där insatserna har en alldeles klar effekt. Exempel på detta är tidig chockbehandling till en patient som trots allvarlig skada kan antas återfå ett liv med god hälsa. Genom att utnyttja resurserna på bästa möjliga sätt uppbär man största möjliga lycka. Vid lindrigare

---

<sup>132</sup> Björck, Inger, *Effekten av varje åtgärd måste styra prioriteringen*, Läkartidningen nr 36, 1999.

<sup>133</sup> Arturson, Gösta et al, *Katastrofmedicinska studier. Brännskadebehandling*, 1982, s.47.

<sup>134</sup> Björck, Inger, *Effekten av varje åtgärd måste styra prioriteringen*, Läkartidningen nr 36, 1999.



skador har behandling så pass liten effekt att det inte behövs någon behandling och vid livshotande skador med hög dödlighet är effekten av behandlingen relativt liten. Här återfinner vi den avtagande gränsnyttan i utilitarismens resonemang.

## 4.4 Tillämpning av prioritering i dagens sjukvård

### 4.4.1 Akut situation

#### 4.4.1.1 Stor olycka/katastrof

Med ”*stor olycka*” menas en situation då tillgängliga resurser är otillräckliga i relation till det akuta vårdbehovet, men där vårdpersonalen med erforderliga åtgärder (organisation, metodik) kan bibehålla nivån på det medicinska omhändertagandet.

Med ”*katastrof*” menas en situation då vårdbehovet är så stort att nivån på det medicinska omhändertagandet trots sådana åtgärder ej längre kan bibehållas.

Målet för hälso- och sjukvården vid stor olycka och katastrof är att i största möjliga utsträckning, det vill säga för så många människor som möjligt, reducera eller eliminera förlust av liv och hälsa samt fysiskt och psykiskt lidande som följd av större olyckor.<sup>135</sup>

Om målsättningen ovan skall uppnås, är prioritering mellan patienter och mellan vårdinsatser helt nödvändig i en situation med bristande resurser. Den metod som förordas inom hälso- och sjukvården, så kallad effektstyrd prioritering, har redan beskrivits ovan.

Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar enligt dessa riktlinjer har alltså stöd i tillsynsmyndighetens (Socialstyrelsens) rekommendationer. På samma sätt kan felaktigt agerande i form av avsättande av så mycket resurser till en patient som praktiskt taget är omöjlig att rädda och som följd av de räddningsbara patienter förloras bli föremål för granskning och eventuellt disciplinansvar.<sup>136</sup>

#### 4.4.1.2 Övrig akut situation

---

<sup>135</sup> Björck, Inger, *Effekten av varje åtgärd måste styra prioriteringen*, Läkartidningen nr 36, 1999.

<sup>136</sup> Norberg, Karl Axel et al, *Klarar sjukvården en stor katastrof?*, Läkartidningen nr 43, 1998.

Samma förhållande som i 4.4.1.1 gäller för övriga akuta situationer när resurser inte räcker eller finns tillgängliga, exempelvis operation eller intensivvård av livshotande tillstånd där tillgängliga operationslag eller respiratorer inte räcker för det akuta behovet. Innan patienter nedprioriteras i en sådan situation måste alla genomförbara åtgärder vidtagas för att få fram eller omfördela resurser. Om det inte är möjligt (tiden medger det inte, patienten kan inte flyttas) måste prioritering ske på samma grund som vid 4.4.1.1<sup>137</sup>

## 4.4.2 Icke akut situation

### 4.4.2.1 Prioritering på grund av resursbrist

Möjligheterna till mer avancerad behandling ledande till bättre resultat, högre kvalitet och ökad säkerhet har ökat. Om alla dessa möjligheter alltid skulle utnyttjas skulle det redan idag innebära kostnadsramar som överskrider tilldelade budgetramar för vården. Eftersom möjligheten att med framgång använda avancerade metoder hela tiden ökar kommer detta problem att successivt förvärras. Denna utveckling har medfört press på landstingen att bromsa kostnadsökningarna vilket medfört besparingar och/eller avslagna äskanden om ökad budget från sjukvårdens företrädare. Resultatet är den så kallade vårdkrisen, det vill säga resurserna räcker inte till för att sjukvården skall kunna uppfylla angivna målsättningar.

Verksamhetsansvariga inom sjukvården har i en sådan situation i princip rätt att besluta om att vissa behandlingar inte kan eller skall utföras inom klinik/vårdenhet. Villkor för detta är dock att den vårdsökande informeras om att:

aktuell undersökning/behandling inte kan utföras, eller utföras inom rimlig tid, vid vårdenheten

full rätt föreligger att söka annan vårdenhet inom visst område (vanligen i egna länet eller regionen) utan remiss, inom andra områden med så kallad valfrihetsremiss som i så fall föreligger skyldighet att utfärda.

Dessutom måste beslut av detta slag ske i samråd med vårdenhetens ägare (vanligen landstinget) som kommer att få bära kostnaden för remitteringen, varför en naturlig åtgärd är granskning av vårdenhetens kostnadseffektivitet och, om den bedöms fullgod, tillskjutande av de resurser som behövs för att kunna utföra åtagandet.<sup>138</sup>

Förutom olägenheten att (med täckande av egna resekostnader) bege sig till annan ort, behöver alltså den vårdsökande (med rätt information) inte

---

<sup>137</sup> *Sjukvård i kris och krig. Omställning och prioriteringar*, 1995.

