



JURIDISKA FAKULTETEN  
vid Lunds universitet

Micha Hallberg

Hanteringen av bemötandefrågor i  
hälso- och sjukvården  
– teori och praktik

JURM02 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet  
30 högskolepoäng

Handledare: Titti Mattsson

Termin för examen: period 1 VT2020

# Innehåll

<b>SUMMARY</b>	<b>1</b>
<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>2</b>
<b>FÖRKORTNINGAR</b>	<b>3</b>
<b>1 INLEDNING</b>	<b>4</b>
1.1 Syfte och frågeställningar	4
1.2 Avgränsningar	5
1.3 Metod och material	5
1.3.1 Rättsdogmatik	5
1.3.2 Empirisk undersökning	6
1.4 Tidigare forskning	7
1.5 Disposition	7
<b>2 BEMÖTANDEBEGREPPET INOM MEDICINSK RÄTT</b>	<b>9</b>
2.1 Vad är bemötande?	9
2.2 Bemötande i förhållande till diskriminering	13
<b>3 DET RÄTTSLIGA ANSVARET FÖR BEMÖTANDEFRÅGOR I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b>	<b>15</b>
3.1 Vårdgivaren	15
3.2 Patientnämnden	16
3.3 Inspektionen för vård och omsorg	17
3.4 Diskrimineringsombudsmannen	18
3.5 Sammanfattning	19
<b>4 EMPIRISK UNDERSÖKNING</b>	<b>20</b>
4.1 Insamling och genomförande	20
4.2 IVO:s beslut	21
4.2.1 IVO utreder bemötande	23
4.2.2 IVO skriver att IVO inte utreder bemötande	24
4.2.3 Bemötande nämns i klagomålet men IVO behandlar ej frågan	26
4.2.4 Bemötande nämns inte i klagomålet	26
4.3 DO:s beslut	28

4.3.1	Diskriminering har begåtts	28
4.3.2	Diskriminering har inte begåtts	29
<b>4.4</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>DEN TEORETISKA OCH PRAKTISKA HANTERINGEN AV BEMÖTANDEFRÅGOR I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b>	<b>33</b>
5.1	IVO	33
5.2	DO	34
5.3	Jämförande	34
<b>6</b>	<b>SLUTSATSER</b>	<b>36</b>
	<b>KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING</b>	<b>37</b>
	<b>RÄTTSFALLSFÖRTECKNING</b>	<b>39</b>

# Summary

The topic of this essay is the complaint system in the Swedish healthcare. There are four instances that have a responsibility to process complaints: the healthcare provider, the Patient Advisory Committee, IVO (the Health and Social Care Inspectorate), and DO (the Equality Ombudsman). The complaints that are the focus in this essay are those from patients concerning the behaviour, reception, and conduct (the Swedish concept is *bemötande*, which is difficult to translate to English) of healthcare professionals.

The purpose of this essay is to analyse the complaint system, in theory and in practice, with a focus on *bemötande*. I am using a legal dogmatic method for analysing the law, and an empiric method for analysing the case law. The case law that is analysed is from IVO and DO.

According to the law, a patient who has a complaint should first turn to the healthcare provider or the Patient Advisory Committee. If the patient is not satisfied, they can afterwards complain to IVO. As to *bemötande*, IVO only has a responsibility to investigate *bemötande* if this has had any bearing on patient security. The patient can also decide to convey their complaints to DO, without turning to any of the other instances first.

When looking at the case law from IVO, it is apparent that IVO does not investigate *bemötande* often. IVO criticises the healthcare professional in only one case, and even then it is only because the patient recorded the conversation. In comparison, DO only found grounds for discrimination in one case. Mostly the cases seem to fall on a lack of evidence. Both IVO and DO regard the medical records as the main type of evidence, which is problematic from the patient's view since the medical records are written by the healthcare professionals. Another problematic aspect of the IVO cases is that IVO does not give sufficient reason for why *bemötande* is not investigated in the separate cases. This means that it is not possible to learn from the cases which kind of *bemötande* is acceptable.

In this study I also find that IVO and DO have access to different kinds of evidence. DO does not have the ability to request medical records from the healthcare provider, which is an obstacle in the investigation.

In conclusion, while it is possible for a patient to complain about a healthcare professional's *bemötande*, it is difficult to investigate the complaint. That IVO does not give sufficient reason to why it does not investigate certain complaints makes it difficult to conclude which kinds of *bemötande* are acceptable and which ones are not.

# Sammanfattning

Forskning visar att när patienter upplever att de blir dåligt bemötta av hälso- och sjukvårdspersonal drabbas patienternas möjligheter att vara delaktiga i sin egen vård. Då är det viktigt att det finns någonstans patienterna kan vända sig och klaga. Den här uppsatsens syfte är att analysera det svenska klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården i teori och praktik, med en särskild fokus på bemötandefrågor.

För att analysera gällande rätt använder jag mig av en rättsdogmatisk metod och för att analysera praxis använder jag mig av en empirisk metod. Praxis består av beslut från IVO (Inspektionen för vård och omsorg) och DO (Diskrimineringsombudsmannen).

Det finns fyra instanser som hanterar bemötandefrågor: vårdgivaren, patientnämnden, IVO och DO. Enligt hur lagstiftningen är uppbyggd ska patienten i första hand vända sig till vårdgivaren eller patientnämnden med sitt klagomål. Därefter finns det en möjlighet att vända sig till IVO. IVO har dock bara en skyldighet att utreda en bemötandehändelse om den har haft betydelse för patientsäkerheten. Till DO kan patienten vända sig utan att ha vänt sig till någon av de andra instanserna.

Av den empiriska undersökningen framgår att IVO oftast inte utreder bemötande. Endast i ett av besluten kritiserar IVO bemötandet, och i det fallet har patienten spelat in samtalet. Bland DO:s beslut är det endast ett där DO anser att den klagande har blivit utsatt för diskriminering.

Det framgår av praxis att bemötandefrågor till stor del är en bevisfråga. Främst IVO, men även DO, lägger vikt vid det som är skrivet i patientjournalen. Ur patientsynpunkt är det problematiskt eftersom journalen är skriven av hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är också problematiskt att IVO inte ger tillräckliga skäl till varför myndigheten inte utreder bemötandet i respektive beslut. Det gör det omöjligt att avgöra vilken typ av bemötande som är acceptabel.

Vidare framgår det att IVO och DO har olika förutsättningar för att utreda händelser som sker i hälso- och sjukvården, då de har olika möjligheter att begära ut material.

Det är således möjligt för en patient att klaga på bemötandet hen får, men det är desto svårare för instanserna att utreda vad som de facto har hänt. Eftersom IVO inte redogör för de bemötanden som klagas på blir det svårt för både jurister och hälso- och sjukvårdspersonal att avgöra vilken sorts bemötande som är acceptabel och vilken som inte är det.

# Förkortningar

AD	Arbetsdomstolen
DiskL	Diskrimineringslagen (2008:567)
Dnr	Diarienummer
DO	Diskrimineringsombudsmannen
FL	Förvaltningslagen (2017:900)
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Justitieombudsmannen
Klagomålslagen	Lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården
KU	Konstitutionsutskottet
Löf	Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag
Prop.	Proposition
PSL	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
RF	Regeringsformen (1974:152)

# 1 Inledning

Systemet för att, som patient, klaga på den svenska hälso- och sjukvården är speciellt. De flesta känner nog till hur det ser ut i USA, där enskilda kan stämna vårdgivaren för miljonbelopp om något går fel. Det svenska klagomålssystemet har inte mycket gemensamt med det amerikanska.

Det svenska systemet för att klaga på hälso- och sjukvården inbegriper flera instanser. En patient kan vända sig direkt till både den aktuella vårdgivaren och till patientnämnden för att klaga på vad som helst med koppling till vården. Därefter kan patienten vända sig till IVO (Inspektionen för vård och omsorg), som är tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården. Det finns också instanser som patienten själv inte kan vända sig till, till exempel HSN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd) som prövar sådant som rör behörigheter och legitimationer för hälso- och sjukvårdspersonal. En patient kan också klaga till instanser som inte endast hanterar händelser inom hälso- och sjukvården, till exempel DO (Diskrimineringsombudsmannen) och Polismyndigheten.<sup>1</sup>

Det som är centralt för synen på klagomål mot den svenska hälso- och sjukvården är att de ska hjälpa till att förbättra vården. Det handlar om patientsäkerhet. Att klagomålssystemet inte ska handla om den enskildas rätt till vård (om det ens finns en sådan rätt) eller upprättelse framgår också av att det är möjligt att vända sig till Lof (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag) för att få ersättning för en vårdskada utan att ha fått ett erkännande från någon av klagomålsinstanserna. Lof gäller dock inte om patienten anser sig ha blivit illa bemött,<sup>2</sup> utan då är det återigen vårdgivaren eller patientnämnden som ska kontaktas i första hand, och sedan IVO om patienten inte anser att hen har fått bra respons från vårdgivaren. Just bemötande är vad den här uppsatsen kommer att handla om.

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Något som är oklart i dag är vad som händer när en patient eller en närstående anser sig ha blivit illa bemött. Vad har patienten för rättslig ställning gällande bemötandefrågor och vilka myndigheters ansvar är det att utreda frågorna? Som jag<sup>3</sup> kommer att gå igenom i kapitel 2 är det viktigt att patienterna kan känna sig trygga med att om de bemöts dåligt så finns det åtgärder att vidta eller en instans att vända sig till. Syftet med den här uppsatsen är således att analysera klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården i teori och praktik, med en särskild fokus på bemötandefrågor.

Till mitt material ställer jag följande frågor:

---

<sup>1</sup> 1177 Vårdguiden, ”Om du inte är nöjd med vården”, <https://www.1177.se/Skane/sa-fungerar-varden/om-du-inte-ar-nojd/om-du-inte-ar-nojd-med-varden/> [hämtad 2020-05-26].

<sup>2</sup> Lof, ”Vad gäller försäkringen inte för?”, <https://lof.se/patient/vad-galler-forsakringen-inte-for/> [hämtad 2020-04-15].

<sup>3</sup> Jag använder mig av första person i den här uppsatsen eftersom det tydligt visar på vad jag gör och tycker.

- Hur definieras bemötande inom reglering som är relevant för hälso- och sjukvården och hur förhåller det bemötandebegreppet sig till diskrimineringsbegreppet?
- Vilka myndigheter ansvarar för att hantera bemötandefrågor i hälso- och sjukvården och vad innebär respektive myndighets ansvar?
- Hur hanteras bemötandefall i hälso- och sjukvården hos tillsynsinstanserna IVO och DO?
- Hur förhåller sig praxis hos IVO och DO till varandra och till gällande rätt angående ansvaret att utreda bemötande i hälso- och sjukvården?

## 1.2 Avgränsningar

Det här är en uppsats inom offentlig rätt och min fokus ligger därmed på det av uppsatsämnet som faller inom offentlig rätt. Dock diskuterar jag bemötande i förhållande till diskriminering och behöver av den anledningen redogöra ytligt för diskrimineringsrätten, som hör till civilrätten. Däremot kommer jag inte att beröra tjänstefel eller andra typer av brott som faller inom straffrätten.

Jag kommer heller inte att diskutera tandvård eller tvångsvård. Tandvård faller inte inom hälso- och sjukvård, men Inspektionen för vård och omsorg utreder även fall som har med tandvård att göra, varför jag känner mig manad att förtydliga att jag i den här uppsatsen inte utreder bemötande inom tandvården. Tvångsvården å sin sida är speciell när det kommer till bemötande. Ett tvång uppfattas nog av de allra flesta som något negativt, vilket innebär att det kan vara svårt att avgränsa om patienten reagerar på vården i sig eller på ett bemötande. Medan jag anser att det är viktigt att utreda hur bemötandefrågor i den svenska tvångsvården hanteras ligger det utanför just den här uppsatsens ämne.

## 1.3 Metod och material

Jag använder mig av två metoder i den här uppsatsen: rättsdogmatisk metod och en metod för empirisk undersökning. I följande två avsnitt redogör jag för metoderna och det material som används för metoderna. Jag vill dock redan nu tydliggöra att för den empiriska undersökningen finns en utförligare beskrivning av både metod och material i samband med själva undersökningen i kapitel 4.

### 1.3.1 Rättsdogmatik

I det här avsnittet kommer jag att redogöra för hur den rättsdogmatiska metoden kommer att användas i den här uppsatsen.

Syftet med att använda rättsdogmatisk metod brukar vara att utreda gällande rätt. Det är ofta, enligt Lena Olsen, ”domarens frågor vad gäller rättsordningens innebörd”<sup>4</sup> som är viktiga och som vi vill svara på. Juristen

---

<sup>4</sup> Olsen, 2004, s. 111.



(för det är oftast en jurist) använder sig av rättskällor för att ta reda på vad dessa säger om gällande rätt och värderar sedan rättskällornas tillförlitlighet.

De källor som vanligtvis ses som rättskällor är lagtext, praxis, förarbeten och doktrin,<sup>5</sup> även om det inte alltid är så att doktrin räknas som en rättskälla. Högsta domstolen och Högsta förvaltningsdomstolen hänvisar till viss doktrin i sina avgöranden, men det är oftast till sådana som exempelvis Hellner, som räknas som "levande rättskällor".

Jag kommer att använda mig av rättsdogmatisk metod i kapitel 2 om bemötandebegreppet och kapitel 3 om ansvarsfrågan.

