

WP 1.3 Analys av lagstiftning, policy och handlingssystem

PROJEKT

Mer Hemdialys för Hälsa, Livskvalité och Kostnadskontroll

FINANSIERING

Interreg Öresund-Kattegat-Skagerrak (ÖKS)

PROJEKTTID

2023-09-01 – 2026-08-31

WP-LEDARE

Ulf Petrusson, Göteborgs Universitet

ARBETSGRUPP

Christoffer Hermansson och Ulf Petrusson

RAPPORT FÄRDIGSTÄLLD

Augusti 2026

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Executive summary	4
1. Uppdraget	5
2. Bakgrund	5
3. Frågeställningar	6
4. Arbetets genomförande och metod	7
4.1. Ett utförande av systembaserad analys av patientens ”rätt” till och rättsliga ställning vid personcentrerad hemdialys	7
4.2. Metod och genomförande	7
4.3. Analys och integrering av resultat	8
4.4. Deltagare, samverkan och kvalitetssäkring	8
4.5. Projektets arbetsresultat och arbete	8
5. Utgångspunkter för en rättslig ordning avseende personcentrerad egenvård och hemdialys	10
5.1. Utgångspunkt för egenvård och hemdialys som tekniskt och medicinskt avancerad vård i hemmet ..	10
5.2. Egenvård som rättslig ordning i förhållande till personcentrerad egenvård och hemdialys	11
5.3. Personcentrerad egenvård och hemdialys i hälso- och sjukvårdssystemets vårdnivåer och vårdformer	13
5.4. Patientens rättsliga ställning vid personcentrerad egenvård och hemdialys	14
5.5. Ansvarsplacering och ansvarsfördelning vid personcentrerad egenvård och hemdialys	16
6. Slutsatser och resultat	18
Tema 1 – Egenvård är en central rättslig ordning för personcentrerad hemdialys	18
Tema 2 – Personcentrerad hemdialys behöver förstås utifrån vårdnivåer, vårdformer och egenvård	18
Tema 3 – Patientens rättsliga ställning behöver tydliggöras och stärkas	19
Tema 4 – Egenvårdsbeslut är ett centralt moment för placering av egenvårdsansvar	19
Tema 5 – Behov av gemensamt lärande mellan de skandinaviska ländernas	20
7. Rekommendationer	21
Källor som nämns i denna rapport	22
Bilagor till rapporten	24
Bilaga 1 – En reflektion avseende egenvård och hemdialys som rättslig ordning i en skandinavisk kontext	24
Bilaga 2 – Risker vid personcentrerad egenvård och hemdialys	30
Bilaga 3 – Patientens rätt i Norden	34
Bilaga 4 – Nordisk patienträtt – en jämförelse	69

Sammanfattning

Denna rapport redovisar resultaten från arbetspaketet WP 1.3 inom Interreg ÖKS-projektet ”Mer Hemdialys för Hälsa, Livskvalité och Kostnadskontroll genom ett Personcentrerat Arbetsätt”. Arbetspaketets uppdrag har varit att analysera hur lagstiftning, policy och organisatoriska handlingssystem påverkar förutsättningarna för personcentrerad hälso- och sjukvård, egenvård och hemdialys, med särskilt fokus på patientens rättsliga ställning, ansvarsfördelning och möjligheterna att utveckla framtidens avancerade vård i hemmet.

Arbetet har genomförts genom fyra kompletterande delstudier bestående av komparativ rättslig analys, sociolegala kartläggningar av vård- och innovationsprocesser samt kvalitativa intervjuer med berörda aktörer. Resultaten har integrerats i projektets designprocess och legat till grund för identifiering av centrala rättsliga och organisatoriska utmaningar.

Analysen visar att egenvård inom ramen för hälso- och sjukvård utgör en central rättslig mekanism för att möjliggöra avancerad specialistvård i hemmet, samtidigt som den förändrar ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvård, patient och andra stödstrukturer. Särskilt betydelsefullt är egenvårdsbeslutet, som fungerar som den rättsliga brytpunkten där utförandet av vård övergår från hälso- och sjukvårdens direkta ansvar till patientens hemmiljö, samtidigt som vårdgivaren behåller ansvar för bedömning, utbildning, uppföljning och patientsäkerhet.

En initial kartläggning av lagstiftning i Sverige, Norge och Danmark visar att länderna valt olika rättsliga modeller för patientutförd vård i hemmet. Sverige bygger på en särskild rättslig reglering av egenvård, medan Norge och Danmark i större utsträckning låter specialistvårdens behandlingsansvar kvarstå även när behandlingen utförs i hemmet. Skillnaderna skapar goda möjligheter till ömsesidigt lärande kring ansvarsfördelning, patientsäkerhet, patientdelaktighet och organisering av avancerad vård i hemmet.

Rapporten identifierar vidare ett antal centrala utmaningar, bland annat patientens förändrade rättsliga ställning, ansvarsförskjutning mellan vård och patient, balansen mellan personcentrering och patientsäkerhet, ökade krav på patientens kompetens och delaktighet samt behovet av tydligare ansvarsfördelning mellan vårdens aktörer. Därtill identifieras risker kopplade till egenvårdsbedömningar, medicinteknisk utrustning, medicinska komplikationer samt samordning och samverkan mellan olika huvudmän och verksamheter.

Projektets samlade slutsats är att den fortsatta utvecklingen av personcentrerad hemdialys förutsätter en tydligare rättslig och organisatorisk struktur för egenvård, stärkt patientställning och ett utvecklat nordiskt samarbete. Genom gemensamt lärande och fortsatt forskning kan de skandinaviska länderna utveckla mer rättssäkra, patientsäkra och personcentrerade modeller för avancerad vård i hemmet.

Executive summary

This report presents the findings from Work Package 1.3 of the Interreg Öresund–Kattegat–Skagerrak project More Home Dialysis for Health, Quality of Life and Cost Control through a Person-Centred Approach. The purpose of the work package has been to analyse how legislation, public policy and organisational governance shape the conditions for person-centred self-care and home dialysis, with particular attention to the patient's legal position, the allocation of responsibilities and the future development of advanced home-based care.

The work was carried out through four complementary studies, including a comparative legal analysis, socio-legal mapping of clinical and innovation processes, and qualitative interviews with key stakeholders. The findings were integrated into the project's design-thinking process and used to identify major legal and organisational challenges.

The analysis demonstrates that self-care constitutes a key legal mechanism enabling advanced specialist treatment to be provided in patients' homes. At the same time, it changes the allocation of responsibilities between healthcare providers, patients and other supporting actors. The self-care decision is of particular importance, as it represents the legal transition point where responsibility for performing treatment moves from direct healthcare delivery to the patient's home environment, while healthcare providers retain responsibility for assessment, patient education, follow-up and patient safety.

The initial mapping of legislation in Sweden, Norway and Denmark shows that the three countries have adopted different legal approaches to patient-performed healthcare at home. Sweden has established a specific legal framework for self-care, whereas Norway and Denmark generally maintain specialist healthcare responsibility even when treatment is carried out in the patient's home. These differences provide valuable opportunities for mutual learning regarding patient participation, responsibility, patient safety and the organisation of advanced home-based healthcare.

The report also identifies several important challenges, including the patient's changing legal status, shifting responsibilities between healthcare providers and patients, balancing person-centred care with patient safety, increasing demands on patient competence and participation, and the need for clearer allocation of responsibilities among healthcare actors. Furthermore, risks are identified in relation to self-care assessments, medical technology, clinical complications, and coordination between healthcare organisations and other support systems.

Overall, the project concludes that further development of person-centred home dialysis requires a clearer legal and organisational framework for self-care, a strengthened legal position for patients, and closer Nordic collaboration. Continued research and cross-border learning will contribute to more legally robust, safe and person-centred models for advanced healthcare delivered in the home.