<sup>138</sup> *Valfrihet i vården*, 2000, s.11.

drabbas av denna typ av prioriteringsbeslut förrän hela vårdsektorn fått samma grad av resursbrist inom det aktuella området.

#### 4.4.2.2 Prioritering för att spara kostnader

Detta verkar vara den mest känsliga grunden för prioritering. Det är ett område som inom den närmaste framtiden kommer att kräva beslut och övergripande direktiv på politisk nivå och därför ett område som borde kräva mer upplysning och engagemang av alla människor. Det är också ett område där ökad medverkan sannolikt kommer att krävas av juridisk expertis.

Bakgrunden till behovet att prioritera för att spara kostnader har redan berörts ovan. Om alla de möjligheter som den tekniska utvecklingen inom sjukvården erbjuder utnyttjas, kan kostnaderna inom en ganska snar framtid komma att utgöra en orimligt stor del av bruttonationalprodukten. Om kostnadsutvecklingen bromsas från politiskt håll utan samtidigt utfärdande av klara direktiv och praktiskt användbara riktlinjer för prioritering, finns risk att hela vårdsektorn drabbas av brist på resurser ledande till att olika människor drabbas olika beroende på bostadsort, möjligheter att hävda egna intressen, ekonomiska möjligheter att välja privata vårdalternativ etc.<sup>139</sup>

Analys av de olika prioriteringsmodellerna visar att de ger ganska begränsat stöd för det enskilda prioriteringsbeslutet. ”Akuta, livshotande tillstånd” anges ha hög prioritet i alla dessa modeller. Att alltid när så är möjligt högprioritera sådana tillstånd kan innebära att även människor med mycket små utsikter till fortsatt meningsfullt liv alltid skall försöka räddas, vilket kan medföra mycket stora sjukvårdsinsatser och även lidande för patient och anhöriga.

Behandlingsbara tumörer skall också enligt en del av dessa modeller högprioriteras, men många tumörer som är praktiskt möjliga att behandla är inte möjliga att bota och ibland leder inte ens behandlingen till en (med säkerhet påvisad) förlängning av livet. Det finns till och med situationer där det kan ifrågasättas om inte livet skulle bli lite längre och av bättre kvalitet utan en behandling som dessutom är mycket resurskrävande.<sup>140</sup>

Den typ av effektstyrd prioritering som tillämpas i situationer med akut resursbrist skulle kunna tillämpas även i kostnadsbesparande syfte, det vill säga avstå från åtgärder som har mycket liten (eller ingen säker) effekt.<sup>141</sup>

Är det då verkligen så att sjukvården idag gör saker som har liten effekt, och varför görs i så fall det?

---

<sup>139</sup> Lennquist, Sten, *Det är du som väljer vilken vård vi vill ha!*, Svenska Dagbladet 1999-03-02.

<sup>140</sup> Lennquist, Sten, *Det är du som väljer vilken vård vi vill ha!*, Svenska Dagbladet 1999-03-02.

<sup>141</sup> Björck, Inger, *Effekten av varje åtgärd måste styra prioriteringen*, Läkartidningen nr 36, 1999.

Målet med sjukvården i ett välutvecklat samhälle är hög säkerhet och hög kvalitet. När det gäller att komma fram till en diagnos baseras det på ett antal undersökningar. I väldigt många fall räcker det med mycket få undersökningar eller prover för att komma fram till rätt diagnos, i vissa fall kanske till och med en enskild undersökning. Den tekniska utvecklingen har dock givit tillgång till ett helt batteri av undersökningar och prover. Om vårdpersonal utför en hel serie undersökningar innebär det störst chans att inte missa något och med de krav på maximal säkerhet sjukvården har på sig utförs gärna så många undersökningar som finns tillgängliga. Man kanske till och med upprepar en del undersökningar för att vara alldeles säker. Vid analys av detta finner man att många av de undersökningar vården gör tillför mycket lite. Därför behövs i större utsträckning en bearbetning av de så kallade vårdkedjorna, det vill säga processen från det att patienten insjuknar till dess behandlingen är färdig. Om detta görs kritiskt har det visat sig att väldigt mycket undersökningar kan rensas bort och därmed bidra till att spara stora kostnader.<sup>142</sup>

Att prioritera bort avancerad tumörbehandling med små utsikter till framgång är naturligtvis svårt eftersom vårdpersonal har patientens krav på sig att alltid göra allt vad som är möjligt och patienten (eller anhöriga) inte vill släppa hoppet. Här borde man arbeta med ökad information och man måste lära sig sätta gränser för vad vården bör göra. Att vården inte utför avancerad tumörbehandling innebär självfallet inte att patienten lämnas utan behandling, men kanske får en enbart symptomlindrande behandling som i själva verket innebär bättre kvalitet under återstående delen av livet.<sup>143</sup>

Det har också varit så att vården gärna använder sig av behandlingsformer som synbarligen har effekt, till exempel vissa operationer, men på lång sikt och vid en kritisk utvärdering kanske inte ger så stor effekt. För ett par decennier sedan opererades rutinmässigt alla åderbräck som patienter sökte för eftersom det kunde te sig fullt kosmetiskt och många trodde att detta skulle leda till besvär om det blev obehandlat. Uppföljning har visat att effekten av många av dessa operationer varit mycket liten eller obefintlig. Vården har också slutat med detta annat än på mycket bestämda indikationer. På samma sätt måste en uppföljning ske av alla de behandlande åtgärder som görs. Man kan tycka att detta skulle vara en självklarhet för de som arbetar inom sjukvården men det är först på senare år som kravet på uppföljning inte bara av komplikationer och resultat utan även reella effekter av behandlingen börjat uppmärksammas.<sup>144</sup>

Genom att göra upp vårdprogram baserade på kritisk effektanalys och verkligen följa dem har det visat sig möjligt att spara mycket stora belopp inom vården och detta utan att försämra kvaliteten för patienterna. Detta är

---

<sup>142</sup> Björck, Inger, *Effekten av varje åtgärd måste styra prioriteringen*, Läkartidningen nr 36, 1999.