I kapitel 2 kommer jag att till viss del använda mig av beslut från JO (Justitieombudsmannen) för att utröna vad bemötande är. JO-besluten finns tillgängliga via JO:s hemsida och är uppdelade i kategorier där man kan välja utifrån bland annat sakfråga och myndighet. Under sakfråga har relevant kategori varit bemötande. Under myndighet finns Hälso- och sjukvård att välja som kategori, trots att det inte är en myndighet i sig, och på grund av ämnet är denna kategori självklart relevant. Jag har även gått igenom de JO-beslut som har fallit under myndighetskategorin Diskrimineringsombudsmannen.

### 1.3.2 Empirisk undersökning

Här kommer jag att kortfattat gå igenom hur jag har genomfört min empiriska undersökning för att ge läsaren en överblick. Som jag redan har nämnt finns det en mer detaljerad genomgång i anslutning till själva undersökningen i kapitel 4.

Materialet jag undersökte utgjordes av beslut från IVO och DO. IVO är tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården och är intressant av den anledningen. DO är tillsynsmyndighet för diskrimineringsärenden, även inom hälso- och sjukvården. Eftersom jag är intresserad av beröringspunkten mellan diskriminering och bemötande är även DO:s beslut relevanta.

Det första jag gjorde var att sortera bort de beslut som inte passade in i min avgränsning. För IVO-beslut innebar det att jag sorterade bort händelser som utspelade sig innan den 1 januari 2018 samt händelser som utspelade sig i tandvården eller tvångsvården. För DO-besluten valde jag att inte sortera bort händelser från innan 2018 eftersom lagstiftningsändringen för IVO:s verksamhet inte påverkar DO:s verksamhet.

I en första genomläsning av besluten skapade jag mig en överblick för materialet och dess relevans för uppsatsens ämne.

Inför den andra genomläsningen strukturerade jag upp läsandet mer. Jag utgick från mitt syfte och mina frågeställningar och ställde upp frågor till besluten (frågorna återfinns i avsnitt 4.1). Utifrån dessa frågor djupläste jag besluten ett flertal gånger. Resultatet av undersökningen går att finna i avsnitt 4.2 och 4.3.

---

<sup>5</sup> Kleineman, 2018, s. 28.

## 1.4 Tidigare forskning

Medicinsk rätt är ett stort forskningsområde. Det kan bland annat handla om användning av artificiell intelligens i vården, organdonation och gränsöverskridande vård. Den här uppsatsen håller sig generellt inom patientsäkerhet och patienträttigheter, och mer specifikt inom klagomålssystemet och bemötande. Den juridiska litteraturen om bemötande är däremot begränsad.

Lotta Vahlne Westerhäll har dock utrett hur klagomålssystemet har förändrats och vilka konsekvenser det har gett upphov till, och hennes fokus har då varit på de förändringar som skedde på grund av den nya FL (förvaltningslagen (2017:900)) och ändringen i PSL (patientsäkerhetslagen (2010:659)), vilka båda infördes år 2018. Hon menar att patientens rättssäkerhet har förbisetts när större ansvar för hanteringen av klagomål har lagts på vårdgivaren, eftersom vårdgivarens ansvar för att utreda klagomål inte är lika tydligt som IVO:s. Eftersom lagändringarna, enligt Vahlne Westerhäll, har lett till att samma krav på rättssäkerhet ställs på vårdgivaren i beslut om klagomål som på IVO bör även vårdgivarens skyldigheter gällande att bemöta patienters klagomål förtydligas.<sup>6</sup>

En annan person som dyker upp i de här sammanhangen är Lars-Åke Johnsson. Han har skrivit böcker med kommentarer på HSL (hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)), PL (patientlagen (2014:821)) och PSL, samt några artiklar inom medicinsk rätt.

I en antologi från 2013, *Patientsäkerhet – teori och praktik*, finns en gedigen genomgång av både dåvarande lagstiftning och rättsfall, samt av icke-juridiska och icke-medicinska perspektiv på säkerhetsarbete. Författarna fokuserar dock på det straffrättsliga ansvaret för händelser som har påverkat patientsäkerheten och där vårdskador har uppstått.<sup>7</sup>

## 1.5 Disposition

För att förenkla läsandet ger jag här en kort redogörelse för hur uppsatsen disponeras och varför jag har valt att disponera den på det här sättet.

Kapitel 2 handlar om bemötandebegreppet och dess position i förhållande till diskrimineringsbegreppet, något jag anser är vitalt att gå igenom innan jag börjar redogöra för och diskutera hur bemötandefrågor hanteras.

Därefter kommer jag i kapitel 3 gå igenom patientnämndens, vårdgivarens, IVO:s och DO:s ansvar vad gäller bemötande i hälso- och sjukvården. Det är en juridisk genomgång av gällande rätt.

Kapitel 4 innehåller den empiriska undersökningen av besluten från IVO och DO samt en diskussion av resultatet från undersökningen. Den avslutar uppsatsens huvuddel och lägger den sista pusselbiten i frågan om bemötande i hälso- och sjukvården. Här kommer jag även att redogöra mer

---

<sup>6</sup> Vahlne Westerhäll, 2018.

<sup>7</sup> Ödegård (red.), 2013.

utförligt för metoden jag kommer att använda för att göra den empiriska undersökningen.

I kapitel 5 kommer jag att diskutera hur lagstiftning och praxis förhåller sig till varandra, samt jämföra IVO:s och DO:s hantering av klagomål.

Slutligen kommer jag i kapitel 6 att samla ihop det jag har kommit fram till, svara på mina frågeställningar och ge förslag på forskning som behövs inom området.

## 2 Bemötandebegreppet inom medicinsk rätt

I det här avsnittet kommer jag att undersöka betydelsen av begreppet bemötande. Bemötande används inte i lagstiftningen, men eftersom det används som kategori för klagomål mot hälso- och sjukvården är det viktigt att undersöka vad det innebär juridiskt. Eftersom jag även ska undersöka fall om diskriminering är det av intresse att ställa bemötandebegreppet mot diskrimineringsbegreppet. Kapitlets syfte är därmed att besvara den första frågeställningen: hur definieras bemötande inom reglering som är relevant för hälso- och sjukvården och hur förhåller det bemötandebegreppet sig till diskrimineringsbegreppet?

Kapitlet är uppdelat i två avsnitt. I det första redogör jag för vad bemötande är och varför det är viktigt att patienter blir väl bemötta. I det andra avsnittet ställer jag bemötandebegreppet mot diskrimineringsbegreppet och undersöker skillnaderna däremellan. Diskrimineringsbegreppet skulle dock kunna fylla en hel bok, och jag kommer därför inte att redogöra på djupet vad olika typer av diskriminering och diskrimineringsgrunder innebär.

Delar av det här kapitlet bygger på det som har framkommit av undersökningen i kapitel 4. Jag använder också material från lagar, förarbeten, doktrin, JO (Justitieombudsmannen), IVO (Inspektionen för vård och omsorg), patientnämnderna och KU (konstitutionsutskottet).

### 2.1 Vad är bemötande?

Bemötande är inte ett begrepp som används i lagstiftningen. Att definiera det innebär därmed att se till närliggande begrepp såsom uppträdande, respekt och kontakt.

Av 3 kap. 1 § HSL (hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)) kan vi utläsa målen med hälso- och sjukvården. Ett av målen är att "[v]ården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet". Enligt propositionen till en tidigare HSL är det här ett uttryck för människovärdesprincipen. "Att respektera någons människovärde innebär att man alltid och under alla förhållanden betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör."<sup>8</sup>

Exakt samma bestämmelse finner vi i 1 kap. 6 § PL (patientlagen (2014:821)). Johnsson skriver i kommentaren till paragrafen "att patienten inte bara ska bemötas på ett korrekt sätt utan också vänligt och med empati"<sup>9</sup>. Johnsson ger också exempel på beslut från HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd) på 80-talet, när HSAN hade andra åligganden än i dag. Av dessa beslut framgår att det är viktigt att lyssna på patienten och ta hens oro och besvär på allvar, samt att hålla en god ton. Värt att nämna är dock att när

---

<sup>8</sup> Prop. 1996/97:60, s. 20.

<sup>9</sup> Johnsson, 2020, s. 49.

HSAN i tre av fallen har gett kritik så har hälso- och sjukvårdspersonalen erkänt att de kan ha uttryckt sig på det sätt som kritiseras.<sup>10</sup>

Begreppet god vård är centralt i hälso- och sjukvården. I 5 kap. 1 § HSL står att god vård innebär

”att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.”

Punkterna 2–4 är kopplade till bemötande. Trygghet och säkerhet innebär att personalen har den kompetens som krävs för att patienten ska känna sig väl omhändertagen, och kontinuiteten innebär att patienten – om hen så önskar – ska kunna träffa samma vårdpersonal eller åtminstone någon som är insatt i patientens problematik (för att annan vårdpersonal ska kunna bli insatt krävs att patientens tidigare vårdmöten har dokumenterats ordentligt i patientjournalen). Tredje punkten har att göra med att patienten ska vara delaktig i sin egen vård och kunna ta informerade beslut – för detta krävs att patienten blir informerad om sitt tillstånd och sina valmöjligheter. Ett krav är att patienten måste samtycka för att det ska bli aktuellt med någon typ av vård eller behandling. Slutligen är det av vikt för den goda vården att patienten har en god relation till personalen och vårdgivaren.<sup>11</sup> Johnsson menar att punkt 4 innebär att det bör finnas en kontinuitet i vården, och att vården kan bli lidande om patienten får möta ny personal gång på gång.<sup>12</sup> Jag är dock tveksam till den tolkningen, eftersom kontinuitet nämns uttryckligen i punkt 2.

Patienten ska också ”visas omtanke och respekt” enligt 6 kap. 1 § PSL (patientsäkerhetslagen (2010:659)). Den som går tillbaka till när paragrafen först infördes kan dock läsa i propositionen att formuleringen bland annat syftar till att samtycke krävs för planerad vård.<sup>13</sup> Samtidigt står det generellt kring hälso- och sjukvårdspersonalens allmänna åligganden att ”[p]atienten skall behandlas med aktning och med förståelse för de svårigheter som kan möta honom”<sup>14</sup>. Det är oklart om det citatet åsyftar någon av bestämmelserna som finns i dåvarande lagförslaget, eller om det endast är en allmän uppmaning.

Av ett JO-beslut framgår att 1 kap. 9 § RF (regeringsformen (1974:152)) gäller vid kontakter med hälso- och sjukvården. Beslutet handlade om en person som ringde till en rättspsykiatrisk regionklinik flera gånger om dagen under några veckor för att hon undrade varför hon inte fick besöka en av patienterna. Vid ett av samtalen bemötte en ur personalen henne med hot om polishandreckning och sade åt henne att dra åt helvete. JO skriver att saklighetskravet i 9 § innebär ”att anställda vid myndigheter har en

---

<sup>10</sup> Johnsson, 2020, s. 49–50.

<sup>11</sup> Vahlne Westerhäll, Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 1 §, Karnov lagkommentar (JUNO), hämtad 2020-05-08.

<sup>12</sup> Johnsson, 2017, s. 117–118.

<sup>13</sup> Prop. 1978/79:220, s. 44.

<sup>14</sup> Prop. 1978/79:220, s. 20.

skyldighet att bemöta dem som vänder sig till myndigheten på ett korrekt sätt<sup>15</sup>. JO menar vidare att det är ovidkommande hur frustrerande en situation är för kravet på att agera professionellt.<sup>16</sup>

JO hänvisar ofta till 1 kap. 9 § RF i de beslut som rör bemötande, och menar att anställda vid myndigheter måste hålla sig till sakfrågan<sup>17</sup> och hålla en god samtalston.<sup>18</sup> Det är enligt JO inte acceptabelt att svära<sup>19</sup> och det är inte heller acceptabelt att uttala sig nedsättande om personen som bemöts eller om en grupp som personen som bemöts tillhör.<sup>20</sup>

Även KU har uttalat sig, då om vikten av ett gott bemötande enligt 1 kap. 9 § RF. Utskottet hänvisar till Thomas Bull<sup>21</sup> som menar att det ”ytterst handlar om att upprätthålla förtroendet för den offentliga maktapparaten”<sup>22</sup>. Ett exempel på ett yrke där detta anses extra viktigt är polisyrket. Av 10 § polisförordningen (2014:1104) följer att poliser ska uppträda på ett sätt som inger förtroende. Att det är lagstadgat för just polisyrket kan ha att göra med att poliser får använda våld mot befolkningen, och att folket måste ha förtroende för att polisen inte missbrukar våldet.

FL (förvaltningslagen (2017:900)) är också tillämplig på hälso- och sjukvårdens område. Bestämmelserna om myndigheternas service- och samverkansskyldighet, 5–8 §§ gäller enligt 1 § även annan förvaltningsverksamhet än ärendehandläggning. Av propositionen till lagen kan förstås att den faktiska vården – karaktäriserat som faktiskt handlande – inte hör till ärendehandläggning, men täcks av begreppet annan förvaltningsverksamhet.<sup>23</sup>

Kravet på saklighet och opartiskhet i 5 § FL är, enligt regeringen, ett uttryck för objektivitetsprincipen och innebär att myndigheterna inte får påverkas av omständigheter som inte är relevanta. Som exempel ger regeringen ”en sökandes etniska bakgrund och politiska åsikter”<sup>24</sup>. Regeringen menar att det här även ger uttryck för ett generellt diskrimineringsförbud.<sup>25</sup>

I 6 § FL föreskrivs att myndigheten ”ska se till att kontakterna med enskilda blir smidiga och enkla” och att myndigheten ska vara behjälplig så att den enskilda ”kan tillvarata sina intressen”. Paragrafen ger uttryck för myndigheternas serviceskyldighet, och innebär bland annat att den enskilde har ”rätt till ett positivt bemötande från myndighetens sida”<sup>26</sup>. Enligt regeringen innebär kravet på enkelhet också ”att den enskilde inte behöver ha någon särskild sakkunskap innan han eller hon kontaktar en myndighet i en

---

<sup>15</sup> JO, Dnr 678-2015, s. 2.