1. Uppdraget

Arbetspaket (WP) 1.3 – Analys av lagstiftning, policy och handlingsystem – utgör en av kärnaktiviteterna inom det Interreg ÖKS-finansierade projektet ”Mer Hemdialys för Hälsa, Livskvalité och Kostnadskontroll genom ett Personcentrerat Arbetssätt” (projektperiod september 2023 – augusti 2026). Det övergripande projektet syftar till att öka andelen dialyspatienter som utför sin behandling i hemmet – ett mål som motiveras av tydliga vinster i livskvalitet, hälsoutfall, arbetsförmåga och samhällsekonomi. Inom detta ramverk fick WP 1.3 det specifika uppdraget att kartlägga hur lagstiftning, policy och andra styrdokument lägger grunden för en rättslig ordning avseende egenvård och hemdialys. Genom kartläggningen identifieras och analyseras vissa centrala utmaningar som rör dels egenvårdens roll och funktion i hälso- och sjukvårdssystemet med fokus på hemdialys, dels patientens rättsliga ställning och ”rätten” till god vård vid beslut om och genomförande av egenvård vid hemdialys

2. Bakgrund

Egenvård har fått en alltmer central betydelse inom modern hälso- och sjukvård genom utvecklingen mot nära vård, decentraliserad specialistbehandling och avancerad vård i hemmet. Genom egenvårdsbeslutet möjliggörs att åtgärder som traditionellt utförts inom institutionell vård kan genomföras av patienten själv eller med stöd i hemmiljö, utan att behandlingen för den skull upphör att vara beroende av vårdens medicinska, organisatoriska och tekniska strukturer. Egenvård kan därmed förstås som en central rättslig ordning för hur ansvar, utförande och vårdrelationer organiseras när hälso- och sjukvård flyttas från vårdinrättningar till patientens vardag och patienten som utförare av vård i sin privata sfär. Detta blir särskilt tydligt inom hemdialys, där avancerade medicinska och medicintekniska behandlingar utförs utanför traditionella vårdmiljöer.

Hemdialys omfattar moment som normalt är förknippade med specialistvård och direkt professionsansvar, såsom hantering av medicinteknisk utrustning, aseptiska arbetsmoment, övervakning av fysiologiska parametrar och hantering av potentiellt allvarliga komplikationer. Genom egenvårdsbeslutet förändras emellertid den rättsliga ansvarsstrukturen kring dessa moment. Utförandet övergår i juridisk mening från hälso- och sjukvård till egenvård, samtidigt som vårdgivarens ansvar för bedömning, utbildning, uppföljning och patientsäkerhet kvarstår. Egenvård blir därmed en central mekanism för placering och omfördelning av ansvar mellan vårdgivare, patient och andra stödstrukturer.

I takt med att allt mer tekniskt och medicinskt avancerad behandling utförs i hemmet blir denna rättsliga konstruktion allt viktigare. Gränsdragningen mellan hälso- och sjukvård och egenvård får direkt betydelse för frågor om ansvar, tillsyn, dokumentation, medicinteknisk säkerhet och patientens rättsliga ställning. Samtidigt innebär egenvårdsmodellen att patienten i praktiken får en mer aktiv och ansvarsbärande roll i vårdens genomförande, ofta i nära samspel med medicintekniska system och organisatoriska stödstrukturer i form av exempelvis omsorg och leverantörer. Trots denna utveckling är egenvård som rättslig figur fortfarande relativt outredd, särskilt i relation till avancerad specialistvård och medicintekniskt komplex behandling såsom hemdialys.

Regelverket kring egenvård är i huvudsak uppbyggt kring praktiska bedömningar av utförbarhet och risk, medan mer övergripande frågor om ansvarsfördelning, patientens rättsliga ställning, systemansvar och gränsdragningen mellan institutionell vård och privat sfär i stor utsträckning fortfarande är otillräckligt analyserade. Det finns därför ett behov av att vidareutveckla och ”beforska” egenvård som rättslig ordning genom fördjupad analys av hur juridik, medicinteknik

och organisatorisk styrning samverkar inom framtidens avancerade vård i hemmet. Ett första steg är att identifiera och utvärdera områden där det finns utmaningar i de beskrivna gränssnitten.

3. Frågeställningar

Baserat på det forskningsbehov som förelåg har projektet fokuserat på följande frågeställningar:

- Vilken lagstiftning och andra styrdokument utgör den juridiska grunden för personcentrerad egenvård och hälso- och sjukvård, och hur kan detta ses som en rättslig ordning för personcentrerad hemdialys
- Hur fördelas ansvar avseende personcentrerad hemdialys i gränssnittet mellan personcentrerad egenvård, hälso- och sjukvård och andra stödstrukturer
- Vilka centrala utmaningar föreligger med utgångspunkt i den rättsliga ordningen för personcentrerad egenvård och hemdialys
- Hur kan patientens rättsliga ställning vid och ”rätt” till personcentrerad hemdialys tydliggöras och förstärkas i gränssnittet mellan egenvård, hälso- och sjukvård och andra stödstrukturer

4. Arbetets genomförande och metod

4.1. Ett utförande av systembaserad analys av patientens ”rätt” till och rättsliga ställning vid personcentrerad hemdialys

Arbetets övergripande syfte har varit att analysera systembaserade förutsättningar för hemdialys och patientens rätt och ställning vid personcentrerad hemdialysvård och egenvård. Inom ramen för arbetet har två delmål varit i fokus

- i. identifiera och analysera systembaserade utmaningar för personcentrerad hemdialys
- ii. utmaningar avseende patientens rättsliga ställning vid hemdialys samt ”rätten” till personcentrerad hemdialysvård

Delmålen utgör tillsammans ett underlag för arbetets övergripande mål att utvärdera ökade möjligheter till personcentrerad hemdialys och egenvård.

4.2. Metod och genomförande

Arbetet genomfördes genom fyra kompletterande delstudier med rättsliga, sociolegala och empiriska metodansatser. Studierna bedrevs parallellt under projektperioden och integrerades fortlöpande i projektets övergripande design-thinking-process.

Studie 1 – Komparativ rättslig analys

Den första delstudien genomfördes som en komparativ rättslig analys av lagstiftning, policyer och andra styrdokument som påverkar förutsättningarna för egenvård och hemdialys samt införandet av nya arbetssätt och tekniska lösningar. Analysen utgick från patientens rättsliga ställning, med särskilt fokus på rätten till information, delaktighet och medverkan i hemdialysvården. I den svenska delen analyserades främst patientlagen, men även hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och etikprövningslagen utifrån deras betydelse för organisering, ansvarsfördelning, patientsäkerhet och utveckling av hemdialysvården. Studien jämförde därutöver hur lagstiftning och andra styrmedel skapar förutsättningar för att bedriva och vidareutveckla en personcentrerad hemdialysvård.

Studie 2 – Sociolegal kartläggning av hemdialysprocesser

Den andra delstudien genomfördes som en sociolegal kartläggning av hur beslut om, organisering och genomförande av hemdialys hanteras i olika regioner. Studien fokuserade särskilt på Västra Götalandsregionen, där processer, ansvarsfördelning och organisatoriska strukturer analyserades närmare. Dessa jämfördes med motsvarande ordningar i andra regioner för att identifiera variationer, gemensamma utmaningar och möjliga framgångsfaktorer. Genom att förena rättsliga och organisatoriska perspektiv analyserade studien hur regelverk, regional styrning, verksamhetsrutiner och praktiska arbetssätt påverkar patienters förutsättningar att få tillgång till och genomföra hemdialys.

Studie 3 – Sociolegal kartläggning av innovationsprocesser

Den tredje delstudien undersökte processerna för införande av nya medicintekniska lösningar och andra innovationer inom hemdialys. Studien omfattade en fördjupad analys av handlingssystemen i Västra Götalandsregionen, kompletterad med jämförelser med andra regioner. Analysen inriktades på beslutsvägar, ansvarsfördelning, regulatoriska krav, upphandlingsprocesser och organisatoriska förutsättningar för implementering. Därigenom identifierades strukturella och institutionella faktorer som påverkar möjligheterna att införa och använda innovativa lösningar vid hemdialys.