<sup>143</sup> Lennquist, Sten, *Det är du som väljer vilken vård vi vill ha!*, Svenska Dagbladet 1999-03-02.

<sup>144</sup> Lennquist, Sten, *Det är du som väljer vilken vård vi vill ha!*, Svenska Dagbladet 1999-03-02.

ett mycket bättre sätt att spara än att prioritera bort stora patientgrupper, till exempel mycket gamla patienter eller patienter som man av andra skäl inte bör behandla. Det kanske är så att det inte är de mest avancerade behandlingarna som skall högprioriteras utan tvärtom de enkla åtgärderna som med ganska begränsande insatser kan ge mycket stora effekter.<sup>145</sup>

Varför har då inte kraven att analysera effekter kommit ännu tidigare inom sjukvården? Det kanske är så att utvecklingen gått mycket snabbt och det är först på senare tid som det ansetts nödvändigt att börja prioritera på allvar. Men den situation som vi har idag med krympande ekonomi och krav på neddragningar kanske detta är det sätt man skall arbeta efter.

Vad sker då om en beslutsansvarig inom sjukvården beslutat avstå från viss åtgärd som ger dokumenterat mycket liten effekt och patient eller anhörig anmäler att åtgärden (som varit möjlig att utföra och kanske utförs rutinmässigt på annat håll) ej utförts?

Så länge inte klara och mot sjukvårdshuvudmän och politiker förankrade direktiv finns<sup>146</sup>, föreligger risk att bedömningen av ett sådant ärende kan bli beroende av den/de värderande experternas eller nämndernas subjektiva uppfattning.

Om krav skall ställas på sjukvårdens företrädare att fatta denna typ av beslut, borde ledande experter inom den medicinska professionen föreslå och enas om riktlinjer (vårdprogram) för undersökning/behandling där man anger vilka vårdinsatser som bör och inte bör göras. Dessutom bör dessa riktlinjer efter fullgod information ha officiellt stöd hos ansvariga politiker vilket är speciellt viktigt om vården beslutar avstå från att (med samhällets finansiering) utföra vissa åtgärder.

Inom rättsfilosofin kan situationen jämföras med *rule of law* versus *rule of men*. De konkreta direktiven som skall ligga till grund för prioritering är de rättsregler som samhället skall följa (*rule of law*). För efterlevnad av dessa rättsregler krävs att de är möjliga och inte strider mot människans möjlighet att driva en vårdande verksamhet framåt. De beslut sjukvårdens professionella huvudmän tar för att driva den vårdande verksamheten måste vara förankrade i klara och tillkännagivna direktiv. Utan klara direktiv kan inte sjukvårdens professionella huvudmän utläsa vilka rättigheter patienterna egentligen har, vilket ger en stor diskretionär makt till vårdepersonalen. I ett sådant läge föreligger risk för godtycke (*rule of men*).<sup>147</sup>

---

<sup>145</sup> Lennquist, Sten, *Det är du som väljer vilken vård vi vill ha!*, Svenska Dagbladet 1999-03-02.

<sup>146</sup> SoS-rapport 1999:16: *Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning*, 1999, s 34.

<sup>147</sup> Simmonds, Nigel. Översättning Lars Lindahl. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter*, Norstedts, 1988, s. 127

Redan idag finns enstaka allmängiltiga vårdprogram, men inom mycket få områden och till synes med mycket små begränsningar av möjliga hälso- och sjukvårdsinsatser.

Vid detta arbete har jag inte kunnat finna uppgifter om legal grund eller lagligt stöd för beslut om att av kostnadsskäl avstå från en viss typ av sjukvårdsinsats. Det är då lätt att förstå om sjukvårdens företrädare tvekar inför (om väl så motiverade) beslut av det slaget om inte klara allmängiltigt och officiellt förankrade riktlinjer finns.

## 5 Analys

Hälso- och sjukvårdslagen är utformad för att inom ramen för offentliga medel garantera varje vårdbehövande medborgare en vård av god kvalitet och med god tillgänglighet samt med rätt till information och medinflytande. Det legala ansvaret för detta ligger på hälso- och sjukvårdspersonalen, medan stat, landsting eller kommuner inte har något legalt ansvar och inte juridiskt kan ställas till svars för utebliven eller felaktig vård.

Om den vårdsökande eller dennes anhöriga anser sig ha skäl att anse att vården inte bedrivits på korrekt sätt eller att inte berättigade krav på tillgänglighet, information, medinflytande eller diskretion tillgodosetts, kan anmälan göras till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Sådan anmälan kan och skall också göras av vårdgivaren själv om skäl för sådan misstanke föreligger.