<sup>16</sup> JO, Dnr 678-2015.

<sup>17</sup> JO, Dnr 1855-2018.

<sup>18</sup> JO, Dnr 6153-2016.

<sup>19</sup> JO, Dnr 678-2015; JO, Dnr 1855-2018.

<sup>20</sup> JO, Dnr 1855-2018.

<sup>21</sup> 2007/08:KU6, s. 15.

<sup>22</sup> Bull, 2017, s. 127. Värt att nämna är att KU hänvisar till första upplagan av boken, medan jag hänvisar till tredje upplagan. Kapitlet i fråga har dock, såvitt jag kan avgöra, inte förändrats särskilt mycket.

<sup>23</sup> Prop. 2016/17:180, s. 33–34.

<sup>24</sup> Prop. 2016/17:180, s. 290.

<sup>25</sup> Prop. 2016/17:180, s. 290.

<sup>26</sup> Prop. 2016/17:180, s. 291.

viss fråga”<sup>27</sup>. Hur mycket hjälp en myndighet är tvungen att ge beror, enligt regeringen, på situationen. Myndighetens resurser begränsar hjälpen, men också den enskildes möjlighet att själv hitta information är relevant. Regeringen framhäver också att myndigheterna inte ska ge juridisk rådgivning eller liknande, samt att det inte finns någon skyldighet för myndigheterna att utföra omfattande utredningar för att kunna svara på frågor.<sup>28</sup> 8 § 2 st. FL ger också instruktion till myndigheten att hjälpa den enskilde med information, då från andra myndigheter. Det handlar dock inte om något mer avancerat än att gå in på en annan myndighets hemsida eller ringa till en annan myndighets tjänsteman.<sup>29</sup>

Från min undersökning av IVO:s beslut har jag kommit fram till att IVO sällan utreder bemötande. I de fall IVO ändå diskuterar bemötande framgår inte vad bemötandet har bestått av. Bland de beslut som inte explicit tar upp bemötande verkar ett tema vara brist på inkännande eller förståelse från personalens sida. Det handlar bland annat om att patientens symtom och oro inte tas på allvar,<sup>30</sup> och att patient eller anhöriga inte får information.<sup>31</sup>

Patientnämnderna har skrivit en handbok för att de ska ha en enhetlig handläggning av ärenden. Enligt handboken ska ett klagomål kategoriseras under bemötande om det faller in under ”[b]ristande empati eller oprofessionellt bemötande”.<sup>32</sup> Det uttrycket stämmer väl överens med vad som redan framkommit om bemötandebegreppet inom den medicinska rätten.

Eva Jangland har skrivit om vikten av ett bra bemötande från vårdpersonal och beskriver bland annat hur patienter inom den kirurgiska vården drabbas av att få ett dåligt bemötande. Många vittnar om hur det påverkar dem negativt genom att de börjar misstro sig själva, att de känner sig vara till besvär och att de känner sig övergivna. Några menar dock att det lärde dem att slåss för sig själva. I vissa fall har vårdpersonalen enligt patienterna betett sig aggressivt, irriterat eller hotfullt, vilket har gett konsekvensen att patienterna bland annat inte har vågat be om mer information. Hur information ges påverkar också hur patienterna känner inför att själva ställa frågor.<sup>33</sup> Jack Chen, Lixin Ou och Stephanie J Hollis har undersökt 27 studier om effekten av att regelbundet studera och utvärdera cancerpatienters skattningar av den vård de får (patient reported outcome). Resultatet var att regelbundna utvärderingar var viktigt för att utveckla en god, patientcentrerad vård. Dels förbättrade de regelbundna utvärderingarna kommunikationen mellan vårdgivare och patient, dels gav de en möjlighet att identifiera tidigare okända problem med vården.<sup>34</sup>

---

<sup>27</sup> Prop. 2016/17:180, s. 291.

<sup>28</sup> Prop. 2016/17:180, s. 291.

<sup>29</sup> Prop. 2016/17:180, s. 293.

<sup>30</sup> IVO, Dnr 8.2.1-26171/2018-10; IVO, Dnr 8.2.1-43260/2018-14.

<sup>31</sup> IVO, Dnr 8.2.1-14197/2018-21; IVO, Dnr 8.2.1-29344/2018-17; IVO, Dnr 8.2.1-39154/2018-15.

<sup>32</sup> Patientnämnderna i Sverige, Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige, 2019, s. 12.

<sup>33</sup> Jangland, 2011, s. 39–42.

<sup>34</sup> Chen, Ou & Hollis, 2013, s. 1, 22.

## 2.2 Bemötande i förhållande till diskriminering

Som jag redan har nämnt kommer jag endast att ytligt redogöra för diskrimineringslagstiftningen.

Var gränsen mellan bemötande och diskriminering går kan vara svårt att avgöra. Diskriminering är dock ett begrepp med negativa konnotationer, medan bemötande kan vara både negativt och positivt. Begreppen överlappar, men de är inte beroende av varandra. En patient kan anse sig bli negativt bemött utan att det ses som diskriminering, men samtidigt kan ett negativt bemötande väcka misstankar om diskriminering. Att en patient särbehandlas gentemot andra patienter innebär per automatik inte heller att det är diskriminering, eftersom det finns särbehandling som är tillåten. Problematiken med gränsdragningen ligger dock till stor del i att begreppet bemötande är något diffust. Diskriminering är tydligt definierat i DiskL (diskrimineringslagen (2008:567)).

Det finns sex olika varianter av diskriminering och sju olika diskrimineringsgrunder. De olika varianterna av diskriminering är direkt diskriminering, indirekt diskriminering, bristande tillgänglighet, trakasserier, sexuella trakasserier och instruktioner att diskriminera. Diskrimineringsgrunderna är kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.<sup>35</sup> Flera av diskrimineringsvarianterna kräver en koppling till en diskrimineringsgrund, men inte alla.

Diskrimineringsvarianten sexuella trakasserier är inte kopplad till någon diskrimineringsgrund. Sexuella trakasserier består av ett sexuellt uppträdande som kränker någons värdighet.<sup>36</sup> Enligt AD 2011 nr 13 krävs det att den utsättande personen vet om att uppträdandet är oönskat för att det ska ses som sexuella trakasserier. Vissa uppträdanden, menar domstolen, är uppenbart oönskade, medan andra kräver att den som utsätts informerar den trakasserande personen att uppträdandet är oönskat för att det ska ses som sexuella trakasserier enligt diskrimineringslagen. För att jämföra detta med bemötandebegreppet krävs det inte här att personen har insikt om att beteendet är oönskat för att beteendet ska ses som ett oacceptabelt bemötande. Om personen har insikt om att beteendet är oönskat kan det falla in under både oacceptabelt bemötande och sexuella trakasserier. Har personen inte insikt om att beteendet är oönskat kan det fortfarande falla in under oacceptabelt bemötande men inte under sexuella trakasserier.

Något annat att tänka på i samband med diskrimineringsgrunderna är det jag nämnde i avsnitt 2.1 om att regeringen anser att 5 § FL ger uttryck för ett generellt diskrimineringsförbud, och att regeringen även ansåg att förbudet täckte politisk åsikt. Politisk åsikt är dock inte en diskrimineringsgrund i diskrimineringslagens mening. Eftersom det är FL paragrafen finns i gäller detta generella diskrimineringsförbud endast för förvaltningsmyndigheter och andra som förvaltningslagen gäller för.

---

<sup>35</sup> DiskL 1 kap. 4–5 §§.

<sup>36</sup> DiskL 1 kap. 4 § 5 p..



I DiskL finns det tre paragrafer som handlar specifikt om hälso- och sjukvården: 2 kap. 13–13b §§. 13 § förbjuder diskriminering generellt inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, med mera. 13a–b §§ ger dock tillåtelse att diskriminera i vissa fall.

Enligt 13a § är det tillåtet med diskriminering på grund av kön så länge det finns ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet. Exempel på verksamheter som får diskriminera på grund av kön är enligt propositionen ”särskilda akutmottagningar för våldtagna kvinnor, boenden för kvinnor som utsatts för fysiskt eller psykiskt våld av män, skyddat boende och andra insatser som riktar sig till män som utsätts för våld i nära relationer och särskilt utformade insatser som erbjuds hemlösa kvinnor eller män med missbruksproblem”<sup>37</sup>.

13b § ger tillåtelse att diskriminera på grund av ålder i vissa fall. Först och främst är det tillåtet att i lag diskriminera på grund av ålder. Det är intressant eftersom det inte någonstans är begränsat utöver att det ska stå i lagen, vilket innebär att så länge det finns en lag som tillåter särbehandling på grund av ålder så är det acceptabelt. Ett exempel på en lag innehållande särbehandling på grund av ålder är steriliseringslagen (1975:580). Den föreskriver två åldersspann där sterilisering över huvud taget är tillåtet. Under 18 är sterilisering inte tillåtet. Mellan 18 och 25 är sterilisering tillåtet i vissa fall, och över 25 får personen sterilisera sig när hen vill.<sup>38</sup> Vidare ger 13b § ett generellt tillstånd att diskriminera på grund av ålder. Så länge det finns ett berättigat syfte till särbehandlingen och om de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå det syftet är särbehandlingen tillåten.

Som jag nämnde i början av det här avsnittet är diskriminering tydligare avgränsat än bemötande, åtminstone i lagstiftningen.<sup>39</sup> Det blir därmed enklare för tillämparen att bedöma vad som är och vad som inte är diskriminering, än det blir för den som ska bedöma om något är bra eller dåligt bemötande. Bemötande är ett mer flexibelt begrepp, som kan användas oberoende av diskrimineringsgrunder. Konsekvensen blir dock en försämrad förutsebarhet.

---

<sup>37</sup> Prop. 2007/08:95, s. 524.

<sup>38</sup> Steriliseringslagen 2–3 §§.

<sup>39</sup> Jag tänker här inte gå in på diskussionen om en intersektionell antidiskrimineringslagstiftning.

# 3 Det rättsliga ansvaret för bemötandefrågor i hälso- och sjukvården

I det här kapitlet kommer jag att undersöka de olika instansernas ansvar för att utreda bemötande. Jag har identifierat fyra olika instanser: vårdgivarna, patientnämnderna, IVO (Inspektionen för vård och omsorg), och DO (Diskrimineringsombudsmannen).

Frågeställningen jag kommer att besvara i det här kapitlet är: vilka myndigheter ansvarar för att hantera bemötandefrågor i hälso- och sjukvården och vad innebär respektive myndighets ansvar?

Jag kommer att redogöra för instanserna utifrån hur stort ansvarsområde de har. Vårdgivaren har endast ansvar för bemötande inom sin egen verksamhet och kommer därför först. Patientnämnderna finns oftast inom regionerna, medan IVO har sex avdelningar för hela landet. DO finns endast i Stockholm och täcker inte bara hälso- och sjukvård utan hela diskrimineringslagen och kommer därför sist i min genomgång.

## 3.1 Vårdgivaren

En person som har klagomål på hälso- och sjukvården ska i första hand vända sig till den ansvariga vårdgivaren. Detta framgår av 7 kap. 11 § och 3 kap. 8a–b § PSL (patientsäkerhetslagen (2010:659)). Vårdgivaren ska ha fått möjlighet att uttala sig om det inträffade enligt 7 kap. 11 §, och 3 kap. 8a–b § ger vårdgivaren skyldigheten att ta emot och besvara klagomål.

Med fokus på patientsäkerhet har vårdgivaren ett stort ansvar, enligt 3 kap. PSL. Vårdgivaren måste numera bedriva ett systematiskt arbete med patientsäkerheten. 3 kap. 1 § säger att "[v]årdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen /.../ upprätthålls". För en redogörelse av vad som innefattas i begreppet god vård och hur det förhåller sig till begreppet bemötande, se avsnitt 2.1.

I patientsäkerhetsarbetet innefattas även att arbeta för att förebygga vårdskador, enligt 3 kap. 2 § PSL, och att utreda händelser som har lett till eller hade kunnat leda till vårdskador, enligt 3 §. Som framgår av 3 § och propositionen är syftet med vårdgivarens utredning inte att ta reda på om det är någon som har gjort något fel, utan att ta reda på hur det går att förhindra att händelsen inträffar igen.<sup>40</sup> En del i vårdgivarens ansvar är också att till IVO anmäla händelser som har lett eller hade kunnat leda till vårdskada.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Prop. 2009/10:210, s. 88.

<sup>41</sup> 3 kap. 5 § PSL.

Av lagen framgår även att patienter och deras närstående ska vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.<sup>42</sup> I propositionen till PSL skriver regeringen att exempel på hur patienter och deras närstående kan involveras är genom att ha ett systematiskt klagomålssystem eller att ha ”rutiner för att aktivt uppmana patienter och närstående att fråga och ifrågasätta om det är något de undrar över eller känner sig tveksamma till i vårdsituationen”<sup>43</sup>.