Studie 4 – Intervjustudie

Den fjärde delstudien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med vårdpersonal, verksamhetsföreträdare, beslutsfattare och andra berörda aktörer. Studien undersökte vilka hinder och möjligheter aktörerna förknippade med hemdialys och innovation samt hur dessa frågor förstods, hanterades och prioriterades i olika delar av verksamheten. Intervjuerna gav därigenom empirisk kunskap om samspelet mellan rättslig reglering, organisatoriska förutsättningar och praktiska arbetssätt vid genomförande och utveckling av hemdialys.

4.3. Analys och integrering av resultat

Resultaten från de fyra delstudierna analyserades samlat och användes som underlag för projektets fortsatta design thinking-arbete och praktiska tester i hemmiljö. Analysen inriktades på hur rättsliga, organisatoriska och praktiska förutsättningar påverkar möjligheterna att utveckla och införa personcentrerade lösningar för hemdialys och egenvård. Särskild vikt lades vid att identifiera rättsliga och systemrelaterade begränsningar som behövde hanteras i utvecklings- och implementeringsprocessen.

4.4. Deltagare, samverkan och kvalitetssäkring

Studierna genomfördes huvudsakligen av projektpartner med juridisk och sociolegal kompetens. För att säkerställa studiernas relevans och förankring inrättades en referensgrupp med patientrepresentanter, företrädare för hälso- och sjukvården samt externa forskare. Gruppen sammanträdde regelbundet under projektperioden och lämnade återkoppling på projektets genomförande och analyser. Preliminära och slutliga resultat presenterades och diskuterades även i en återkommande seminarier serie med forskare, vårdaktörer och andra berörda aktörer. Projektgruppen medverkade därutöver i det övergripande design thinking-arbetet för att bidra till att resultaten omsattes i praktiskt utvecklings- och implementeringsarbete.

4.5. Projektets arbetsresultat och arbete

Under projekttiden har såväl forskning som kartläggnings- och utvärderingsarbete bedrivits. Forskningsarbetet har omfattat rättsliga kartläggningar och analyser av patientens rättsliga ställning och rätt till hälso- och sjukvård, reformarbetet för att genomföra patientlagen samt utvecklingen mot god och personcentrerad vård i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Vidare har analyserats hur god och personcentrerad vård konkretiseras genom hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete och kunskapsstyrning. Grunden för den rättsliga förståelsen för hemdialysområdet utvecklades inom ramen för detta forskningsarbete. Resultaten publicerades under 2025 i boken Hälso- och sjukvård som norm.¹

Parallellt med projektet har ett avhandlingsprojekt bedrivits där denna forskning tillämpas på egenvård och hemdialys som rättslig ordning och handlingssystem. Mot bakgrund av den särskilda svenska regleringen av egenvård analyserar projektet hur tekniskt och medicinskt avancerad egenvård inordnas i hälso- och sjukvårdens rättsliga och organisatoriska struktur. Avhandlingsprojektet bedrivs på doktorandnivå och planeras att publiceras i sin helhet under 2026–2027. Två kortare textavsnitt arbetsutkastformat i form av en reflektion avseende egenvård

¹ Petrusson, U., Hermansson, C., & Borkmann, A. (2025). Hälso- och sjukvård som norm: implementering av ”patientens rätt” och möjliggörande av personcentrerad hälso- och sjukvård. Göteborgs universitet, Centrum för personcentrerad vård (GPCC). Länk till boken finns i källavsnittet för denna rapport.

och hemdialys som rättslig ordning i en skandinavisk kontext (bilaga 1) och risker vid personcentrerad egenvård och hemdialys biläggs denna rapport (bilaga 2).

Under projektiden har även en separat kartläggning och jämförelse av de skandinaviska ländernas hälso- och sjukvårdslagstiftning genomförts. Kartläggningen som är av översiktlig natur fokuserar på patientens rättsliga ställning och rätt till hälso- och sjukvård. Resultaten har sammanställts i rapport- och presentationsformat och återfinns som bilaga 3 respektive bilaga 4 till denna rapport.

Mot denna bakgrund redovisar rapporten ett urval av centrala resultat från det arbete som har bedrivits under projektiden. Syftet är att på en övergripande nivå synliggöra arbetets innehåll och betydelse i en skandinavisk kontext. Särskild uppmärksamhet riktas mot behovet av att undersöka och utvärdera egenvård vid hemdialys som rättslig ordning och handlingsystem. Avslutningsvis uppställs i denna avrapportering ett antal rekommendationer som bygger på det totala arbete som gjorts under projektiden.

5. Utgångspunkter för en rättslig ordning avseende personcentrerad egenvård och hemdialys

En stor del av arbetet inom ramen för forskningsprojektet har varit att förstå personcentrerad egenvård och hemdialys som rättslig ordning och rättsliga handlingssystem. Fokus har varit på hemdialys som medicinskt och tekniskt avancerade behandlingsåtgärder vilka flyttas från vårdinrättningen till patientens hem och i vissa fall utförs av patienten själv eller med hjälp av någon annan. Detta aktualiserar frågor om hur åtgärderna rättsligt ska kvalificeras, hur de är placerade i hälso- och sjukvårdssystemet samt hur patientens ställning och ansvaret för behandlingen påverkas. Att en åtgärd utförs i hemmet innebär inte i sig att den utgör egenvård; avgörande är om behandlande hälso- och sjukvårdspersonal efter en individuell bedömning har bedömt att patienten kan utföra åtgärden själv eller med hjälp. För att tillämpa de rättsliga kraven i lagstiftningen behöver man kontextualisera med rådande medicinska och tekniska förutsättningar för hemdialys.

För att möjliggöra arbetet har projektet tagit utgångspunkt i svensk rätt med syftet att skapa en grundläggande rättslig förståelse för personcentrerad egenvård och hemdialys i ljuset av tekniskt och medicinskt avancerad vård i hemmet.² De följande avsnitten behandlar utgångspunkter för teknisk och medicinskt avancerad egenvård och hemdialys (5.1), egenvård som rättslig ordning (5.2), åtgärdernas placering mellan vårdnivåer och vårdformer (5.3), patientens rättsliga ställning och möjligheter till inflytande (5.4) samt hur ansvar placeras och fördelas mellan berörda aktörer (5.5).

Framställningen gör inte anspråk på att beskriva rättsläget eller rättsliga ordningar i övriga skandinaviska länder. Ett nästa steg i framtida projekt kan därför vara att tillsammans med de skandinaviska parterna i Interreg-projektet jämföra ländernas reglering, ansvarsfördelning och organisatoriska lösningar samt undersöka förutsättningarna för en gemensam rättslig och verksamhetsmässig förståelse av personcentrerad egenvård och hemdialys.

5.1. Utgångspunkt för egenvård och hemdialys som tekniskt och medicinskt avancerad vård i hemmet

En första del av arbetet handlar om att förstå den medicinska och tekniska kontexten för hemdialys som tekniskt och medicinskt avancerad vård i hemmet i relation till tillämpningen av rättskällorna. Inom ramen för hemdialys är det hemhemodialys (HHD) och peritonealdialys (PD) som utgör de medicinska behandlingsformer som vanligtvis ordineras, initieras och följs upp. För att tydliggöra varför hemdialys utgör tekniskt och medicinskt avancerad behandling i hemmet behöver behandlingsformernas praktiska innehåll placeras i det samlade vårdförloppet. Enligt Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom ska patienter med avancerad njursjukdom förberedas för njurersättande behandling.³ Omhändertagandet ska vara personcentrerat, utgå från patientens individuella behov och genomföras i samråd med patienten.⁴

² Det handlar om att rättsligt placera personcentrerad egenvård och hemdialys i ljuset av tekniskt och medicinskt avancerad vård i hemmet i enlighet med grundläggande offentligrättslig reglering som Kommunallag (2017:725), Förvaltningslag (2017:900) och Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

³ Se vidare Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom v.4 (Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, SKR, 2025).

⁴ Vårdprogrammet omfattar dock inte patienter som redan får dialys eller information om dialysbehandlingens konkreta innehåll. För dialysbehandlingens konkreta innehåll behöver det därför kompletteras med Vårdhandboken och Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys (Njurförbundet, Svensk Njurmedicinsk Förening och Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening, 2019).