Förutsättningen för bedömning av HSAN (och därav följande disciplinär åtgärd) är att händelsen verkligen anmälts till nämnden. Patienter eller anhörigas beroendeställning gentemot vårdgivaren har anförts som ett skäl att tveka att anmäla. Tydlig information till de vårdbehövande om denna möjlighet (där bland annat landstingets förtroendenämnder har en viktig roll) är en viktig åtgärd för att motverka detta. Andra åtgärder är även information till läkarkåren att det i tveksamma fall alltid är bättre att få ärendet prövat av extern granskare, att information om möjligheten att anmäla alltid skall ges till patienten och att man aldrig får avråda från eller hindra en anmälan. Sådana åtgärder i kombination med den enskildes ökande medvetenhet om rättigheter i samhället har sannolikt varit en bidragande orsak till att antalet anmälningar ökat under de senaste åren. Och i vilken omfattning ökningen även beror på en sämre vård bedöms mot denna bakgrund oklart.<sup>148</sup>

En annan förutsättning för att HSAN och dess verksamhet verkligen blir ett fungerande legalt skydd för patienten, är att bedömningen är objektiv och inte färgas av experternas interkollegiala hänsyn eftersom de som svarar för den sakliga bedömningen är kolleger inom samma profession. Det har hävdats att bara en liten del av inkomna anmälningar leder till disciplinär åtgärd. Samtidigt anges från sakkunnigt håll att det ökande antal anmälningar uppenbart baserar sig på en förtroendeklyfta mellan vårdgivare och vårdtagare och att anmälningarna därför inte har den sakliga grund som krävs för fällande i form av disciplinär åtgärd. Arbete i en miljö med tilltagande relativ brist på resurser (se nedan) kan befrämja sådana förtroendeklyftor.

---

<sup>148</sup> Intervju med vetenskapligt råd Sten Lennquist

Om rutiner finns och tillämpas men i ett enskilt fall inte följs, har *den enskilde befattningshavaren* hela ansvaret. Detsamma gäller om undersökning/behandling inte skett i enlighet med de riktlinjer som finns i befintliga vård- och klinikprogram. Den enskilde befattningshavaren har skyldighet att följa med i utvecklingen inom sitt verksamhetsområde vari även inbegrips kunskap om nya rutiner och medicinsk-teknisk utrustning, och har rätt att kräva sådan möjlighet av ansvarig chef. Detta har med dagens snabba utveckling inom sjukvården stor aktualitet.

Om HSAN finner att undersökning/behandling inte utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidtages disciplinär bestraffning i form av erinran, varning eller indragen legitimation. Indragen legitimation är extremt sällsynt som följd av enskild händelse, men om befattningshavare erhållit upprepade erinringar/varningar kan följden till slut bli förlust av legitimation.

*Landstingen* kan inte ställas till svars för avsteg från vetenskap och beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsen kan i yttrande påpeka att otillräckliga resurser (utrustning, bemanning) varit en huvudorsak eller bidragande orsak till begånget avsteg från vetenskap och beprövad erfarenhet. Eftersom dessa ärenden är offentliga och ofta refereras i media, kan detta vara till skada för landstingsledningen och föranleda mediakritik. Mycket sällan (undantag finns) erkänner man dålig resurstilldelning utan kritiken går tillbaka till klinikchef (motsvarande) för ”dålig prioritering av resurser”. Upprepade sådana händelser, eller klinikchef som avsäger sig uppdrag, sätter indirekt en press på landstingen.

I och med patientförsäkringen tar dock landstingen sitt ekonomiska ansvar för täckande av kostnader för skada/lidande uppkommet som följd av behandling eller utebliven behandling och för detta behövs, som ovan nämnts, ingen fällande dom i form av disciplinär åtgärd, vilket medfört förhållandevis liberala indikationer för sådan ersättning.

Sammanfattningsvis kan HSL genom HSAN endast till del anses fylla funktionen att ge patienten rätt till vård av god kvalitet och tillgänglighet eftersom den enbart inbegriper hälso- och sjukvårdspersonalen och inte ställer något juridiskt ansvar på stat eller landsting. Det legala skydd den vårdsökande har i denna lagtext kan förbättras med bättre information till både patienter och vårdgivare samt, inte minst, genom utvecklingen inom vården med ökande krav på gemensamma, skriftliga vård och handlägningsprogram för alla sjukdomstillstånd, där avsteg från gällande praxis går lättare att identifiera.

En indikation på en allvarlig brist i systemet är dock den ovan refererade undersökning som under år 2000 gjorts i socialstyrelsens regi som tyder på att många av de incidenter/händelser som borde ha anmälts av vårdgivaren enligt lex Maria, inte anmälts.



Ingen lag fungerar naturligtvis om den inte följs. Möjliga åtgärder för att komma till rätta med detta är dels information/påminnelser till verksamhetschefer, kanske med skärpt formulering i chefsåtagandet, dels (vilket är en tråkigare väg) disciplinär åtgärd för verksamhetschef som inte följer reglerna i detta avseende.

En tredje väg föreslogs i samband med den ovan refererade utredningen, att ändra inriktningen från disciplinär bestraffning för redan inträffad händelse till förebyggande åtgärder mot upprepade händelser av samma slag. Detta är naturligtvis ett positivt synsätt, men det får ju inte samtidigt ta udden av det skydd mot felbehandling eller utebliven behandling som systemet trots allt innebär i dag.