Vårdgivaren har även ansvar för att underrätta patient och närstående om att en vårdskada har uppstått, vilka åtgärder som vidtas för att händelsen inte ska ske igen, patientens möjligheter att klaga till patientnämnd, vårdgivare och IVO, och möjligheten att få ersättning från Lof (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag).<sup>44</sup>

Som jag nämnde i inledningen till det här avsnittet ska vårdgivaren ta emot och bemöta klagomål från patient och närstående. Klaganden ska få en förklaring till det inträffade och, i förekommande fall, en beskrivning av åtgärder som vårdgivaren avser att företa för att förebygga liknande händelser.<sup>45</sup> Sedan 2018 gäller rättighetsprinciperna i FL (förvaltningslagen (2017:900)) för handläggning av ärenden också inom hälso- och sjukvården.<sup>46</sup> Det är dock oklart i vilken mån vårdgivarens bemötande av klagomål kan räknas som ett sådant beslut som aktualiserar rättighetsprinciperna,<sup>47</sup> och för att inte förvillare vare sig mig själv eller läsaren kommer jag att bortse från rättighetsprinciperna vad gäller vårdgivarens ansvar.

## 3.2 Patientnämnden

Patientnämndens uppgift är att ge stöd till patienter och närstående som har klagomål mot hälso- och sjukvården. Det följer av 1 § klagomålslagen (lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården). Nämnderna ska hjälpa patienterna ”att på ett lämpligt sätt /.../ föra fram klagomål till /.../ och att få klagomål besvarade från vårdgivaren”<sup>48</sup>. Regeringen skriver i propositionen till lagen att poängen med den här formuleringen är att patientnämnderna ska anpassa sin hjälp utifrån den som klagar. Om någon behöver hjälp med att skriva klagomålet ska den personen få den skrivhjälp som nämnden, eftersom alla ska kunna framföra sina klagomål och få dem besvarade.<sup>49</sup>

Av 2 § framgår även att patientnämnderna ska hjälpa patienterna med information om hur de kan tillvarata sina intressen. I propositionen till lagen står det att ”[d]etta innebär att informera om möjligheten att göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), patientförsäkringen eller läkemedelsförsäkringen och utifrån patientens behov informera om vad en sådan anmälan bör innehålla.”<sup>50</sup> Vidare följer av 2 § att patientnämnderna ska

---

<sup>42</sup> 3 kap. 4 § PSL.

<sup>43</sup> Prop. 2009/10:210, s. 86.

<sup>44</sup> 3 kap. 8 § PSL.

<sup>45</sup> 3 kap. 8b § PSL.

<sup>46</sup> Prop. 2016/17:180, s. 33–35.

<sup>47</sup> Se Vahlne Westerhäll, 2018, för en diskussion kring detta.

<sup>48</sup> 2 § klagomålslagen.

<sup>49</sup> Prop. 2016/17:122, s. 38.

<sup>50</sup> Prop. 2016/17:122, s. 38.

främja kontakten mellan patienter och vårdpersonal, rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter, och se till att information når ut om patientnämndernas verksamhet.

En del av patientnämndernas uppgifter är att utveckla kvaliteten på vården genom att analysera klagomål som inkommer till nämnderna, samverka med regioner och kommuner kring resultaten av analyserna, och att årligen vidarebefordra resultaten till IVO. Patientnämnderna ska även samarbeta med IVO så att IVO kan fullfölja sina uppgifter.<sup>51</sup>

### 3.3 Inspektionen för vård och omsorg

IVO:s arbete vad gäller tillsyn av hälso- och sjukvården regleras främst i PSL. Det finns viss vägledning i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

I patientsäkerhetslagen är det 7 kap. som är det som reglerar IVO:s verksamhet. I 1 § står det att all hälso- och sjukvård, förutom försvarets, samt dess personal står under IVO:s tillsyn. Enligt 2 § står även annat under IVO:s tillsyn om det är ”ett led i bedömningen av en patients hälsotillstånd eller behandling”.

I 7 kap. 3 § PSL finns en definition av vad tillsyn betyder i det här fallet: ”en granskning av att den verksamhet och hälso- och sjukvårdspersonal som avses i 1 och 2 §§ uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.” Exempel på en sådan lag är, enligt kommentaren i JUNO, HSL (hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)).<sup>52</sup> I 3 § står även skrivet att IVO:s huvudsakliga uppgift är att granska om och hur vårdgivaren uppfyller sina skyldigheter i enlighet med 3 kap. PSL, som jag har redogjort för i avsnitt 3.1. 3 kap. PSL handlar som nämnts om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

IVO ska även enligt 7 kap. 4 § PSL vara rådgivande för både hälso- och sjukvården och allmänheten, följa upp sin kritik och kontrollera att vårdgivaren gör något åt brister och missförhållanden, samt se till att vårdgivaren får del av IVO:s kunskaper och erfarenheter.

Av 7 kap. 6 § går att utläsa att patienternas erfarenheter är viktiga som underlag vid tillsynen, och att patientnämnderna och IVO ska samarbeta kring information om de klagomål som patientnämnderna får in. Även i förordningen med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg syns att patienterna är viktiga, då IVO enligt 2 § ska ha ett patient- och brukarperspektiv i sin tillsyn.

Vad gäller klagomål från enskilda ska IVO utreda dessa, enligt 7 kap. 10 § PSL. Därefter följer av 11 § vilken typ av klagomål IVO ska utreda. Det första kravet är dock att den berörda vårdgivaren ska ha fått bemöta klagomålet, enligt skyldigheten vårdgivaren har av 3 kap. 8b §. Av 7 kap. 11 § 1 st. PSL följer att IVO ska utreda klagomål som rör allvarliga vårdskador, tvångsvård och isolering, samt ”händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens

---

<sup>51</sup> 3 och 7 §§ klagomålslagen.

<sup>52</sup> Vahlne Westerhäll, Patientsäkerhetslag (2010:659) 7 kap. 3 §, Karnov lagkommentar (JUNO), hämtad 2020-05-08.

självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.” Det är i den tredje punkten som bemötande eventuellt skulle gå in, och det förutsätter att bemötandet har påverkat förutsättningarna för en god vård. Enligt propositionen till PSL kan nämligen ”brister i bemötandet /.../ påverka patientsäkerheten om bristen haft betydelse för vårdens eller behandlingens genomförande och/eller resultat.”<sup>53</sup>

11 § ger också några undantag till första stycket. Först och främst får IVO utreda klagomål även om kraven i första stycket inte är uppfyllda. Det innebär att IVO kan frånsä att vårdgivaren vanligtvis ska få bemöta ärendet först. Vahlne Westerhäll menar att IVO också kan anse att annat som inte uppfyller kraven i första stycket har betydelse för patientsäkerheten och därmed bör utredas.<sup>54</sup> Vidare kan IVO låta bli att utreda klagomål om tvångsvård och isolering om det är uppenbart att klagomålet är obefogat, om klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten och det saknas skäl att överväga åtalsanmälan, eller om det rör ett beslut som går att överklaga med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller smittskyddslagen (2004:168). IVO behöver heller inte utreda klagomål som rör händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden.

Klagomålsärenden ska avgöras genom skriftligt beslut, enligt 7 kap. 18 § PSL, och beslutet ska innehålla de skäl som ligger till grund för beslutet. Av propositionen framgår att en anledning till att besluten ska vara motiverade är att ”[t]illsynen och klagomålshandlingen syftar till att göra hälso- och sjukvården säkrare och besluten ska därför vara utformade på ett sådant sätt att de kan utgöra underlag för ett lärande.”<sup>55</sup> Att beslut i ärenden som öppnats efter klagomål från en enskild inte kan överklagas framgår motsatsvis av 10 kap. 13 § PSL.

För att kunna utreda händelser har IVO enligt 7 kap. 20 § PSL rätt att begära in handlingar, prover och annat material som rör den aktuella verksamheten. Hälso- och sjukvårdspersonalen samt den som bedriver verksamheten ska också lämna de uppgifter om verksamheten som IVO behöver för sin tillsyn. Av propositionen till en tidigare lag med samma bestämmelse framgår att bland material menas bland annat patientjournaler.<sup>56</sup> Av 20 § följer också att IVO får förelägga den som bedriver verksamheten eller hälso- och sjukvårdspersonalen att lämna vad som begärs, och förena föreläggandet med vite.

### 3.4 Diskrimineringsombudsmannen

DO:s ansvar styrs av lagen (2008:568) om Diskrimineringsombudsmannen och DiskL (diskrimineringslagen (2008:567)).

Av 1 § lagen om diskrimineringsombudsmannen framgår att DO har de uppgifter som framgår av DiskL, men också att DO ska verka för ett samhälle fritt från diskriminering på grund av diskrimineringsgrunderna och för att alla

---

<sup>53</sup> Prop. 2009/10:210, s. 70.

<sup>54</sup> Vahlne Westerhäll, Patientsäkerhetslag (2010:659) 7 kap. 11 §, Karnov lagkommentar (JUNO), hämtad 2020-05-15.

<sup>55</sup> Prop. 2009/10:210, s. 223.

<sup>56</sup> Prop. 1995/96:176, s. 81.

som kan anses tillhöra diskrimineringsgrunderna ska ha lika rättigheter. Enligt 2 § ska DO också se till att alla som utsätts för diskriminering har möjlighet att ta tillvara på sina rättigheter.

I DiskL finns DO:s uppgifter i 4 kap. om tillsyn. I 1 § framgår det att DO ska verka för att diskrimineringslagen följs. 2 § säger att DO kan företräda enskilda i domstol enligt 6 kap. 2 §. Dock ska DO i första hand försöka få de som omfattas av lagen att frivilligt följa den.

4 kap. 3 § DiskL stadgar vissa rättigheter DO har i samband med en utredning av en händelse. Paragrafen är utformad som en skyldighetslista för den som omfattas av bland annat förbudet mot diskriminering. DO får begära av någon som omfattas av förbudet att denne lämnar uppgifter om förhållanden i verksamheten som kan vara relevanta för tillsynen, lämnar uppgifter om meriter i det fall DO företräder en enskild i domstol, ger tillträde till verksamhetens lokaler eller närvarar vid överläggningar. Vid särskilda skäl finns fortfarande en skyldighet att närvara vid överläggningar, men de andra skyldigheterna kan upphöra att gälla. Det är dock något som avgörs från fall till fall. Om den som omfattas av förbudet inte rättar sig efter DO:s begäran får DO förelägga denne med vite, enligt 4 §, något som endast kan överklagas till Nämnden mot diskriminering. DO:s övriga beslut – utan vitesföreläggande – kan enligt 4 kap. 6 § DiskL inte överklagas.

DO har även andra uppgifter som inte ryms inom ramen för den här uppsatsen, såsom tillsyn över arbetet med aktiva åtgärder och att informera företag om hur de kan arbeta för att förebygga diskriminering.<sup>57</sup>

### 3.5 Sammanfattning

Den som vill klaga på bemötandet ska i första hand vända sig till patientnämnden eller vårdgivaren. Patientnämnden ska vara ett stöd för patienten, och vårdgivaren har ett ansvar att besvara klagomål som patienten riktar mot vårdgivaren. Vårdgivaren har även ett ansvar att utreda händelser som har orsakat eller hade kunnat orsaka en vårdskada.

När vårdgivaren har fått uttala sig kan patienten eller närstående vända sig till IVO. Myndigheten ska utreda bemötande om bemötandet har påverkat patientsäkerheten, men får utreda bemötande även om det inte har påverkat patientsäkerheten.

Den som anser sig ha blivit diskriminerad kan vända sig till DO. Det finns inget krav på att den klagande ska ha låtit någon annan instans uttala sig först. DO ska se till att alla som utsätts för diskriminering kan ta tillvara på sina rättigheter, och kan driva enskilda personers fall i domstol.

---

<sup>57</sup> 4 kap. 5 § DiskL; 3 § lagen om diskrimineringsombudsmannen.

## 4 Empirisk undersökning

I det här kapitlet kommer jag att undersöka hur IVO (Inspektionen för vård och omsorg) utreder klagomål om bemötande och hur DO (Diskrimineringsombudsmannen) utreder klagomål om diskriminering i hälso- och sjukvården. Frågeställningen som jag kommer att besvara är följande: hur hanteras bemötandefall i hälso- och sjukvården hos tillsynsinstanserna IVO och DO?

Bemötandefrågor kan hanteras av flera olika myndigheter, vilket betyder att fall kan hamna mellan stolarna eller bara inte få den omsorg som behövs. Som framgick av avsnitt 3.3 är det oklart vilka typer av bemötandefrågor som IVO ska utreda, eftersom det beror på en bedömning av hur bemötandet har påverkat patientsäkerheten. Av den anledningen vill jag undersöka hur det ser ut i praktiken, det vill säga vilka bemötandefrågor som IVO utreder och på vilka grunder. Därefter presenterar jag vilka slags bemötandefall som DO utreder.

Till att börja med kommer jag i avsnitt 4.1 att redogöra för mitt material, hur jag har samlat in det och vilka avgränsningar jag har gjort, samt hur jag har genomfört undersökningen. Därefter följer själva undersökningen: redovisningen av IVO-besluten finns i avsnitt 4.2 och redovisningen av DO-besluten i avsnitt 4.3. I avsnitt 4.4 finns en kort sammanfattning av resultatet.