När det gäller hemdialysens konkreta innehåll kan man exemplifiera genom en översikt avseende båda de medicinska behandlingsformerna, med fokus på vad som utgör konkreta hälso- och sjukvårdsåtgärder, för att contextualisera tillämpningen av rättskällorna. Vid HHD så renas blodet utanför kroppen genom att det leds från en kärlaccess till en dialysmaskin och dialysator. Patienten kan efter individuell bedömning och utbildning förbereda maskin och material, kontrollera behandlingssystemet, utföra nålsättning i en arteriovenös fistel samt ansluta sig till och koppla bort sig från utrustningen. Patienten behöver även kunna följa vikt, blodtryck och vätskebalans samt uppmärksamma blödning, förändrad fistelfunktion, koagulation, tekniska larm och andra behandlingsavvikelser. Vårdhandboken anger att endast utbildad personal eller patient ska punktera en AV-fistel och framhåller kraven på funktionskontroll och noggrann aseptik.⁵ Vårdprogrammet för egenvård vid dialys kompletterar beskrivningen genom att behandla dialysaccess, strukturerad träning, bostadsanpassning, utrustning, support efter hemgång och uppföljning av behandlingsrutiner.⁶

Vid peritonealdialys, PD, leds istället dialysvätska genom en permanent kateter till och från bukhålan. Behandlingen kan genomföras som manuella vätskebyten fyra–fem gånger dagligen vid manuell PD (CAPD) eller automatiskt med en maskin under natten vid automatisk PD (APD). Patienten behöver behärska handdesinfektion, aseptisk koppling, katetervård och, vid APD, handhavandet av dialysmaskinen. Vid varje vätskebyte behöver mängd, flöde och den urtappade dialysvätskans utseende kontrolleras. Grumlig vätska kan vara tecken på peritonit, medan fibrin eller kateterproblem kan försämra flödet. Även vikt, blodtryck, ultrafiltration och tecken på förändrad vätskebalans behöver.⁷

Som framgår av översikten sker ett antal medicinska och tekniska åtgärder och överväganden i samband med utförande av hemdialys, vilka i ett flertal fall kräver ett visst mått av kunskap och erfarenhet för att kunna utföras på ett säkert och ändamålsenligt sätt.

5.2. Egenvård som rättslig ordning i förhållande till personcentrerad egenvård och hemdialys

En andra del av arbetet rör egenvård som rättsligt begrepp vilket utgör utgångspunkten för den rättsliga ordning som omger personcentrerad egenvård och hemdialys. Genom kvalifikationen bestäms om en dialysrelaterad åtgärd ska utföras inom hälso- och sjukvårdens rättsliga handlingssystem eller som egenvård utanför hälso- och sjukvårdslagens tillämpningsområde. Kvalifikationen får därmed betydelse för vilka aktörer som får handla, vilka skyldigheter som aktualiseras, patientens rättsliga ställning och hur ansvaret för åtgärden placeras. Figuren nedan visar hur hälso- och sjukvårdsåtgärden genom en individuell bedömning kan komma att utföras antingen som hälso- och sjukvård eller som egenvård.

⁵ Se vidare Vårdhandboken, Dialys, hemodialys i avsnitten Översikt, AV-fistel och Omvårdnadsaspekter, 2024.

⁶ Se vidare Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys, avsnitt 5.3–5.8.

⁷ Se vidare Vårdhandboken, Dialys, peritonealdialys i avsnitten Översikt, Omvårdnad och Komplikationer, 2024.



Figur 1. Egenvård som rättslig ordning

Egenvård är ett rättsligt definierat begrepp som rör hälso- och sjukvårdsåtgärder, se 1 § egenvårdslagen.⁸ Enligt 2 § egenvårdslagen avses en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att patienten kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. Med hälso- och sjukvårdsåtgärd avses enligt 3 § en åtgärd för att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar eller skador. Av 4 § följer att bedömningen ska göras av hälso- och sjukvårdspersonal som har legitimation eller motsvarande behörighet enligt särskilt förordnande.⁹ Bestämmelserna fungerar tillsammans som kvalifikations- och kompetensnormer, dvs. de anger både vad som kan kvalificeras som egenvård och vem som har behörighet att göra bedömningen.

Kvalifikationen bestäms inte enbart av åtgärdens art, svårighetsgrad eller utförandeplats. Även en medicinskt och tekniskt avancerad dialysåtgärd kan bedömas kunna utföras som egenvård, om patientens individuella förutsättningar och övriga omständigheter medger detta. Bedömningen behöver därför relatera åtgärdens risker och tekniska krav till patientens medicinska tillstånd, kunskap, praktiska förmåga, hemförhållanden och tillgång till stöd. Den rättsliga regeln får på detta sätt sitt konkreta innehåll genom medicinska, tekniska och organisatoriska bedömningar. I förarbetena framhålls att en åtgärd inte får överlämnas som egenvård om det skulle strida mot kraven på god vård och patientsäkerhet.¹⁰

Egenvårdsbedömningen måste skiljas från det efterföljande utförandet. Bedömningen är en hälso- och sjukvårdsåtgärd och omfattas av de hälso- och sjukvårdsrättsliga krav som gäller för

⁸ Se vidare Lag (2022:1250) om egenvård.

⁹ Inom ramen för projektet har intervjustudie med hälso- och sjukvårdspersonal genomförts för att kartlägga hur egenvårdsbedömningen ser ut i praktiken vid dialysmottagningar. Detta har bidragit till en mer långtgående förståelse för hur lagkrav, normerande statliga stöddokument och regionalt beslutade riktlinjer och rutiner omsätts i ett praktiskt utförande vid egenvårdsbedömning.

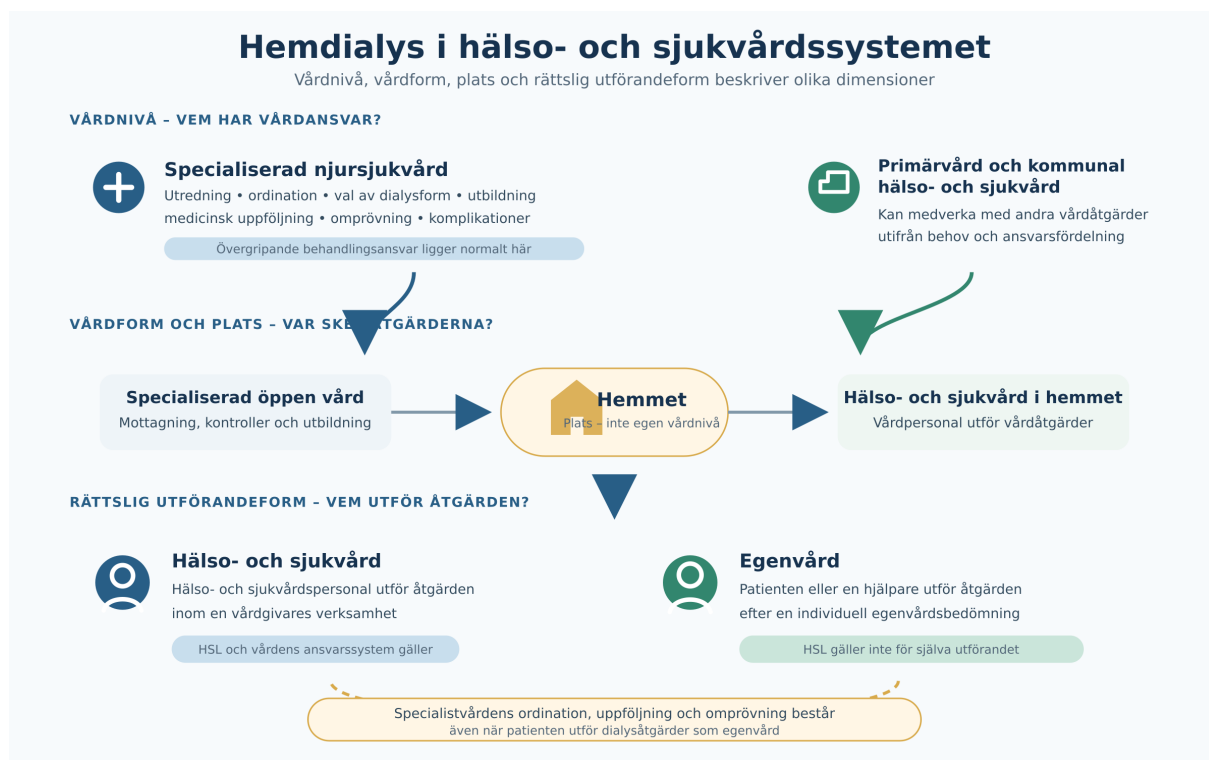
¹⁰ Se vidare Proposition 2021/22:244 Stärkt rätt till personlig assistans vid behov av egenvård, särskilt s. 21–28.

vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal.¹¹ När en hemdialysåtgärd därefter utförs som egenvård gäller däremot inte hälso- och sjukvårdslagen för själva utförandet, 5 § lagen om egenvård. Den rättsliga gränsen går således inte mellan sjukhuset och hemmet, utan mellan olika rättsliga utförandeformer. Hemmet kan vara plats för såväl hälso- och sjukvård som egenvård.