I detta arbete har jag också försökt belysa patientens rättigheter i vården utifrån *Hohfeldts lära om elementära rättighetsrelationer*.

Patienten har enligt lagen ett så kallat positivt anspråk på att få en medicinsk undersökning men läkaren är inte skyldig att utföra undersökning om det anses vara ”uppenbart obehövt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet”. Vid för lång väntetid eller utebliven undersökning kan anmälan göras till HSN, som kan ställa hälso- och sjukvårdspersonal till ansvar resulterande i disciplinär åtgärd. Patientens anspråk är därför att betrakta som absolut.

Rätten till behandling är absolut gentemot vårdpersonalen som, bortsett från akuta bortprioriteringssituationer som är de enda undantagen, är förpliktad att i alla situationer tillgodose patientens behov. Landstingen är gentemot patienten skyldiga att tillhandahålla ”god” vård för patienter under behandling men inte att tillhandahålla alla behandlingsalternativ som finns. Patienten kan vid en eventuell felbedömning av vårdbehov inte skicka in besvär till landstinget utan endast göra en anmälan till HSN. Vårdpersonalen riskerar då disciplinära åtgärder.

Under senare år har patientens medbestämmanderätt och inom vården ökat och förankrats i HSL, men även här är patientens anspråk relativa. Valmöjligheten för patienten att välja annat vårdlandsting har ökat väsentligt genom landstingens samverkan (valfriheten baserar sig endast på frivillig överenskommelse mellan landstingen). För patienten kan dock systemet te sig ganska komplext, i synnerhet som lagtexten (HSL 3 a § 2 st) säger att patienten *inte* har rätt till vård i annat landsting om det egna landstinget kan erbjuda aktuell behandling (förutsatt att den erbjuda behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet).

Sammanfattningsvis anser jag utifrån Hohfeldts lära om rättighetsrelationer inte att patienten enligt HSL inte har några absoluta positiva anspråk mot landstingen. Mot vårdpersonal förekommer dock absoluta anspråk, i synnerhet i fall då man enligt HSL och yrkesverksamhetslagen kan göra

anmälan till HSAN som kan ställa hälso- och sjukvårdspersonal till ansvar. I analysen nedan belyses detta faktum med olika för- och nackdelar.

Hur är det då i praktiken – garanterar hälso- och sjukvårdslagen att varje svensk medborgare får en fullgod sjukvård?

Låt oss ta ett exempel ur verkligheten, även detta hämtat från intervjun med Socialstyrelsens vetenskapliga råd. Sommaren 1999 kallades en ambulanshelikopter med narkosläkare ombord till en trafikolycka i Kalix. En ung man var mycket svårt skadad och behövde uppenbarligen för att överleva omedelbar vård i respirator. Helikopterläkaren kontaktade de sjukhus i omgivningen där sådan möjlighet fanns, men fick nej: ingen respirator fanns tillgänglig. Samma svar fick han i Uppsala, hela Stockholmsområdet, Göteborg och Linköping. Det slutade med att patienten flögs till Lund där närmaste respiratorplats fanns tillgänglig. Den långa transporten innebar stor risk för komplikationer och dödlig utgång. Efter stor insats överlevde patienten till ett normalt liv.

Denna fullt räddningsbara unga patient fick inte den tillgång till högkvalitativ vård som lagtexten föreskriver och det kunde ha kostat hans liv.

Händelsen föranledde en förfrågan från Socialstyrelsen till samtliga tillfrågade sjukhus om det verkligen inte varit möjligt att skapa en respiratorplats på närmare håll. Med omdispositioner och extrainkallande av personal hade detta sannolikt varit möjligt, även om just denna typ av resurs kan vara svår att få fram i ett krisläge eftersom särskild utrustning och kompetens behövs. Berättigad kritik framfördes också till berörda klinikchefer.<sup>149</sup>

Även om händelsen var ett extremfall och kritiken berättigad, belyser den ändå på ett skrämmande sätt utvecklingen inom sjukvården de senaste åren. En allt längre driven effektivisering gör att framförallt kostnadskrävande resurser utnyttjas så till bristningsgränsningen att det inte finns några marginaler. Därtill kommer snabbt ökande möjligheter att bedriva allt mer avancerad behandling och att göra det åtminstone temporärt framgångsrikt på ett sätt som tidigare inte var möjligt.

I Sverige talas det inom vården om en sjukvårdskris, en ökande brist på resurser som innebär att rimliga krav på tillgänglighet och kvalitet inte alltid kan upprätthållas. Som skäl anges ofta nedskärningar och rationaliseringar. Visserligen medförde strävandena att begränsa och reducera den offentliga sektorn under 80- och 90-talen viss reduktion av personella och materiella resurser, ofta genom sammanslagning och omstrukturering av olika enheter. De reella neddragningar som gjorts är dock ganska marginella och inom flera områden har vårdens resurser i själva verket fortsatt att expandera både avseende personal, material och driftkostnader.

---

<sup>149</sup> Intervju med vetenskapligt råd Sten Lennquist 2001-06-15

Huvudorsaken till vårdkrisen, som ändå är en realitet, är paradoxalt nog utvecklingen av teknik och kunnande, som innebär att det idag är möjligt att framgångsrikt genomföra vårdinsatser som tidigare inte var möjliga. Dessa vårdinsatser är ofta mycket resurs- och kostnadskrävande. Om allt som är möjligt att utföra i varje situation skulle utföras, skulle inte ens kraftigt ökade vårdresurser räcka till. En resurstilldelning som är reducerad eller oförändrad innebär då en snabbt accelererande bristsituation. Även en ökad resurstilldelning medför en bristsituation om ökningen inte motsvarar de konstant utvidgade möjligheterna. Samtidigt finns en risk för att en resurstilldelning som motsvarar möjligheterna, på sikt leder till att en orimligt stor del av bruttonationalprodukten konsumeras av vård.