### 4.1 Insamling och genomförande

Jag påbörjade mitt arbete med insamlingen av materialet genom att begära ut de IVO-beslut från 2019 som hade avslutats med att IVO hade gett kritik till vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal och som hade sorterats in i kategorin bemötande. Totalt fick jag ut 57 beslut<sup>58</sup> från IVO.

Av dessa 57 sorterade jag sedan bort de beslut som rörde händelser som utspelade sig innan den nya lagstiftningen började gälla den 1 januari 2018 och de beslut som rörde tandvård och tvångsvård. I vissa beslut kunde jag inte avgöra när händelserna utspelade sig, och dem valde jag då också att sälla bort.<sup>59</sup> Ett beslut från 2017 har jag valt att behålla av jämförelseskäl då det dyker upp även hos DO. Totalt har jag efter denna avgränsning 20 IVO-beslut från 2018 och framåt och ett IVO-beslut från 2017.<sup>60</sup>

Efter kontakt med DO begärde jag ut de DO-beslut rörande diskriminering i hälso- och sjukvården som har tagits från 2018 fram till dagen jag begärde ut dem (den 26 mars 2020). Dessa är endast sex, varav ett där DO har beslutat att stämma och fem där DO har funnit att diskriminering

---

<sup>58</sup> Fördelat på IVO:s sex avdelningar: 6 från avdelningen Nord, 13 från avdelningen Mitt, 4 från avdelningen Öst, 19 från avdelningen Sydväst, 6 från avdelningen Sydöst och 9 från avdelningen Syd.

<sup>59</sup> Till exempel IVO, Dnr 8.2.1-31620/2018-23, där det står bland underlaget att utdrag har tagits från patientjournalen ”från den 18 december 2018 t o m den 3 oktober 2018”.

<sup>60</sup> Fördelat på IVO:s sex avdelningar: 2 från avdelningen Nord, 4 från avdelningen Mitt, 1 från avdelningen Öst, 7 från avdelningen Sydväst, 2 från avdelningen Sydöst och 5 från avdelningen Syd.

inte förelåg. Beslutet att stämma är samma beslut som den tidigare nämnda stämningsansökan hör till och behandlar samma händelse som IVO-beslutet från 2017 som jag valde att behålla.

Genomförandet påbörjades med en genomläsning av IVO-besluten för att kunna göra avgränsningen. Det första jag tittade på var om beslutet handlade om tandvård för att kunna avgränsa dessa fall. Därefter letade jag efter datum för händelserna i fallet eftersom jag endast ville ha beslut som utreddes enligt den nya lagstiftningen som började gälla i januari 2018. Om till exempel utdragen från journalen var från innan 2018 sorterade jag bort beslutet, och om jag inte kunde hitta några årsdateringar alls sorterade jag också bort beslutet. De beslut jag kategoriserade som 2018 eller senare läste jag igenom noggrannare och strök under allt som kunde vara relevant för bemötandet.

DO-besluten behandlade jag på samma sätt, förutom att jag inte sorterade bort sådana beslut där händelserna utspelade sig före år 2018. Lagstiftningen för DO:s fall hade, till skillnad från för IVO:s, inte ändrat sig 2018. Även här gjorde jag en första översiktlig genomläsning och strök under allt jag tänkte kunde bli relevant.

Inför nästkommande genomläsningar ställde jag upp en rad frågor som jag ville besvara i undersökningen. Vissa är specifika för IVO-besluten medan andra ställdes till både IVO- och DO-besluten.

- Vad är bemötande?
- Vilka olika teman är relevanta för bemötandet?
- Hur utreds bemötande/diskriminering?
  - o Vilket underlag används för att utreda bemötande/diskriminering?
  - o Hur värderas olika typer av underlag?
- Vad är det som kritiseras?
  - o Varför?
- Vad kritiseras inte?
  - o Varför inte?

När jag sedan läste IVO-fallen noterade jag vilka kategorier som togs upp och som var relevanta för bemötandet. Tabell 1 (se s. 23) ger en översikt av vilka kategorier som IVO behandlar i sina beslut. För en genomgång av kategorierna i tabellen, se avsnitt 4.2.

## 4.2 IVO:s beslut

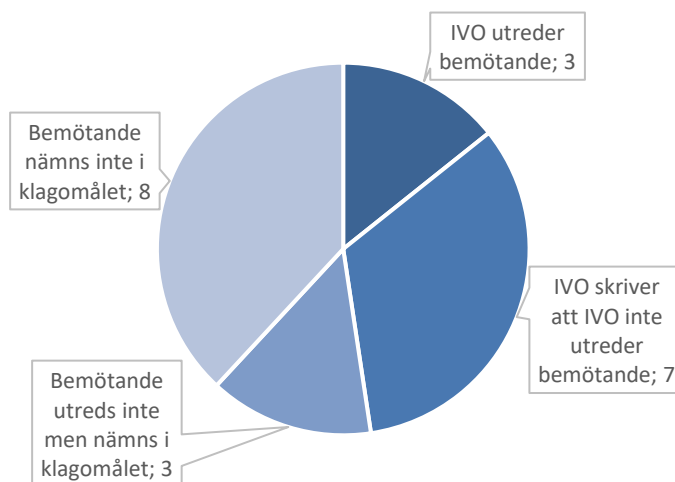
Jag kommer att redogöra IVO:s beslut utifrån en tematisering. En fullständig genomgång av alla beslut hade varit svårgenomtränglig för läsaren, och dessutom innehåller de flesta beslut medicinska resonemang som inte är relevanta för den här uppsatsen. Först presenterar jag däremot kort hur IVO:s beslut generellt ser ut.

IVO:s beslut börjar med att presentera vårdgivare som har anmälts och anmälaren (förutsatt att hen inte är anonym). Därefter presenteras vad klagomålet gäller. Ibland är det utförligt beskrivet och beskriver även själva händelsen. Ibland står det bara vilka kategorier beslutet rör. IVO:s slutsatser



presenteras ofta i en punktlista innan skälen till dess beslut ges. Sist finns en lista med vad som har varit underlag för beslutet. De mest förekommande underlagen är klagomålet, patientjournalen och yttranden från klagande, vårdgivare och relevant hälso- och sjukvårdspersonal.

Eftersom uppsatsen behandlar kategorin bemötande har jag tematiserat besluten efter just den kategorin. Det första temat har jag gett namnet *IVO utreder bemötande*. Det andra temat heter *IVO skriver att IVO inte utreder bemötande*. Det tredje temat har fått namnet *Bemötande utreds inte men nämns i klagomålet*. Slutligen har jag även valt att ha ett tema för resterande beslut där bemötande inte över huvud taget nämndes: *Bemötande nämns inte i klagomålet*. Figur 1 visar hur besluten fördelar sig enligt temana.



Figur 1: Fördelning enligt tematisering

För att ge en mer nyanserad bild av vad besluten handlar om har jag sammanställt dessa i de vanligast förekommande kategorierna i tabell 1 (se nästa sida). Kategorierna är baserade på de kategorier IVO använder i sina beslut, men under arbetets gång har jag insett att det inte finns någon samstämmig förståelse för hur kategorierna ska användas (kanske på grund av att de lätt överlappar varandra). Jag har därför slagit ihop vissa kategorier till en, och inte alltid gått efter hur IVO har rubricerat en händelse. Bemötande och kontakt mellan patient/närstående och hälso- och sjukvårdspersonal har jag tolkat som samma kategori. Där har jag helt gått på att IVO antingen använder något av begreppen i en rubrik eller att ett begrepp finns med i beskrivningen av klagomålet eller ärendet. Omhändertagande och god vård har också fått bli en gemensam kategori. Om det har funnits en hänvisning till 5 kap. 1 § HSL eller 6 kap. 1 § PSL och har jag sorterat in beslutet under omhändertagande/god vård i den mån just det avsnittet inte rör något av de andra kategorierna. Återkoppling har jag sorterat in under uppföljning. Medicinsk handläggning, medicinsk undersökning och utredning har jag ansett vara tillräckligt lika varandra och har gett namnet utredning. Kommunikation har jag valt att lägga in under information, av den anledningen att information är mer vanligt förekommande, men att kommunikation ändå innefattar någon sorts information.

Tabell 1: Kategoriindelning av IVO-beslut

	Bemötande /kontakt	Information	Dokumentation	Delaktighet	Uppföljning	Utredning	Omhändertagande /god vård
<b>Nord</b>							
Dnr 8.2.1-29344/2018-17		x	x		x		
Dnr 8.2.1-6146/2018-35	x						x
<b>Mitt</b>							
Dnr 8.2.1-43260/2018-14						x	
Dnr 8.2.1-14197/2018-21		x	x			x	x
Dnr 8.2.1-15778/2018-28	x	x	x				
Dnr 8.2.1-19258/2019-12	x		x			x	
<b>Öst</b>							
Dnr 8.2.1-26171/2018-10						x	
<b>Sydväst</b>							
Dnr 8.2.1-21762/2018-10	x		x				x
Dnr 8.2.1-32013/2018-10							
Dnr 8.2.1-26494/2018-12	x	x	x	x			x
Dnr 8.2.1-27142/2018-15			x			x	x
Dnr 8.2.1-41785/2018-17	x	x	x				
Dnr 8.2.1-13866/2018-30							
Dnr 8.2.1-12372/2019-25	x				x		x
<b>Sydöst</b>							
Dnr 8.2.1-42179/2018-14	x	x		x	x		x
Dnr 8.2.1-6997/2019-19	x		x		x	x	x
<b>Syd</b>							
Dnr 8.2.1-39154/2018-15		x	x				
Dnr 8.2.1-24354/2018-16	x		x		x		x
Dnr 8.2.1-31207/2018-22	x		x			x	
Dnr 8.2.1-7682/2019-12	x	x					
Dnr 8.2.1-16321/2019-19	x					x	

## 4.2.1 IVO utreder bemötande

I tre av fallen kommenterar IVO bemötandet som klagomålet gäller utan att skriva att den inte utreder bemötande. Två av besluten slutar med att IVO inte

kan avgöra vad som har hänt, men i det tredje kritiserar IVO en ur personalen för bemötandet.

Ett av fallen kallar jag remissfallet (även om det handlar om en hel del annat också). Det framgår inte någonstans vad i bemötandet som anmälaren klagar på. IVO kommer här fram till att det inte går att klarlägga vad som faktiskt har hänt, eftersom hälso- och sjukvårdspersonalen säger något annat än anmälaren och eftersom det inte står något i journalen som tyder på att bemötandet var dåligt. IVO hänvisar dock till kraven på god vård i 5 kap. 1 § HSL och påpekar att det är vårdgivarens ansvar att ”vården främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen”.<sup>61</sup>

Det andra fallet handlar om en försenad höftoperation.<sup>62</sup> IVO tar inte upp bemötandet separat, utan kommenterar det med en mening i utredningen av informationen till de anhöriga. ”IVO kan i efterhand inte bedöma hur hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande av patienten och hans anhöriga var vid det aktuella tillfället.”<sup>63</sup> Under information kommenterade IVO samtidigt vikten av att de anhöriga fick vara delaktiga i vården av patienten.<sup>64</sup>

Det tredje beslutet handlar om en person som sökte vård för självorsakade sårskador som behövde sys. Hon blev hemskickad av en sjuksköterska som hade misstolkat vårdgivarens rutiner vad gäller en viss typ av sårskador. Patienten blev upprörd av sjuksköterskans beslut och spelade därefter in det påföljande samtalet mellan henne själv, sjuksköterskan och en undersköterska. IVO använder sig av den inspelade ljudfilen som underlag och bedömer att undersköterskan gentemot patienten använde sig av ”både ton och ordval”<sup>65</sup> som var olämpligt med tanke på skyldigheten att bemöta patienter ”respektfullt och omsorgsfullt”<sup>66</sup>. Det framkommer dock inte i beslutet vad undersköterskan de facto har sagt, vilket innebär att IVO:s beslut i det här inte går att utvärdera.<sup>67</sup>

## 4.2.2 IVO skriver att IVO inte utreder bemötande

I sju av besluten skriver IVO rakt ut att den inte utreder bemötande. Myndigheten hänvisar i vissa fall till lagrum. De lagrum som nämns är 7 kap. 11 § PSL, 6 kap. 1 § PSL och 5 kap. 1 § PSL.

IVO hänvisar till 7 kap. 11 § PSL i ett beslut som handlar om en försenad diagnos av en höftfraktur. IVO menar att den inte utreder bemötandefrågor eftersom det ”inte ingår i IVO:s utredningsskyldighet”<sup>68</sup> och hänvisar till lagrummet. Vad bemötandet som det klagades på bestod av framgår inte.<sup>69</sup>

När IVO hänvisar till 6 kap. 1 § PSL handlar det inte om utredningsskyldigheten. Även här skriver IVO att den inte utreder bemötande, utan att redogöra för vad bemötandet bestod av. Den avslutar dock med att

---

<sup>61</sup> IVO, Dnr 8.2.1-24354/2018-16.

<sup>62</sup> Sjukhusvistelsen avslutades med att patienten avled.

<sup>63</sup> IVO, Dnr 8.2.1-26494/2018-12, s. 2.

<sup>64</sup> IVO, Dnr 8.2.1-26494/2018-12.

<sup>65</sup> IVO, Dnr 8.2.1-6146/2018-35, s. 3.

<sup>66</sup> IVO, Dnr 8.2.1-6146/2018-35, s. 3.

<sup>67</sup> IVO, Dnr 8.2.1-6146/2018-35.

<sup>68</sup> IVO, Dnr 8.2.1-19258/2019-12, s. 3.