Personcentrerad egenvård är inte ett särskilt definierat rättsligt begrepp. Uttrycket kan användas för att beskriva egenvård vars bedömning, planering och uppföljning utgår från patientens behov, önskemål, resurser och livssituation. Detta har stöd i 5 kap. 2 § patientlagen enligt vilken patientens medverkan genom egenvård ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Personcentreringen förändrar således inte egenvårdens rättsliga definition men påverkar hur kvalifikationsnormen konkretiseras i det enskilda fallet.

5.3. Personcentrerad egenvård och hemdialys i hälso- och sjukvårdssystemets vårdnivåer och vårdformer

En tredje del av arbetet rör när hemdialysåtgärden har kvalificerats så behöver den placeras i hälso- och sjukvårdssystemets organisatoriska handlingsystem. Vårdnivåer och vårdformer anger inte endast var vården bedrivs, utan bidrar till att bestämma vilka verksamheter som ska tillhandahålla resurser och kompetens samt hur åtgärder ska samordnas. Avsnittet behandlar därför samspelet mellan specialiserad njursjukvård, primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och egenvård. Figuren nedan illustrerar hur dessa organisatoriska och rättsliga kategorier kan förekomma samtidigt i hemdialyspatientens vårdförlopp.



Figur 2. Översiktlig bild av egenvård och hemdialys i hälso- och sjukvårdssystemet

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller inte någon generell definition av specialiserad vård. Begreppet kan emellertid avgränsas funktionellt genom legaldefinitionen av primärvård enligt 2

¹¹ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), Patientsäkerhetslag (2010:659) och Patientlag (2014:821).

kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen. Primärvården svarar enligt bestämmelsen för åtgärder som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Specialiserad vård kan mot denna bakgrund beskrivas som verksamhet som omfattar åtgärder vars medicinska, tekniska eller kompetensmässiga krav inte kan tillgodoses inom primärvårdens uppdrag. Detta är en funktionell avgränsning och inte en uttrycklig legaldefinition.

Hemdialysbehandling kräver som utgångspunkt särskild medicinsk kompetens, medicinteknisk utrustning och kontinuerlig specialistmedicinsk uppföljning. Det samlade hemdialysförloppet är därför normalt förankrat i den specialiserade njursjukvården, som svarar för bland annat utredning, val och ordination av dialysform, utbildning, uppföljning och komplikationshantering. Det utesluter inte att enskilda åtgärder inom patientens samlade vårdbehov utförs inom regional eller kommunal primärvård eller att vissa dialysåtgärder efter individuell bedömning utförs som egenvård. En viktig sak är att den eventuella hjälp som kan erhållas med hjälp av kommunal omsorg utgår från hemdialyspatientens behov av bistånd och assistans till sin egenvård och hanteras separat i enlighet med omsorgslagstiftningen.¹² Vårdsnivån bestäms utifrån åtgärdens kompetens- och resurskrav, medan kvalifikationen som egenvård avser vem som kan utföra den bedömda åtgärden och under vilken rättslig ordning utförandet sker.

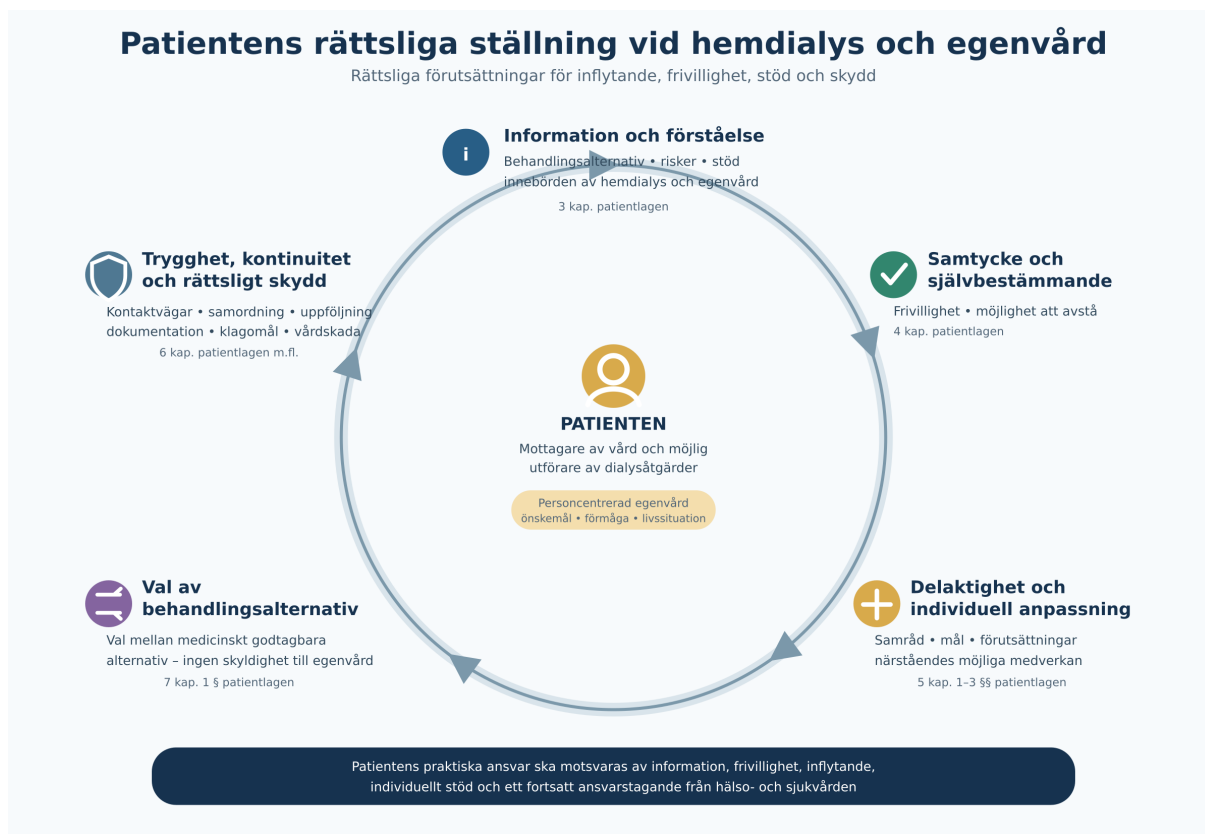
Viktigt i sammanhanget är att hemmet inte utgör en egen vårdnivå. Enligt 2 kap. 4–5 §§ hälso- och sjukvårdslagen är vården sluten om patienten är intagen vid en vårdinrättning och annars öppen. Öppen vård kan bedrivas inom både primärvård och specialiserad vård och kan utföras i patientens bostad i någon vårdform för hemdialys. Kommunen får erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet enligt 12 kap. 2 §, och regionen får under förutsättningarna i 14 kap. 1 § överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård till en kommun. Om hälso- och sjukvårdspersonal utför dialysrelaterade åtgärder i hemmet inom en vårdgivares verksamhet är åtgärderna fortfarande hälso- och sjukvård. Platsen bestämmer således inte den rättsliga kvalifikationen.