Första åtgärden för att förhindra att en sådan situation är maximal effektivisering av vården, det vill säga varje resurs måste utnyttjas optimalt. Vårdbehovet är inte konstant utan fluktuerar (exempelvis olyckor och andra resurskrävande akuta situationer) och marginalen för belastningstoppar blir då liten eller obefintlig, vilket kan leda till situationer som den ovan beskrivna. En effektiviseringsåtgärd är begränsandet av antalet vårdplatser, innebärande mycket kort tid på sjukhus. Till en viss gräns kan detta innebära fördelar (snabbare återgång till normal miljö) men om processen drivs för långt sker den till priset av risktagande och försämrad kvalitet.

En vanlig metod att effektivisera är att tilldela sjukhusledning, klinik- och verksamhetschefer en medvetet låg budget och ställa som krav för fortsatt mandat/förordnande att tilldelad budget hålls.

Effektiviseringar med bibehållande av rimlig säkerhet och kvalitet är möjliga, i vissa fall till och med klart motiverade. De kan dock bara drivas till en viss gräns. Den gränsen är enligt de flesta bedömare inom vården idag uppnådd och trots detta ökar diskrepansen mellan behov och resurser.

I ett läge där den offentliga finansieringen trots effektiviseringar inte längre räcker till för att göra allt som är tekniskt möjligt att göra, måste någon bestämma sig för vad som skall göras och inte göras inom denna ram. Här finns två vägar att gå:

1. På politiskt ansvarig nivå kan diskuteras och fastställas vad vården måste avstå ifrån och utnyttja detta både i direktiv till landstingen och i lagtexten.
2. Överlämna till verksamhetsansvariga inom vården att prioritera bort de åtgärder som inte ryms inom tilldelad budget.

Vid val av det första alternativet, måste så klara definitioner och formuleringar i direktiv och lagtext användas att de ger konkreta riktlinjer för det praktiska handlandet. De offentliga utredningar som gjorts med efterföljande rekommendationer har endast resulterat i framtagandet av allmänna principer och ger inget eller mycket litet stöd för enskilda beslut

om prioritering. I princip har man således valt alternativ två, vilket naturligtvis är det enklaste för den eller de politiskt ansvariga på olika nivåer.

Detta innebär en mycket svår situation för beslutsansvariga inom sjukvården. Exempel:

Skall vården avstå från eller utföra en behandling för obotlig tumör som kostar en miljon och statistiskt ger en överlevnad på tre månader? sex månader? ett år? tre år?

Skall vården avstå från eller utföra en behandling för samma kostnad av en svår skada hos en 85-årig patient med statistisk möjlighet att överleva på fem procent? tio procent? och med stor risk för funktionsnedsättning och begränsad överlevnadstid.

Ganska säker statistik finns på överlevnad i olika situationer och de angivna kostnaderna är idag fullt realistiska. Intensivvård av en enda patient kan kosta upp till tre miljoner kronor, vilket kan vara halva den intensivvårdsbudget en klinik har på ett år.

I den akuta situationen (=omedelbart vårdbehov), när resurser helt enkelt inte finns att ge full behandling till alla och patienten inte är transportabel, är beslutet lättare och verksamhetsansvarig har där både formell och praktisk rätt att göra prioritering. Här används de principer som kommer från katastrofmedicinen, så kallad effektstyrd prioritering: De åtgärder som statistiskt sett förväntas ge den största effekten på överlevnad och funktion prioriteras före åtgärder med förväntad mindre effekt.

I den icke akuta situationen, eller i situationer där patienten är transportabel till annat landsting, finns det ingenting i vare sig HSL eller i Socialstyrelsens och Landstingsförbundets rekommendationer som ger ansvarig beslutsfattare rätt att avstå från att driva behandling fullt ut. I praktiken kan vid diskussion med patient eller anhöriga åberopas det lidande behandlingen skulle medföra ställt i relation till resultat, men det ger inget skydd för beslutsfattaren om beslutet senare skulle ifrågasättas.

I praktiken kan detta leda till att vården ”hellre behandlar än avstår”. Konsekvensen blir fulla intensivvårdsavdelningar och – eftersom påbörjad behandling i princip inte kan avbrytas – avsaknad av plats för den patient för vilken behandlingen skulle kunna innebära skillnaden mellan död och ytterligare femtio år av full hälsa (enligt exemplet ovan).

Avsaknad av legal grund och klara direktiv för prioritering innebär därför inte bara svårigheter för beslutsfattare inom vården utan kan drabba de vård sökande genom att de relativt sett begränsade resurserna inte används så att de ger bästa möjliga effekter.