<sup>69</sup> IVO, Dnr 8.2.1-19258/2019-12.

påminna om kravet på omtanke och respekt gentemot patienten, enligt tidigare nämnda lagrum. Vad bemötandet som det klagades på bestod av framgår inte.<sup>70</sup>

I ett fall om bristande utredning av ett spädbarn med förkylningssymtom skriver IVO i rubriken att den inte utreder bemötande. I brödtexten skriver myndigheten dock att den inte har ”möjlighet att bedöma upplevelse i bemötande och förhållningssätt”<sup>71</sup>. Sedan hänvisar IVO till kraven på god vård i 5 kap. 1 § HSL. Vad bemötandet som det klagades på bestod av framgår inte.<sup>72</sup>

Ett fall som handlar om kommunikation under ett telefonsamtal har också en hänvisning till 5 kap. 1 § HSL. I det fallet menar anmälaren att hen blev ”otrevligt och nedsättande bemött”<sup>73</sup> under samtalet. Enligt IVO har myndigheten inte möjlighet att utreda bemötande. ”Ord står ofta mot ord”<sup>74</sup>, skriver den, men trycker sedan på att det är viktigt att vården uppfyller de krav som finns i 5 kap. 1 § HSL. Några detaljer om bemötandet redogör inte IVO för.<sup>75</sup>

IVO hänvisar i två fall till patientsäkerheten utan att hänvisa till lagrum. I ett fall där patienten visade sig ha en hjärnblödning menar IVO att i just det här fallet hade bemötandet ingen direkt betydelse för patientsäkerheten och därför utreddes inte klagomålet i den delen. IVO nämner att vårdgivaren har tagit upp detta med personalen på den aktuella vårdenheten och att de ”[g]ivetvis ställer /.../ krav på sina medarbetare att alltid ha ett gott bemötande och inge trygghet”. Det framgår inte av beslutet vad bemötandet som det klagades på bestod av. Dock handlar en annan del av beslutet om ett inskrivningsmöte vid strokeenheten (där patienten fick eftervård). IVO kritiserar personalen på grund av informationen och skriver att patienten tyckte att mötet skapade oro och otrygghet eftersom informationen hon fick inte var tydlig och eftersom hon inte fick svar på sina frågor.<sup>76</sup>

Det andra beslutet rör en försenad diagnos av cancer i ryggmärgen. Patienten klagar på att bemötandet han och anhöriga fick av hälso- och sjukvårdspersonalen inte var professionellt. IVO menar att bemötandet inte hade ”någon direkt betydelse för det medicinska omhändertagandet” och därmed inte för ”patientsäkerheten på det sätt som PSL säger”<sup>77</sup>, men hänvisar inte till något specifikt lagrum. Det finns ingen beskrivning av bemötandet mer än att anmälaren såg det som oprofessionellt.<sup>78</sup>

I ett fall som delvis handlar om en anhörigs delaktighet i vården av patienten skriver IVO att ”IVO bedömer att delar av klagomålet handlar om bemötande.”<sup>79</sup> Exakt vad som IVO bedömer utgör bemötande framgår inte.

---

<sup>70</sup> IVO, Dnr 8.2.1-41785/2018-17, s. 3.

<sup>71</sup> IVO, Dnr 8.2.1-16321/2019-19, s. 3.

<sup>72</sup> IVO, Dnr 8.2.1-16321/2019-19.

<sup>73</sup> IVO, Dnr 8.2.1-7682/2019-12, s. 1.

<sup>74</sup> IVO, Dnr 8.2.1-7682/2019-12, s. 2.

<sup>75</sup> IVO, Dnr 8.2.1-7682/2019-12.

<sup>76</sup> IVO, Dnr 8.2.1-15778/2018-28.

<sup>77</sup> IVO, Dnr 8.2.1-6997/2019-19, s. 6.

<sup>78</sup> IVO, Dnr 8.2.1-6997/2019-19.

<sup>79</sup> IVO, Dnr 8.2.1-42179/2018-14, s. 1.

IVO menar vidare att bemötande inte är något myndigheten utreder och hänvisar till patientnämnden.<sup>80</sup>

### 4.2.3 Bemötande nämns i klagomålet men IVO behandlar ej frågan

Tre av fallen är intressanta av den anledningen att det i beskrivningen av klagomålet även nämns bemötande, men IVO behandlar inte själv frågan.

Ett av fallen handlar om en försenad diagnos av tarmcancer. Medan IVO själv inte bedömer bemötandet i beslutet har den berörda sjuksköterskan fått inkomma med sina synpunkter på förslaget till beslut, och de har IVO sammanfattat. Sjuksköterskan ”beklagar att patienten upplevt hennes bemötande som nonchalant men att hon anser att patientens symtom tydde på inre hemorrojder”<sup>81</sup>. Utöver att bemötandet skulle ha varit nonchalant finns inga andra beskrivningar av det.<sup>82</sup>

Ett annat fall handlar om en sjuksköterska som hade missat symtom på inflammerad blindtarm hos en fyraåring. Utöver att bemötande finns med i beskrivningen av klagomålet nämns det inte över huvud taget av IVO.<sup>83</sup>

Slutligen finns ett klagomål om bemötande i ett fall som slutar med en brusten blindtarm på en vuxen person. Det framgår av IVO:s redogörelse av anmälan att patienten besökte en akutmottagning på grund av ont i magen och för att han hade haft en röd kräkning. Sjuksköterskan som bedömde patienten misstänkte magsjuka eller matförgiftning och ”bad honom andas genom näsan så att hen inte skulle bli smittad”<sup>84</sup>. Patienten klagade också på att hans symtom inte blev tagna på allvar. IVO bedömer inte själv bemötandet, men vårdgivaren har uttalat sig om svårigheten att i efterhand utreda vad som har hänt. Vårdgivaren sade också att bemötande är något de arbetar kontinuerligt med i verksamheten.<sup>85</sup>

### 4.2.4 Bemötande nämns inte i klagomålet

I åtta av besluten nämndes bemötande eller kontakt inte alls, vare sig i själva beslutet eller i redogörelsen av klagomålet. Intressant för den här uppsatsens ämne är hur det kommer sig att dessa beslut ändå har sorterats i kategorin bemötande. Jag kommer därför att kortfattat redogöra för varje fall.

Ett av fallen handlar om en försenad diagnos av blodproppar i lungorna. Patienten menar att läkaren inte tog hennes symtom på allvar, och IVO menar att den medicinska handläggningen var bristfällig. Läkaren hade inte lyssnat på patientens lungor, vilket han borde ha gjort med tanke på att patienten hade hostat blod.<sup>86</sup>

Den medicinska handläggningen kritiseras också i ett fall med en försenad diagnos av cancer i buken. Patienten gick på oplanerade läkarbesök

---

<sup>80</sup> IVO, Dnr 8.2.1-42179/2018-14.

<sup>81</sup> IVO, Dnr 8.2.1-12372/2019-25, s. 2.

<sup>82</sup> IVO, Dnr 8.2.1-12372/2019-25.

<sup>83</sup> IVO, Dnr 8.2.1-31207/2018-22.

<sup>84</sup> IVO, Dnr 8.2.1-21762/2018-10, s. 1.

<sup>85</sup> IVO, Dnr 8.2.1-21762/2018-10.

<sup>86</sup> IVO, Dnr 8.2.1-26171/2018-10.

vid tre tillfällen, och det är läkaren från det andra behandlingstillfället som kritiseras. ”IVO anser att när en patient söker vid upprepade tillfällen med nytillkomna kraftiga symtom, oro för allvarlig sjukdom och en tilltagande försämring bör vidare utredning intensifieras och prioriteras.”<sup>87</sup> IVO hänvisar även till 6 kap. 1 § PSL, men inte till att patienten ska visas omtanke och respekt.<sup>88</sup>

I ett av besluten är det främst samordningen som kritiseras, även om IVO också kritiserar informationen, dokumentationen och vården. Fallet slutade med att patienten opererades akut för fri gas i buken. Angående informationen framgår att trots att patienten fick information kände hon sig inte informerad, och IVO påpekar att det är personalens uppgift att se till att informationen anpassas så att patienten förstår den.<sup>89</sup>

Ett annat beslut handlar om uppföljning av läkemedelsbehandling. Patienten hade påbörjat behandling med ett antidepressivt läkemedel och fick biverkningar. När hen hörde av sig till mottagningen kunde hen inte få något besked om sin fortsatta behandling på grund av att en läkare inte hade lagt in anteckningar från läkarbesöket.<sup>90</sup> Beslutet är skrivet något osammanhängande. Bland annat står det vid ett tillfälle att patienten har försökt kontakta mottagningen flera gånger,<sup>91</sup> men bara ett av kontaktförsöken är beskrivet i beslutet.<sup>92</sup>

Ett fall handlar om utlämnande av journalhandlingar. Patienten var tvungen att påminna mottagningen, som ringde upp patienten för att fråga varför patienten ville ha handlingarna. Sedan fick patienten ändå inte ut en remiss, som IVO påpekar är en journalhandling.<sup>93</sup>

Ett annat fall handlar om felaktig förskrivning av läkemedel. Där kritiserar IVO vårdgivaren för att det var lätt att göra fel i systemet för receptskrivning, en läkare för att hon skrev ut den långverkande formen av ett läkemedel i stället för den kortverkande och en apotekare för att hon inte reagerade på att doseringen inte var rimlig för det långverkande läkemedlet.<sup>94</sup>

Det näst sista beslutet rör en gynekologisk operation och dess efterverkningar. IVO anser att operationsberättelsen var knapphändig, och att det var en brist att anhöriga inte fick information om patientens tillstånd eller var patienten befann sig.<sup>95</sup>

Det sista beslutet är det som även DO har utrett. Av den anledningen kommer jag att redogöra för det mer detaljerat än de andra besluten i det här avsnittet. En närstående ringde till SOS när patienten fick kraftig huvudvärk och spydde. Dagen innan hade patienten spelat fotboll och skadat nacken. IVO kritiserar den ena ambulanssjuksköterskan för bristande dokumentation och bristande bedömning och prioritering, och kritiserar akutmottagningen för bristande dokumentation och bristande vård och behandling. Ambulanssjuksköterskans dokumentering har ingen medicinsk grund, menar

---

<sup>87</sup> IVO, Dnr 8.2.1-43260/2018-14, s. 2.

<sup>88</sup> IVO, Dnr 8.2.1-43260/2018-14.

<sup>89</sup> IVO, Dnr 8.2.1-14197/2018-21.

<sup>90</sup> IVO, Dnr 8.2.1-29344/2018-17.

<sup>91</sup> IVO, Dnr 8.2.1-29344/2018-17, s. 2.

<sup>92</sup> IVO, Dnr 8.2.1-29344/2018-17.

<sup>93</sup> IVO, Dnr 8.2.1-32013/2018-10.

<sup>94</sup> IVO, Dnr 8.2.1-13866/2018-30.

<sup>95</sup> IVO, Dnr 8.2.1-39154/2018-15.

IVO i sitt beslut, och syftar till att sjuksköterskan hade skrivit att patienten ”spelar medvetlös”, och även använde begreppet ”kulturell svimning” för att beskriva patientens tillstånd. IVO menar att när journalen lämnades över till akutmottagningen fick personalen på mottagningen fel uppfattning om patientens tillstånd, något som ledde till att patienten inte fick en god och säker vård. Inte heller akutmottagningen lyckades dokumentera fallet på ett acceptabelt sätt, utan hade inte dokumenterat någonting under de första 90 minuter patienten befann sig på mottagningen, innan han fick en läkarbedömning. Vad gäller ambulanssjuksköterskans bedömning och prioritering går hans yttrande emot det som framgår av SOS Alarms dokumentation. Sjuksköterskan yttrade att patienten endast hade huvudvärk, medan det framgår av SOS Alarms handling att patienten hade kräkts och att patienten svimmade under samtalet. IVO menar att sjuksköterskan också har brutit i att följa den bedömningsrutin som finns för att prioritera akuta fall, eftersom patienten skulle ha prioriterats orange men sjuksköterskan prioriterade honom gul. Slutligen kritiserar IVO akutmottagningen för att inte ha gjort en egen bedömning och omprioriterat patienten. IVO menar då att det faktum att patienten var motoriskt orolig borde ha varit tillräckligt för att mottagningen skulle göra en egen bedömning av prioriteringen. Att det inte gjordes visade på ett bristande omhändertagande.<sup>96</sup>

## 4.3 DO:s beslut

Jag har valt att dela in DO:s dokument i två kategorier: diskriminering har begåtts och diskriminering har inte begåtts. I det fallet DO har ansett att diskriminering har begåtts finns knappt någon information i beslutet, vilket innebär att jag har fått gå till stämningsansökan. En stämningsansökan är på grund av omständigheterna en helt annan typ av dokument än ett DO-beslut och därför anser jag att de bör behandlas i olika avsnitt.

### 4.3.1 Diskriminering har begåtts

DO har endast funnit att diskriminering har skett i ett av fallen. Som jag har nämnt tidigare har även IVO granskat händelsen i det fallet och kritiserat både ambulansverksamheten, akutmottagningen och en av ambulanssjuksköterskorna för bristande dokumentation, bedömning, prioritering, vård och behandling. DO menar att landstinget har diskriminerat både patienten och hans maka och har beslutat att väcka talan mot landstinget.<sup>97</sup> Själva beslutet att väcka talan innehåller knappt någon information om fallet, men stämningsansökan innehåller desto mer. Dock är stämningsansökan ensidig på grund av formatet.