Patienten kan därmed tillhöra den specialiserade öppna vården, få vissa vårdåtgärder utförda av regional eller kommunal hälso- och sjukvård och samtidigt själv utföra andra åtgärder som egenvård. Det verksamhetsnära handlingssystemet kan följaktligen sträcka sig över flera organisatoriska och rättsliga gränser. Kraven på god vård, trygghet, kontinuitet och säkerhet enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen förutsätter att ansvar, kontaktvägar, informationsöverföring, uppföljning och komplikationshantering hålls samman över dessa gränser.

5.4. Patientens rättsliga ställning vid personcentrerad egenvård och hemdialys

En fjärde del av arbetet rör patientens rättsliga ställning och hur den behöver förstås i relation till det handlingssystem som skapas genom kvalifikationen av egenvård och hemdialysens organisatoriska placering. Patienten har här en dubbel position, dvs. som mottagare av specialiserad vård och som möjlig utförare av medicinskt och tekniskt avancerade hemdialysåtgärder. Patientlagens bestämmelser anger därför inte endast ett rättsligt skydd utan formar också patientens möjligheter att medverka i beslut, planering och utförande. Figuren nedan visar hur information, samtycke, delaktighet, behandlingsval och kontinuitet tillsammans konstituerar patientens rättsliga ställning.

¹² Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och Socialtjänstlag (2025:400).



Figur 3. Översiktlig bild av patientens rättsliga ställning vid hemdialys och egenvård

Patientlagen syftar enligt 1 kap. 1 § till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientens ställning uttrycks huvudsakligen genom skyldigheter för vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal, snarare än genom direkt utkrävbbara individuella rättigheter. Dessa skyldighetsnormer skapar samtidigt det rättsliga handlingsutrymme inom vilket patienten kan påverka vårdens utformning. Detta innebär att patienten enligt 3 kap. 1–2 §§ patientlagen har en ”rätt” att få individuellt anpassad information om bland annat hälsotillstånd, behandlingsmetoder, förväntat behandlingsförlopp och väsentliga risker. Vid hemdialys behöver informationen även omfatta hemdialysformernas konsekvenser, innebörden av egenvård, utbildningsbehov, tillgängligt stöd, ansvarsfördelning och kontaktvägar. Informationen är därmed inte endast en upplysning till patienten utan en förutsättning för ett informerat och personcentrerat deltagande i handlingssystemet.

En annan ”rätt” är patientlagens bestämmelser om att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke, och patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke, 4 kap. 2 §. Det innebär exempelvis att ett samtycke till dialysbehandling inte automatiskt innebär ett samtycke till hemdialys eller till att behandlingen utförs som egenvård av patienten själv eller annan. Patientens har samtidigt inte en ovillkorlig rätt att få en viss behandling eller att en viss åtgärd ska bedömas som egenvård. När det finns flera behandlingsalternativ som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten dock ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar, under de förutsättningar som anges i 7 kap. 1 §.

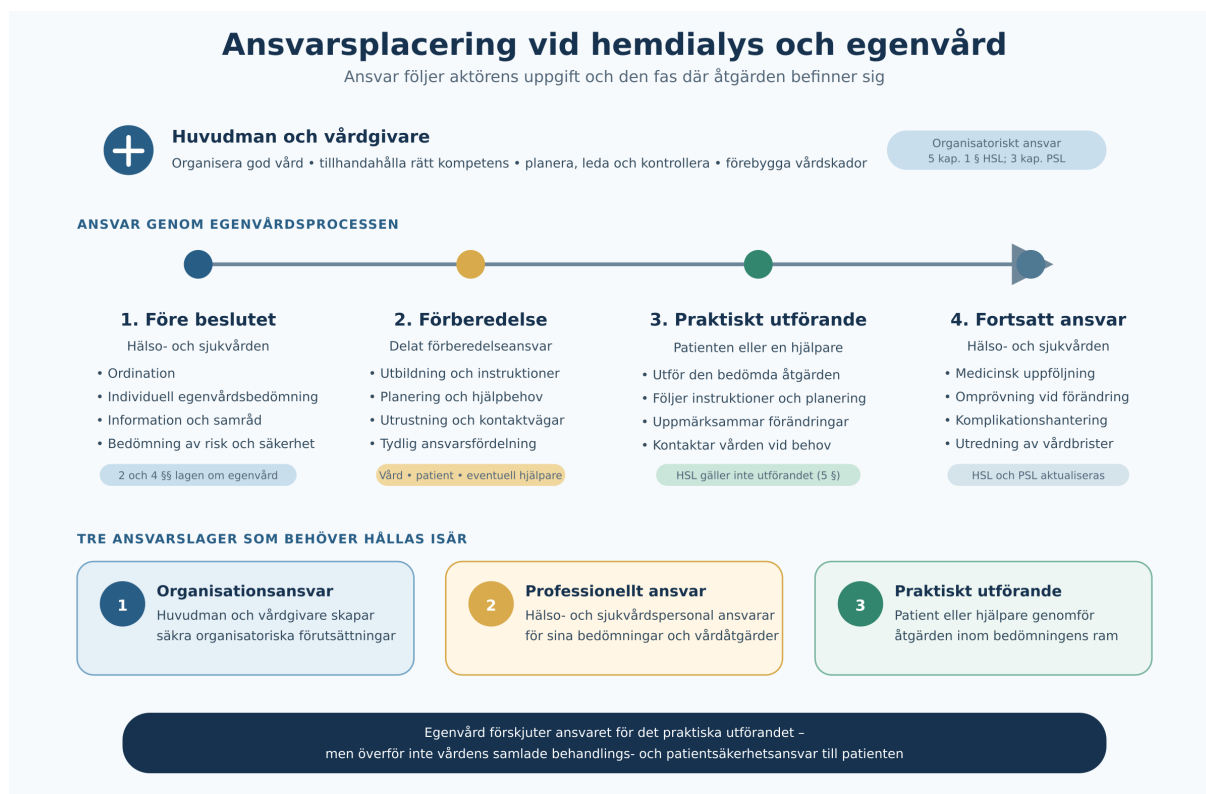
Vidare så ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, 5 kap. 1 §. När det gäller egenvård preciseras detta genom 5 kap. 2 §, som föreskriver att patientens medverkan ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Bedömningen bör därför inte endast avse om patienten tekniskt kan utföra dialysen, utan också om behandlingsformen är förenlig med patientens mål, livssituation och vilja. Närstående får

medverka om det är lämpligt och att patienten accepterar det samt att sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar medverkan, 5 kap. 3 §.

Slutligen ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses och olika insatser samordnas ändamålsenligt, 6 kap. 1 §. En fast vårdkontakt ska utses under förutsättningarna i 6 kap. 2 §. Vid hemdialys innebär detta att patienten behöver ha faktiska möjligheter att kontakta vården, rapportera förändringar och få egenvårdsbedömningen omprövad. Personcentrerad egenvård förutsätter därmed överensstämmelse mellan patientens formella rättsliga ställning och de organisatoriska och praktiska förutsättningarna för att utöva inflytande.

5.5. Ansvarsplacering och ansvarsfördelning vid personcentrerad egenvård och hemdialys

En femte och avslutande del av projektarbetet avser hur den rättsliga ansvarsordningen knyter samman kvalifikationen av åtgärden, dess organisatoriska placering och patientens ställning. Ansvar bör här inte förstås som en odelbar enhet som överförs från vården till patienten. Det består i stället av flera parallella ansvarslager som aktualiseras i olika delar av handlingssystemet, se huvudmannens och vårdgivarens organisationsansvar, hälso- och sjukvårdspersonalens professionella ansvar samt patientens eller en hjälpare praktiska utförande. Figuren nedan visar hur dessa ansvarslager förhåller sig till egenvårdsprocessens olika steg.



Figur 4. Översiktlig bild av ansvarsplacering vid hemdialys och egenvård

En fundamental rättslig utgångspunkt är att huvudmannen ansvarar för att erbjuda och organisera hälso- och sjukvård, medan vårdgivaren ska skapa de organisatoriska förutsättningar som krävs för god och säker vård. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten samt förebygga vårdskador enligt 3 kap. 1–2 §§ patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar samtidigt för att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och för att bidra till hög patientsäkerhet, 6 kap. 1 och 4 §§.