Paradoxalt nog kan Socialstyrelsens och Landstingsförbundets nya rekommendationer om ökad valfrihet mellan landstingen (utformad i all välmening för patienternas bästa) ytterligare försvåra prioriteringen. Om läkare fattar beslut att avstå från exempelvis en omfattande behandling av obotlig tumör i ett landsting, kan patient eller anhöriga i desperation vända sig till vårdgivare inom annat landsting där läkare kan ha annan uppfattning eller (i värsta fall) frestas att se remittering som intäkt utöver befintlig budgetram (eftersom annat landsting betalar). Det senare resonemanget skulle naturligtvis vara etiskt förkastligt och tillåts förhoppningsvis inte förekomma, men möjligheten kan ändå innebära att vårdgivare känner tvekan inför en nationell valfrihet med tvång att remittera patienter till ett annat landsting där man på annan bevekelsegrund fattar helt annat beslut. Om valfriheten utvidgas till att bli internationell (exempelvis inom EU, vilket diskuterats) accentueras detta problem ytterligare.

Hela denna situation innebär ett etiskt dilemma som riskerar att förvärras vartefter den tekniska utvecklingen inom vården går framåt, och här befinner hälso- och sjukvården sig i en mycket dynamisk utveckling som förväntas accelerera under de närmaste decennierna. Samtidigt förlängs (delvis på grund av detta) varje år vår medelöverlevnad och den potentiella belastningen på vården ökar med varje levnadsår.

Att ansvariga politiska beslutsfattare har betänkligheter mot, och kanske hyser rädsla för, att stå bakom konkreta direktiv som kan ligga till grund för bortprioritering av åtgärder för enskilda patienter är fullt förståeligt. Att utan klara direktiv överföra ansvaret på tjänstemän inom vården är dock en betydligt sämre lösning och kan leda till att prioritering (utom i den akuta nödsituationen) inte sker alls eller i mycket litet omfattning, något som på sikt direkt eller indirekt drabbar alla vård sökande. Det är detta förhållande som inom rättsfilosofin kallas *rule of law* versus *rule of men*.

Sammanfattar man detta resonemang, ger svensk lag inte varje medborgare garanti för fullgod sjukvård så länge inte klara regler finns för vad som skall göras respektive inte göras inom ramen för offentlig finansiering i en situation där den offentliga finansieringen inte räcker till för att utföra allt som är möjligt att utföra.

Denna fråga bör bli föremål för djupare analys och rekommendationer i samverkan mellan politiker, juridisk expertis och företrädare för sjukvården. Detta är således ett fält där det finns både utrymme för och behov av ökat engagemang även från juridisk expertis.

## 6 Slutsatser

De studier av tillgängliga handlingar och regelverk, och de intervjuer jag gjort med bedömare i ansvarsfrågor, talar för:

*att* vårdsökandes rätt till av för undvikande av tidig död och ohälsa erforderlig vård av god kvalitet och med tillgänglighet som förhindrar risk för komplikationer eller sämre resultat, samt rätt till medbestämmande och personlig integritet, avses skyddas i lagtexten genom Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

*att* ansvaret för att HSL följs är hälso- och sjukvårdspersonalens, som genom hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) kan ställas till ansvar om meddelad vård inte uppfyller angivna kriterier.

*att* stat, landsting och kommun inte har något legalt ansvar för att vården uppfyller dessa kriterier och juridiskt inte kan ställas till svars för tillhandahållande av otillräckliga resurser som kan leda till sämre tillgänglighet och kvalitet.

*att* HSL och det sätt den idag tillämpas skall innebära ett förebyggande skydd för den vårdbehövande mot utebliven eller felaktig behandling. Detta förutsätter att misstanke om avvikelser anmäls, vilket kan göras av den drabbade eller dennes anhöriga. Dessutom förligger skyldighet för vårdgivaren att själv anmäla vid sådan misstanke. Indikationer tyder dock på att anmälan trots detta inte sker i alla de fall där det är befogat. Möjliga åtgärder för att förbättra detta finns och har berörts i analysen i detta arbete.

*att* den vårdsökandes rättigheter i vården, analyserade med utgångspunkt från Hohfelds rättighetslära, visar att de rättigheter som patienten har som vårdtagare med få undantag är att betrakta som relativa rättigheter. Som absoluta rättigheter kan endast betraktas patientens rätt till undersökning och behandling och denna rätt gäller gentemot vårdpersonalen.

*att* HSL trots det relativa skydd den vårdbehövande har i denna lag inte innebär någon garanti att erhålla vård som uppfyller angivna kriterier på tillgänglighet och kvalitet i ett läge där vårdresurserna inte räcker till, det vill säga inte finns när och där de behövs. Den situation med tilltagande relativ brist på resurser som råder i Sverige och andra länder, innebär risk för sådant läge redan i vardaglig vård, än mer vid större händelser eller ökad belastning.

*att* för skydd och garanti för vård som uppfyller angivna kriterier krävs klara regler för hur prioritering skall ske i akuta eller kroniska situationer med bristande resurser. Avsaknad av sådana regler kan leda till antingen slumpvis prioritering (= de som befinner sig där och när resurser finns för vård) eller till utebliven prioritering. Konsekvensen av det senare kan bli att alla vårdsökande på sikt drabbas av både försämrad tillgänglighet till, och försämrad kvalitet på, vård som krävs för bevarad hälsa och/eller fortsatt liv.

# Litteraturförteckning

## Källor

Proposition 1981/82:97

Proposition 1996/97:60: *Prioriteringar inom Hälso- och Sjukvården.*

Proposition 1999/2000:1, volym 6, utgiftsområde 9.