DO har stämt både på grundval av DiskL (diskrimineringslagen (2008:567)), men också på grundval av EU:s rättighetsstadga och Europakonventionen. De lagrum i DiskL som nämns är 2 kap. 13 och 17 §§, 1 kap. 4 § och 5 kap. 1 §.<sup>98</sup>

---

<sup>96</sup> IVO, Dnr 8.2.1-27142/2018-15.

<sup>97</sup> DO, Dnr TIL 2018/344.

<sup>98</sup> DO, Dnr PRO 2019/7, s. 3–4.

Av omständigheterna i fallet framgår att patienten hade slagit sig i huvudet under en fotbollsmatch dagen innan. Patientens fru ringde på patientens begäran ambulans då patienten hade huvudvärk och hade kräkt. Under samtalet fick patienten svårt att andas och svimmade. Detta är också antecknat i journalen från samtalet och uttryckningen prioriterades som prio 1 (mycket brådskande). Både patienten och hans fru var enligt IVO klädda i traditionellt muslimska kläder vid tillfället. När ambulanspersonalen kom verkade de inte lyssna på patientens fru när hon berättade vad som hade hänt utan menade att patienten låtsades. Enligt frun släpade de på patienten ut till ambulansen, trots att patienten knappt var vid medvetande. I journalen har den ena sjuksköterskan skrivit att patienten ”spelar medvetlös”. Senare har sjuksköterskan även lagt till ”kulturell svimning,,?“”. Ingen prioritering från ambulansen har antecknats i journalen, men enligt stämningsansökan gav ambulanssjuksköterskan information till akutsköterska att patienten var en prio gul (ej livshotande, men behöver akutvård). Det gjordes ingen ny bedömning på akutmottagningen utan patienten fick ligga utan undersökning där i en och en halv timme. Efter undersökningen skickades remiss till röntgen, men patienten hann sluta andas innan dess och var tvungen att bli intuberad innan röntgen där det blev uppenbart att patienten hade en massiv hjärnblödning. Efter operation av hjärnblödningen var patienten i en medicinsk koma i två månader. Patienten återfick några funktioner, men drabbades av en ny hjärnblödning efter ett fall från sjukhussängen och kunde när han kom hem från sjukhuset endast kommunicera med blinkningar. Patienten avled efter en lunginflammation drygt ett och ett halvt år efter händelsen.<sup>99</sup>

DO ser ut att ha baserat mycket av sin utredning på IVO:s utredning och hänvisar till både IVO:s egen bedömning och det expertutlåtande IVO begärde in från en överläkare i neurovetenskap. DO hänvisar också till sjukhusets egen analys av händelsen som anger kulturella fördomar och kunskapsbrist som orsaker till personalens bristande vård. DO anser att ambulanssjuksköterskans journalanteckningar, ambulanspersonalens behandling av patienten och akutmottagningens behandling av patienten är bevis nog på att patienten har diskriminerats i samband med diskrimineringsgrunden etnicitet och/eller religion.<sup>100</sup>

### 4.3.2 Diskriminering har inte begåtts

I fem av besluten ansåg DO att diskriminering inte kunde styrkas. Tre av fallen utreddes på diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning, ett på diskrimineringsgrunden etnisk tillhörighet och i ett av fallen nämns diskrimineringsgrunden inte specifikt, men det går att utläsa att det handlar om könsöverskridande identitet. Ett av fallen om diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning är kraftigt maskat och går i vissa delar knappt att läsa.

DO använder i dessa fall främst patientjournaler och yttranden. Även andra dokument kan användas om de anses vara relevanta. Om anmälares

---

<sup>99</sup> DO, Dnr PRO 2019/7, s. 8–13.

<sup>100</sup> DO, Dnr PRO 2019/7.



uppgifter inte bekräftas av vårdgivaren står ofta ord mot ord och det är inte tillräckligt för att DO ska anse att diskriminering har begåtts.

Fallet som handlar om etnisk diskriminering kallar jag för fallet med den fördomsfulla läkaren. Enligt uppgifter från patienten ska läkaren ha vägrat sjukskriva henne då han menade att patienten ljög om sina besvär, och att anledningen till att läkaren ansåg att patienten ljög var kopplad till hennes etniska tillhörighet. Patienten menar också att läkaren har sagt att han ska skriva i hennes journal så att ingen någonsin ska sjukskriva henne. DO skriver i sitt beslut att den bad anmälaren att komma in med en kopia på patientjournalen från den aktuella händelsen, vilket tyder på att DO inte själv har möjlighet att begära ut patientjournaler. Eftersom de enda andra underlagen i målet är anmälares uppgifter och ett yttrande från vårdgivaren anser DO att ord stod mot ord och att det inte går att styrka att vårdgivaren har diskriminerat anmälaren. DO uttalar sig inte kring huruvida fallet ska ses som diskriminering om patientens uppgifter hade kunnat styrkas, utan hänvisar endast till diskrimineringslagen om att diskriminering i hälso- och sjukvården är förbjuden. De lagrum DO hänvisar till i fallet är 2 kap. 13 § och 1 kap. 4 § DiskL.<sup>101</sup>

I ett fall om körkortstillstånd utredde DO om patienten har blivit diskriminerad på grund av könsöverskridande identitet. DO hänvisar i beslutet till 2 kap. 13 § och 1 kap. 4 § DiskL. Patienten var transman och behövde ett läkarintyg för att få körkortstillstånd eftersom han hade en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Under läkarbesöket uttalade sig läkaren om hormonbehandling<sup>102</sup> som en risk för aggressivitet och därmed påverkan på körförmågan, och patienten fick även intrycket av att läkaren vägrade utfärda läkarintyget. Läkaren skrev dock läkarintyget dagen efter, vilket DO anser tyder på att patienten inte fick vänta onödigt länge på intyget. Det framgick heller inte från underlaget om läkaren ansåg att hormonbehandling kunde påverka körförmågan och DO anser därför att det inte finns stöd för att diskriminering har skett. Utöver journalen och yttranden baserar DO även sitt beslut på det utfärdade läkarintyget och körkortstillståndet.<sup>103</sup>

Fallet som är kraftigt maskat handlar om fertilitetsbevarande åtgärder. Såvitt det går att utröna har anmälaren velat spara könsceller, och har från en klinik fått remiss till en annan vårdgivare. Den andra vårdgivaren tillät dock endast det om det fanns medicinsk indikation för sterilitet och om det enligt dagens lagstiftning gick att använda könscellerna i framtiden, varpå patienten inte fick spara könsceller. Anmälaren anmälde därför den första kliniken för diskriminering på grund av funktionsnedsättning (det framgår inte vilken typ av funktionsnedsättning det gäller). Enligt DO:s bedömning ger utredningen inte stöd för att patienten har blivit diskriminerad eftersom anledningen till att hen blev nekad att spara sina könsceller är att hen inte uppfyllde de kriterier vårdgivaren gick efter. Beslutet behandlar även besöket vid kliniken och en läkares bemötande av patienten, men de avsnitten är så maskade att det inte framgår vad som har hänt mer än att läkaren har sagt något som

---

<sup>101</sup> DO, Dnr TIL 2019/281.

<sup>102</sup> En del av den könsbekräftande vården för transmän kan vara behandling med testosteron.

<sup>103</sup> DO, Dnr TIL 2018/19.

patienten ansåg vara stötande. Det framgår heller inte vad DO anser om den händelsen. De underlag som DO använder sig av är yttranden från patienten och de båda vårdgivarna, remissen och remissvaret, samt riktlinjerna för vem som hade möjlighet att ta del av de fertilitetsbevarande åtgärderna. De lagrum DO hänvisar till är 1 kap. 4 § och 2 kap. 13 § DiskL.<sup>104</sup>

Ett fall handlar om en person som skulle röntgas. Hon satt i rullstol och kunde inte själv förflytta sig till undersökningsbritten. Enligt anmälan blev hon flera gånger frågad om hon kunde stå upp av och personalen sade att ”att de inte kunde ta några bilder eftersom de inte hade någon lift”. Patienten blev dock undersökt med ultraljud medan hon satt i sin rullstol, vilket enligt DO:s bedömning innebär att hon inte missgynnades eftersom hon fick sin vård. Vårdgivaren erbjöd även andra lösningar på problemet som anmälaren tackade nej till. Ett yttrande från vårdgivaren förklarar vidare hur vårdgivaren har åtgärdat problemet och införskaffat liftar till alla undersökningsrum. Vad gäller diskriminering av typen bristande tillgänglighet påpekar DO att det endast finns ett krav på enklare åtgärder om inget annat är specifikt lagstadgat. DO har baserat sin utredning på yttranden från patienten och vårdgivaren, samt en skrivelse från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i landstinget vilken rör händelsen. De lagrum DO hänvisar till är 1 kap. 4 § och 2 kap. 13 § DiskL.<sup>105</sup>

Det sista fallet från DO handlar om en patient som skulle få behandling mot en ätstörning. I beslutet hänvisar DO till 2 kap. 13 § och 1 kap. 4 § DiskL. I fallet hade vårdgivaren inte låtit anmälaren vara med i lunchdelen av behandlingen eftersom vårdgivaren trodde att anmälares allergi även var luftburen. Patienten hävdade också att vissa anställda vid behandlingsenheten skulle ha sagt att anmälares inte skulle ha fått en plats i behandlingsprogrammet om de hade vetat att anmälares hade den här allergin innan patienten fick platsen. DO kom dels fram till att det inte fanns något stöd för att diskriminering hade skett, dels att det rörde sig om en medicinsk bedömning på felaktiga grunder, något som faller utanför diskrimineringslagens ramar. Det har inte funnits något antecknat i journalen om att anmälares inte skulle ha fått plats och DO har inte haft möjlighet att fråga de anställda om mötet. DO har dock skrivit att sjukhusets företrädare ”har full tillit till medarbetarnas sätt att dokumentera mötena”.<sup>106</sup>

## 4.4 Sammanfattning

IVO utreder oftast inte bemötande. I ett fall får en undersköterska kritik för sitt bemötande av en patient, och det grundar sig på att patienten har spelat in samtalet. I övriga fall där bemötande diskuteras menar IVO att den inte kan utreda bemötandet, att myndigheten över huvud taget inte utreder bemötande eller att bemötandet inte har varit relevant för patientsäkerheten. Generellt kan det sägas att IVO inte beskriver bemötandet som det klagas på. De beslut där bemötande inte nämns handlar om utredning, information,

---

<sup>104</sup> DO, Dnr TIL 2018/3.

<sup>105</sup> DO, Dnr TIL 2018/347.

<sup>106</sup> DO, Dnr TIL 2018/61.

dokumentation, återkoppling, utlämnande av journal och felaktig förskrivning av läkemedel.

DO menar att diskriminering har begåtts i ett av fallen. I det beslutet finns ingen information om händelsen, utan händelsen finns beskriven i stämningsansökan. I resterande fem fall anser DO att det inte finns något som styrker att diskriminering har begåtts.

# 5 Den teoretiska och praktiska hanteringen av bemötandefrågor i hälso- och sjukvården

I det här avsnittet kommer jag att analysera och jämföra hur IVO (Inspektionen för vård och omsorg) och DO (Diskrimineringsombudsmannen) utreder bemötande och hur deras hantering förhåller sig till lagstiftningen. Jag kommer att börja med att diskutera IVO och DO var för sig och avslutar kapitlet med en jämförelse mellan de två instanserna.

## 5.1 IVO

Det som står ut mest bland IVO:s beslut är att det sällan framgår vad ett bemötande har bestått av. Som jag redogjorde för i avsnitt 3.3 ska IVO redovisa skälen för sina beslut, där en av anledningarna var lärandeaspekten. Om IVO återkommande menade att den inte utreder bemötande över huvud taget hade vi kunnat lära oss just det, och då hade skälen kunnat ses som tillräckliga. Eftersom IVO bedömer fallen olika anser jag att skälen inte är tillräckliga. I fallet som kritiseras borde IVO ha redogjort för vilka ord och vilken ton som inte var lämpliga, och myndigheten borde också ha redogjort för om bemötandet utreddes på grund av att det påverkade patientsäkerheten eller inte. IVO får, som nämnts i avsnitt 3.3, välja att utreda händelser som inte uppfyller kraven i 7 kap. 11 § PSL, och bör därför vara tydlig på vilken grund den utreder en händelse. I hjärnblödningsfallet (se avsnitt 4.2.2) finns ett möte mellan patient och personal beskrivet som IVO har kategoriserat som information, men som jag anser hade kunnat kategoriseras som bemötande på grund av det som sägs om oro och otrygghet. Det framgår inte om det är detta möte som patienten har klagat på under kategorin bemötande eller om det är ett annat möte, vilket lätt kan leda till att den som läser beslutet blir förvirrad.