För utförande som egenvård är det behandlande behörig hälso- och sjukvårdspersonal som enligt 2 och 4 §§ egenvårdslagen bedömer om patienten kan utföra åtgärden själv eller med hjälp av någon annan. Kompetensnormerna placerar således bedömningsansvaret inom hälso- och sjukvården. Bedömningen är en hälso- och sjukvårdsåtgärd och får inte innebära att en åtgärd överlämnas som egenvård i strid med god vård och patientsäkerhet.

När åtgärden utförs som egenvård gäller inte hälso- och sjukvårdslagen för själva utförandet, 5 § egenvårdslagen. Ansvaret för det praktiska utförandet förskjuts då till patienten eller en hjälpare. Detta bör emellertid inte beskrivas som att ett samlat rättsligt ansvar ”går över” till patientsfären. Hälso- och sjukvården kan fortfarande ansvara för ordination, bedömning, information, utbildning, medicinsk uppföljning och ny bedömning när förutsättningarna förändras.¹³ Journalföringsskyldigheten vid vården av patienten följer av 3 kap. 1 § patientdatalagen.¹⁴ Socialstyrelsens kunskapsstöd konkretiserar därutöver behovet av planering, samordning och tydliga kontaktvägar, särskilt när någon annan hjälper patienten.¹⁵

Om en skada eller risk för skada uppkommer behöver orsaken hänföras till den del av handlingssystemet där bristen har uppstått. Den kan finnas i organisationen, ordinationen, egenvårdsbedömningen, utbildningen, utrustningen, uppföljningen eller det praktiska utförandet. Att skadan inträffar i hemmet eller under egenvårdens utförande avgör därför inte ensamt var ansvaret ska placeras. Vid en felaktig egenvårdsbedömning kan vårdgivarens patientsäkerhetsansvar och, beroende på omständigheterna, patientskadelagen aktualiseras.¹⁶

Egenvård innebär följaktligen en förändrad fördelning av handlingar och ansvar genom vårdförloppet, men inte ett odelat överförande av hälso- och sjukvårdens behandlings- och patientsäkerhetsansvar till patienten.

¹³ Se vidare SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att varje vårdgivare ansvarar för att det finns de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, 2 kap. HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, 2 kap. HSLF-FS 2021:52 Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården och

¹⁴ Se vidare 1 kap. HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. När det gäller hantering av patientinformation återfinns de grundläggande reglerna i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning samt Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och Patientdatalag (2008:355)

¹⁵ Kunskapsstöd för egenvård – enligt egenvårdslagen, artikelnummer 2025-1-9405.

¹⁶ Se prop. 2021/22:244 s. 98

6. Slutsatser och resultat

Ett antal slutsatser för projektet presenteras under följande fem teman;

1. Egenvård är en central rättslig ordning för hemdialys som tekniskt och medicinskt avancerad vård i hemmet
2. Den personcentrerade hemdialysen behöver förstås utifrån vårdnivåer, vårdformer och egenvård
3. Patientens rättsliga ställning behöver tydliggöras och stärkas i gränssnittet mellan egenvård och hälso- och sjukvård vid utförande av hemdialys.
4. Egenvårdsbeslut är ett centralt moment för placering av ansvar för utförande av hemdialys
5. Behov av gemensamt lärande om egenvård och hemdialys mellan de skandinaviska länderna

Nedan följer en mer detaljerad beskrivning av vardera teman.

Tema 1 – Egenvård är en central rättslig ordning för personcentrerad hemdialys

Projektarbetet visar att egenvård utgör en central rättslig och organisatorisk ordning för personcentrerad hemdialys. Det innefattar en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att patienten kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. När åtgärden utförs som egenvård gäller enligt 5 § samma lag inte hälso- och sjukvårdslagen för utförandet. Egenvårdsbedömningen skapar därmed en rättslig brytpunkt. Genom bedömningen kan utförandet av en viss vårdåtgärd flyttas från hälso- och sjukvårdens organisation till patienten och dennes vardagsmiljö. Detta innebär inte att dialysbehandlingen som helhet lämnar specialistvården. Vården ansvarar fortfarande för exempelvis ordination, egenvårdsbedömning, utbildning, medicinsk uppföljning, omprövning och behandling av komplikationer.

Ordningen möjliggör personcentrering genom att utförandet kan anpassas efter patientens önskemål, individuella förutsättningar och vardagsliv. Personcentrering ska dock inte likställas med att patienten förväntas överta så många behandlingsmoment som möjligt. Bedömningen måste även beakta om behandlingen är säker och långsiktigt genomförbar samt vilket stöd patienten behöver. En rättslig ordning för personcentrerad egenvård förutsätter därför att patientens medverkan är reell och frivillig och att gränserna mellan patientens utförandeansvar och vårdens fortsatta behandlingsansvar är tydliga.

Tema 2 – Personcentrerad hemdialys behöver förstås utifrån vårdnivåer, vårdformer och egenvård

Hemdialys behöver förstås som ett vårdförlopp bestående av flera vårdåtgärder med olika rättslig och organisatorisk placering. Behandlingen hör medicinskt till den specialiserade hälso- och sjukvården, men vissa moment kan efter en egenvårdsbedömning utföras av patienten i hemmet. Andra åtgärder utförs fortsatt av specialistvården eller av regional eller kommunal hälso- och sjukvård. Hemmet kan därmed vara plats för både hälso- och sjukvård och egenvård. Det är inte platsen utan åtgärdens klassificering, organisering och utförare som avgör vilken rättslig ordning som gäller.

Utifrån vårdnivåperspektivet är det viktigt att hålla isär de beslut som avser utförande av egenvård och beslut som rör hjälp med utförande av egenvård genom kommunal omsorg. Det är först vid beslutad egenvård som patienten kan söka kommunal omsorg för bistånd eller assistans till utförande av den egenvård som avses. Därför kan kommunal omsorgspersonal endast hjälpa

patienten med en hemdialysrelaterad åtgärd som egenvård om åtgärden först har bedömts kunna utföras på detta sätt av hälso- och sjukvården. Härmed förtydligas även att hälso- och sjukvårdens egenvårdsbeslut inte automatiskt ger rätt till kommunal omsorg. Kommunen prövar därmed självständigt om stödet kan lämnas inom ramen för en insats enligt omsorgslagstiftningen. Patienten har härmed det primära utförandeansvaret för egenvården, medan kommunen ansvarar för den beviljade omsorgsinsatsen och hälso- och sjukvården för den medicinska behandling och uppföljning som kvarstår.

Den svenska ordningen skiljer sig här från Norge och Danmark, där patientutförd hemdialys kan kvarstå inom specialist- eller sjukhusvårdens behandlingsansvar. För fortsatt skandinaviskt projektarbete bör det undersökas om den svenska rättsliga brytpunkten skapar tydlighet eller fragmenterar vårdförloppet samt vilken ordning som bäst förenar patientmedverkan med jämlik tillgång, patientsäkerhet och sammanhållet ansvar.

Tema 3 – Patientens rättsliga ställning behöver tydliggöras och stärkas

Patientens rättsliga ställning behöver tydliggöras i gränssnittet mellan egenvård och hälso- och sjukvård vid hemdialys. När en åtgärd utförs som egenvård gäller inte hälso- och sjukvårdslagen för själva utförandet. Patienten lämnar inte vårdssystemet som helhet men övergår, beträffande den aktuella åtgärden, från vårdmottagare till att själv eller med hjälp av någon annan svara för det praktiska genomförandet. Patienten kan därmed bära ett omfattande faktiskt utförandeansvar utan att fullt ut omfattas av det skyddssystem som gäller när vårdpersonal utför åtgärden under vårdgivarens direkta ansvar.