Principles of the rights of patients in Europe, 1977

Regeringens skrivelse 1996/97:66

1990/91: SoU22: Socialutskottets betänkande.

SoS-rapport 1999:16: *Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning.* Socialstyrelsen. 1999.

SoS-rapport 1991:1: *Prioritering inom hälso- och sjukvård – en debattskrift.* Socialstyrelsen. 1991.

SOU 1995:5: *Vårdens svåra val.*

SOU 1997:154: *Patienten har rätt. Delbetänkande av HSU 2000.*

SOU 1999:66: *God vård på lika villkor? Om statens styrning av hälso- och sjukvården. Slutbetänkande av kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000.*

SOU 1999:66: *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården - vad händer med ekonomi. Arbetsmiljö och demokrati?. Bilaga till slutbetänkande av kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000. Bilaga 1.*

SOU 2000:114: *Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m m. Betänkande av Samverkansutredningen.*

## Litteratur

Adler, Hans, *Medicinsk Juridik*, Studentlitteratur, 2001.

Arturson, Gösta et al. *Katastrofmedicinska studier: Brännskadebehandling.* Liber, 1982.

Backerling; Eva, *Juridik i vården*, Kommentus förlag, 2000



Bergentz, Sven-Erik & Bauer, Göran C. H. *När skydds nätet brister. Lärdomar från Sjukvårdens ansvarsnämnd.* 2:a uppl., Studentlitteratur, 1995.

Carlsson, Bo & Isacsson, Åke. *Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning. En studie av patientens ställning och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.* Bokbox Förlag, 1989.

Falk, Viking & Nilsson, Kerstin. *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige.* 2:a uppl., Studentlitteratur, 1999.

Forsblad, Göran. *Ansvar och rättigheter i hälso- och sjukvården.* Liber, 1983.

Goble, George W, *The Sanction of a duty*, Yale Law Journal, Yale Law Journal Company Inc, 1928

Hedlund Thulin, Kristina. *Mänskliga rättigheter för alla och envar.* Norstedts, 1996.

Hohfeld, Wesley Newcomb. *Fundamental Legal Conceptions as applied in Judicial Reasoning*, Yale Law Journal, Yale Law Journal Company Inc, Volume XXVI 1916-1917.

Kärrström, Margit et al. *Hälso- och sjukvård*, Norstedts Juridik AB, 1998.

MacCormick, Neil. *Legal rights and social democracy. Essays in legal and political philosophy*, Clarendon Press, 1982.

Modeen, Tore. *Patienten i hälso- och sjukvården.* Juristförbundets förlag, 1994.

Ringblom, Göran. *Fälld av ansvarsnämnden?* Publicisthuset, 1996.

Sahlin, Johan. *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer.* 6:e uppl., Norstedts Juridik AB, 2000.

Simmonds, Nigel E. *Juridiska principfrågor. Rättvisa, gällande rätt och rättigheter.* Svensk översättning Lars Lindahl. Norstedts Förlag, 1988.

*Sjukvård i kris och krig. Omställning och ändrade prioriteringar.* Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:1. Fritzes förlag, 1995.

Sjölenius, Bengt. *Delegering, läkemedel, ansvar. En praktisk handbok för hälso- och sjukvården, tandvården, omsorgsverksamheten.* 2:a uppl., Studentlitteratur, 1996.

Sverne, Ebba. & Sverne, Tor. *Patientens rätt*, 3:e uppl., Norstedts Tryckeri, 2000.

Sverne, Tor. *Patientens rättigheter*. Ersta Vårdetiska Institut, 1998.

Tranöy, Knut Erik. *Medicinsk etik i vår tid*. Studentlitteratur, 1993.

Trädgårdh, Lars. *Patientmakt i Sverige, USA och Holland*. Spris Förlagstjänst, 1999.

*Valfrihet i vården - en lathund för personal inom Landstinget i Östergötland*. Lenanders Tryckeri, 2000.

Westerhäll, Lotta. *Patienträttigheter*. Nerenius & Santérius Förlag, 1994.

## Artiklar

Almqvist, Heléne & Zakai, Hanna. "Läkare prickas – men går fria". Expressen 2001-07-25.

Almqvist, Heléne & Zakai, Hanna. "Man måste se proportionerna". Expressen 2001-07-25.

Björck, Inger. *Effekten av varje åtgärd måste styra prioriteringen*. Läkartidningen, volym 96, nr 36, 1999.

Lennquist, Sten. *Det är du som väljer vilken vård vi vill ha!*, Svenska Dagbladet 1999-03-02.

Norberg, Karl-Axel et al. *Klarar sjukvården en stor katastrof?* Läkartidningen, volym 95, nr 43, 1998.

Ohlsson, Inger. "Se sanningen i vitögat". Dagens Nyheter 1989-10-06.

Palm, Beatrice. "Kraftig ökning av anmälda patientskador". Sydsvenskan 2001-03-21.

Svensson, Pia. *Läkare slarvar med att anmäla*. Göteborgs-Posten 2001-04-18.

## Intervjuer

Lenquist, Sten. Intervju i egenskap av vetenskapligt råd för Socialstyrelsen  
2001-06-15.

## **Rättsfall**

Mål nr B 1257-02. Lunds Tingsrätt, Domstolen i Landskrona. Dom  
meddelad 2003-03-03.

Mål C-385/99, EG-domstolen. E.E.M. van Riet mot Onderlinge  
Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen.  
Dom meddelad 2003-05-13.