En svårighet med att utreda bemötandefrågor är bevisfrågan. Som IVO skriver i ett av fallen (se avsnitt 4.2.2) står ord ofta mot ord. I ett annat beslut (se avsnitt 4.2.1) skriver myndigheten att det inte går att klarlägga vad som har hänt, och hänvisar dels till att patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen säger olika saker, dels till att det inte finns något dokumenterat i patientjournalen som tyder på att bemötandet var dåligt. I det enda fallet där IVO kritiserar bemötandet bygger kritiken på ljudfilen som patienten har spelat in (se avsnitt 4.2.1). En slutsats jag drar av dessa fall är att det ligger på patienten att skaffa bevis för hur bemötandet var. Om patientjournalen är det viktigaste underlaget IVO har att basera sina beslut på är det svårt att se hur en patient någonsin kan få rätt i bemötandefrågor gentemot hälso- och sjukvårdspersonalen. Att anta att en person självmant skulle skriva i journalen att hen har betett sig oprofessionellt eller inkorrekt,

anser jag, är orimligt så länge personen är medveten om att beteendet är oprofessionellt eller inkorrekt. Det är endast när personen inte är medveten om att beteendet inte är acceptabelt och det är relevant för hälso- och sjukvården som personen skulle ha anledning att anteckna beteendet i journalen. Bevismässigt har patienten således en nackdel redan från början.

Det finns några tillfällen jag anser att IVO visar på att ansvaret för bemötandefrågor ligger hos andra instanser. I ett av fallen hänvisar IVO till patientnämnden efter att ha skrivit att IVO inte utreder bemötande (se avsnitt 4.2.2). Vid två tillfällen diskuterar IVO själv inte bemötande, men redogör för vad personalen, i ena fallet, och vårdgivaren, i det andra fallet, har sagt angående klagomålet på bemötandet (se avsnitt 4.2.3).

## 5.2 DO

Det finns en aspekt som utmärker sig i DO-dokumentet: skillnaden mellan när DO väljer att väcka talan och när DO finner att det inte finns stöd för att diskriminering skulle ha begåtts. Det finns inga detaljer om händelsen i beslutet att väcka talan. I besluten där stöd för diskriminering inte finns är händelsen behandlad på ett neutralt sätt, där DO utreder frågan om diskriminering. I stämningsansökan är det uppenbart att DO redan har kommit fram till att händelsen utgör diskriminering. Stämningsansökan är skriven ur partens synvinkel, och om DO har hittat omständigheter som möjligtvis skulle försämra chansen att få rätt i domstol så finns inte dessa med i dokumentet. Jag undrar om anledningen till att det inte finns några detaljer i beslutet att väcka talan är för att motparten i rättegången inte ska kunna använda sig av DO:s beslut som underlag i sitt försvar. Det är, enligt mig, uppenbart att dokumentens syften – i besluten att redovisa för utredningens grunder; i stämningsansökan att argumentera för att diskriminering har begåtts – har bidragit till hur händelserna beskrivs.

## 5.3 Jämförande

En tydlig skillnad mellan DO och IVO är vilken typ av material myndigheterna har tillgång till. IVO har möjlighet att begära ut utdrag ur patientjournalen från vårdgivaren, medan DO måste be patienten att inkomma med utdrag ur journalen. Det blir problematiskt i fall som med den fördomsfulla läkaren (se avsnitt 4.3.2) där patienten inte inkom med journalen. DO har därmed inte samma förutsättningar att fullständigt utreda händelser inom hälso- och sjukvården. Det kan möjligtvis antas att patienten har ett egenintresse av att bifoga relevant bevisning till sin anmälan. Eftersom DO inte bara utreder händelser inom hälso- och sjukvården kan det också ses som att det är för specifikt att ge myndigheten möjlighet att begära ut just patientjournaler. Vidare finns det sekretessbestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården och som kan vara ett hinder för DO i den här frågan.<sup>107</sup> Sekretess ligger dock utanför den här uppsatsens ämne.

---

<sup>107</sup> Se till exempel 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Intressant nog använder sig DO av IVO-beslutet i det fall som båda myndigheterna utreder. Vilket bevisvärde en annan myndighets beslut har i domstol är tyvärr en diskussion för en annan uppsats. Däremot kan det ge perspektiv på tidsaspekterna de båda myndigheterna har att förhålla sig till. IVO har möjlighet att bortse från klagomål på händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden. DO har ingen sådan tidsgräns, men har å andra sidan ett vagare ansvar i förhållande till enskilda.

Som jag har nämnt vid några tillfällen i den här uppsatsen är DO bunden till en tydligare lagstiftning än IVO. Det syns även i besluten. DO hänvisar till de lagrum som är aktuella i fallet, medan IVO endast hänvisar till lagrum i enskilda fall. När IVO hänvisar till lagrum är det också av olika skäl. Vid ett tillfälle är det för att visa på att IVO inte ska utreda bemötandefrågor. Vid andra tillfällen är det för att påminna om hur hälso- och sjukvårdspersonalen ska bemöta patienter.

Över huvud taget är DO:s beslut mer detaljerade än IVO:s beslut. Det syns extra tydligt i fallet med ambulanssjuksköterskan (se avsnitt 4.2.4 och avsnitt 4.3.1). I stämningsansökan redogör DO för att både patient och närstående har traditionella, muslimska kläder. Jag tolkar det som att DO visar på att etnisk tillhörighet och religion syns på både patient och närstående, vilket innebär att ett missgynnande i detta fall kan ha att göra med någon av de diskrimineringsgrunderna. Som dokument är dock DO:s stämningsansökan mer omfattande än myndighetens beslut och det är rimligt att det finns fler detaljer i stämningsansökan.

Varken DO:s eller IVO:s beslut kan överklagas. För DO:s beslut gäller att dessa inte hindrar att den klagande själv driver fallet i domstol, varför ett beslut inte har någon större påverkan på individen. IVO kan i klagomålsärenden inte utdöma disciplinpåföljder, utan måste då öppna ett ärende på eget initiativ.

## 6 Slutsatser

I det här avsnittet kommer jag att besvara mina frågeställningar och ge förslag på ytterligare forskning.

Bemötande är ett komplicerat begrepp. Det kan innefatta ett professionellt beteende, respekt och empati. Gentemot patienter är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen är inkännande och tar patientens oro och problem på allvar. Utöver att upprätthålla ett gott förtroende för hälso- och sjukvården är ett gott bemötande viktigt för att vården av patienterna ska bli så bra som möjligt.

I första hand är det svenska systemet för att klaga på hälso- och sjukvården till för att förbättra vården. Den som klagat kan få en viss upprättelse, men främst är det framtida patienter som är viktiga att skydda. Dock finns patientnämnden som stöd till den som vill klaga och för att hjälpa till att upprätthålla förtroendet i de fall patientens förtroende för vårdgivaren har sjunkit. Vårdgivarens ansvar är att utreda händelser och att besvara de klagomål som riktas mot den. Om den klagande inte är nöjd med patientnämndens och vårdgivarens respons kan den gå vidare till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) som ska utreda bemötandehändelser som har haft eller hade kunnat ha en påverkan på patientsäkerheten.

Vid sidan om dessa tre instanser finns DO (Diskrimineringsombudsmannen). Diskrimineringsbegreppet skiljer sig främst från bemötandebegreppet på det sättet att de flesta varianter av diskriminering kräver en koppling till någon av diskrimineringsgrunderna. Diskriminering är också tydligt definierat i lagstiftningen, och lagen ger utrymme för tillåten diskriminering.

Något av det som jag har funnit mest problematiskt är IVO:s hantering av bemötandefrågorna. Den är inte tillräckligt transparent. Det är omöjligt att avgöra vad som har legat till grund för att IVO inte har utrett bemötande, eller vad som gör att ett bemötande är acceptabelt eller inte. DO är tydligare i sina beslut, och det är enkelt att följa med i både resonemang och händelseutveckling (åtminstone så länge halva beslutet inte är maskat). En annan aspekt av bemötandefrågorna som står ut är bevissvårigheterna. Som jag skrev i kapitel 5 är patientjournalen ett bevis som myndigheterna ofta hänvisar till, och anteckningarna i journalen skrivs av hälso- och sjukvårdspersonalen som patienten klagat på. Personalen har i princip makt att skriva sina egna bevis.

Det finns några aspekter som jag har noterat medan jag har arbetat med den här uppsatsen, men som tyvärr inte har fått plats i avgränsningen. IVO:s beslut innehåller mycket som jag tycker är värt att undersöka. Hur brister i dokumentationen påverkar vad det är som kritiseras i besluten, är en fråga jag tror skulle generera ett intressant svar. Jag hade också gärna sett en större jämförelse mellan hur DO och IVO hanterat samma händelse, vilka detaljer myndigheterna tycker är relevanta i sina utredningar. Över huvud taget tror jag att det hade gynnat den medicinska rätten om IVO:s beslut granskades mer ingående. Även tillsynsmyndigheterna behöver bli granskade av någon.

# Käll- och litteraturförteckning

## Litteratur

- Bull, Thomas, "Objektivitetsprincipen" i Marcusson, Lena (red.), *Offentligrättsliga principer*, 3 uppl., Iustus Förlag AB, Uppsala, 2017.
- Chen, Jack, Ou, Lixin & Hollis, Stephanie J., "A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting" i *BMC Health Service Research*, 13:211, 2013.
- Jangland, Eva, *The Patient–Health-professional Interaction in a Hospital Setting*, Diss. Uppsala universitet, 2011.
- Johnsson, Lars-Åke, *Hälso- och sjukvårdslagen: med kommentarer*, Uppl. 10, Wolters Kluwer, Stockholm, 2017.
- Johnsson, Lars-Åke, *Patientlagen: en kommentar*, Uppl. 2, Norstedts Juridik, Stockholm, 2020.
- Kleineman, Jan, "Rättsdogmatisk metod" i Nääv, Maria & Zamboni, Mauro (red.), *Juridisk metodlära*, 2 uppl., Studentlitteratur, Lund, 2018.
- Marcusson, Lena (red.), *Offentligrättsliga principer*, 3 uppl., Iustus Förlag AB, Uppsala, 2017.
- Nääv, Maria & Zamboni, Mauro (red.), *Juridisk metodlära*, 2 uppl., Studentlitteratur, Lund, 2018.
- Olsen, Lena, "Rättsvetenskapliga perspektiv" i *Svensk Juristtidning*, 2004, s. 105–145.
- Vahlne Westerhäll, Lotta, "Klagomål i hälso- och sjukvården ur förvaltningsrättslig synvinkel" i *Förvaltningsrättslig tidskrift*, Nr. 3, 2018, s. 569–582.
- Ödegård, Synnöve (red.), *Patientsäkerhet – teori och praktik*, Liber, Stockholm, 2013.

## Lagkommentarer

- Vahlne Westerhäll, Lotta, *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 1 §*, Karnov lagkommentar (JUNO), hämtad 2020-05-08.
- Vahlne Westerhäll, Lotta, *Patientsäkerhetslag (2010:659) 7 kap. 3 §*, Karnov lagkommentar (JUNO), hämtad 2020-05-08.
- Vahlne Westerhäll, Lotta, *Patientsäkerhetslag (2010:659) 7 kap. 11 §*, Karnov lagkommentar (JUNO), hämtad 2020-05-15.

## Elektroniska källor

- 1177 Vårdguiden, "Om du inte är nöjd med vården", <https://www.1177.se/Skane/sa-fungerar-varden/om-du-inte-ar-nojd/om-du-inte-ar-nojd-med-varden/> [hämtad 2020-05-26].
- IVO, "Om patientnämnden", <https://www.ivo.se/for-privatpersoner/om-patientnamnden> [hämtad 2020-04-15].
- Löf, "Vad gäller försäkringen inte för?", <https://lof.se/patient/vad-galler-forsakringen-inte-for/> [hämtad 2020-04-15].



## Offentligt tryck

### *Propositioner*

Prop. 1978/79:220	om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl.
Prop. 1995/96:176	Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården
Prop. 1996/97:60	Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
Prop. 2007/08:95	Ett starkare skydd mot diskriminering
Prop. 2009/10:210	Patientsäkerhet och tillsyn
Prop. 2016/17:122	Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården
Prop. 2016/17:180	En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag

### *Övrigt*

2007/08:KU6	Granskningsbetänkande. Vissa frågor i anslutning till flodvågskatastrofen m.m.
Patientnämnderna i Sverige, <i>Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige</i> , 2019.	

# Rättsfallsförteckning

## Arbetsdomstolen

AD 2011 nr 13

## Diskrimineringsombudsmannen

Dnr PRO 2019/7

Dnr TIL 2018/3

Dnr TIL 2018/19

Dnr TIL 2018/61

Dnr TIL 2018/344

Dnr TIL 2018/347

Dnr TIL 2019/281

## Inspektionen för vård och omsorg

### *Nord*

Dnr 8.2.1-29344/2018-17

Dnr 8.2.1-6146/2018-35

### *Mitt*

Dnr 8.2.1-43260/2018-14

Dnr 8.2.1-14197/2018-21

Dnr 8.2.1-15778/2018-28

Dnr 8.2.1-19258/2019-12

### *Öst*

Dnr 8.2.1-26171/2018-10

### *Sydväst*

Dnr 8.2.1-21762/2018-10

Dnr 8.2.1-32013/2018-10

Dnr 8.2.1-26494/2018-12

Dnr 8.2.1-27142/2018-15

Dnr 8.2.1-41785/2018-17

Dnr 8.2.1-13866/2018-30

Dnr 8.2.1-12372/2019-25

Dnr 8.2.1-31620/2018-23

### *Sydöst*

Dnr 8.2.1-42179/2018-14

Dnr 8.2.1-6997/2019-19

### *Syd*

Dnr 8.2.1-39154/2018-15

Dnr 8.2.1-24354/2018-16

Dnr 8.2.1-31207/2018-22

Dnr 8.2.1-7682/2019-12  
Dnr 8.2.1-16321/2019-19

## **Justitieombudsmannen**

Dnr 678-2015  
Dnr 6153-2016  
Dnr 1855-2018