Denna konstruktion blir särskilt tydlig vid hemdialys, som innefattar avancerade medicinska och medicintekniska moment samt ett fortlöpande beroende av utbildning, utrustning, teknisk support, leveranser och specialistmedicinsk uppföljning. Patienten är därför inte självständig i förhållande till vårdssystemet, även om utförandet har klassificerats som egenvård. Vid komplikationer, tekniska fel eller förändrade förutsättningar kan gränsen mellan patientens utförandeansvar och vårdens behandlingsansvar dessutom bli svår att upprätthålla.

För fortsatt projektarbete behöver patientens rättigheter i denna mellanposition klarläggas. Det gäller särskilt "rätten" till utbildning, tillgängligt specialiststöd, kontinuerlig medicinsk uppföljning, teknisk säkerhet, avlastning och skyndsam omprövning. Det behöver även tydliggöras vem som ansvarar för att uppmärksamma förändrade förutsättningar och återföra åtgärden till hälso- och sjukvårdens direkta utförandeansvar. En personcentrerad egenvårdsordning förutsätter således inte bara patientmedverkan utan också ett sammanhållet och tillgängligt skyddssystem kring patientens utförande.

Tema 4 – Egenvårdsbeslut är ett centralt moment för placering av egenvårdsansvar

Egenvårdsbeslutet utgör en central rättslig gränspunkt för ansvarsfördelningen vid hemdialys. Genom beslutet bedöms att en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras av patienten själv eller med hjälp av någon annan. När åtgärden därefter utförs som egenvård gäller inte hälso- och sjukvårdslagen för utförandet. Det omedelbara utförandeansvaret ligger då primärt på patienten och den hjälpende personen agerar inte som hälso- och sjukvårdspersonal enbart genom att bistå med egenvården. Egenvårdsbeslutet fördelar emellertid inte ensamt ansvaret mellan samtliga berörda aktörer. Hjälp från kommunal omsorg eller personlig assistans förutsätter att hjälpen omfattas av ett särskilt beslut eller en befintlig insats och kan genomföras inom verksamhetens rättsliga och organisatoriska ramar. Kommunen eller assistansanordnaren ansvarar därefter för hur den egna insatsen organiseras och utförs.

Samtidigt upphör inte hälso- och sjukvårdens ansvar för vårdförloppet som helhet. Vården ansvarar fortsatt för bland annat behandlingsordination, egenvårdsbedömning, patientutbildning, medicinsk uppföljning och omprövning. Vid hemdialys behöver det därför tydliggöras vilka moment som utgör egenvård, vilka som kvarstår som hälso- och sjukvård samt hur komplikationer och förändrade förutsättningar ska hanteras. Egenvårdsbeslutet kan därmed förstås som både en individuell bedömning och en rättslig beslutsmekanism för personcentrerad vård.

För fortsatt projektarbete behöver det undersökas om beslutet i praktiken skapar en tillräckligt sammanhållen ansvarsfördelning mellan specialistvården, primärvården, patienten och närstående samt berörda stödverksamheter. En intressant jämförelse kan vara hur hälso- och sjukvårdens bedömning och beslut om patientutförd vård i hemmet ser ut mellan de skandinaviska länderna.

Tema 5 – Behov av gemensamt lärande mellan de skandinaviska ländernas

Den initiala kartläggningen visar att Sverige, Norge och Danmark har utvecklat olika rättsliga och organisatoriska modeller för patientutförd avancerad behandling i hemmet. I Sverige kan utförandet genom en egenvårdsbedömning placeras utanför hälso- och sjukvården. I Norge och Danmark kan motsvarande behandling i större utsträckning kvarstå inom specialist- eller sjukhusvårdens behandlingsansvar, även när patienten genomför behandlingen i hemmet. Skillnaderna skapar möjligheter till gemensamt lärande om hur personcentrering, patientsäkerhet och sammanhållet ansvar kan förenas.

Den svenska modellen kan bidra med erfarenheter av hur patientens medverkan och praktiska utförande ges en särskild rättslig struktur. De norska och danska ordningarna kan i sin tur belysa hur medicinskt ansvar, utbildning, utrustning och uppföljning kan hållas samman när behandlingen flyttas från sjukhuset utan att rättsligt lämna specialistvården.

Fortsatt projektarbete bör därför inriktas på en funktionell jämförelse av hur vårdförloppets olika åtgärder klassificeras, placeras och fördelas mellan specialistvård, kommunala verksamheter, patient och närstående. Särskilt viktiga frågor gäller behandlingsbeslut, patientutbildning, medicintekniska system, tillgängligt specialiststöd, kommunal medverkan, uppföljning, omprövning samt ansvar vid komplikationer och skador.

En sådan jämförelse kan synliggöra både styrkor och rättsliga mellanrum i de tre ländernas ordningar. Det gemensamma skandinaviska utvecklingsintresset är därmed inte att skapa en enhetlig modell, utan att identifiera rättsliga och organisatoriska lösningar som stärker patientens ställning och möjliggör säker, jämlik och personcentrerad hemdialys i hemmet.

7. Rekommendationer

Följande övergripande rekommendationer presenteras härmed i denna rapport.

- En skandinavisk samverkan för att lära och finna systembaserade lösningar för personcentrerad egenvård och hemdialys.
- Utveckling av regelverk, styrdokument och organisatoriska strukturer som tydligare fokuserar på egenvård som rättslig ordning vid tekniskt och medicinskt avancerad hemsjukvård och hemdialys.
- Utveckling av regelverk och organisatoriska strukturer som tydligare erkänner och skyddar patientens särskilda ställning i gränslandet mellan egenvård och hälso- och sjukvård.
- Utveckla rättsliga modeller som bättre speglar den faktiska ömsesidigheten mellan patient och vårdssystem vid avancerad hembehandling och egenvård
- Nationella strukturer för uppföljning, ansvarsfördelning och återgång till hälso- och sjukvård när patientens egenvårdssituation förändras.

Källor som nämns i denna rapport

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Patientdatalag (2008:355)

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Patientlag (2014:821)

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Kommunallag (2017:725)

Förvaltningslag (2017:900)

Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning

Lag (2022:1250) om egenvård

Socialtjänstlag (2025:400)

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

HSLF-FS 2021:52 Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

Proposition 2021/22:244 Stärkt rätt till personlig assistans vid behov av egenvård

Kunskapsstöd för egenvård – enligt egenvårdslagen (Socialstyrelsen, 2025)

Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom v.4 (Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, SKR, 2025)

Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys (Njurförbundet, Svensk Njurmedicinsk Förening och Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening, 2019).

Vårdhandboken se webbsida Dialys, Hemodialys samt avsnitten Översikt, AV-fistel och Omvårdnadsaspekter, se vidare landningssida för hemodialys

<https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/dialys/dialys-hemodialys/> besökt senast 2026-08-05.

Vårdhandboken se webbsida Dialys Peritonealdialys samt avsnitten Översikt, Omvårdnad och Komplikationer, se vidare landningssida för hemodialys
<https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/dialys/dialys-peritonealdialys/> besökt senast 2026-08-05.

Petrusson, U., Hermansson, C., & Borkmann, A. (2025). Hälso- och sjukvård som norm: implementering av ”patientens rätt” och möjliggörande av personcentrerad hälso- och sjukvård. Göteborgs universitet, Centrum för personcentrerad vård (GPCC), boken finns här
<https://gupea.ub.gu.se/server/api/core/bitstreams/d77e5c9e-fe71-477a-8cb4-15d152282bce/content>.

Bilagor till rapporten

Bilaga 1 – En reflektion avseende egenvård och hemdialys som rättslig ordning i en skandinavisk kontext

Under projektet har arbetsgruppen i olika former och grader diskuterat hur egenvård och hemdialys rättsligt hanteras inom de skandinaviska länderna. Inom ramen för projektet har en översiktlig genomgång av regleringen avseende patientens ställning och ”rätt” sammanställts avseende lagstiftning i Sverige, Norge och Danmark. Syftet med sammanställning var att skapa en initial bild av rättsläget för att möjliggöra en framtida komparation avseende reglering av hälso- och sjukvård och egenvård.¹⁷

En grundläggande utmaning är att lagstiftningen skiljer sig åt mellan de skandinaviska länderna avseende sådan hälso- och sjukvård som patienter utför själva i hemmiljö.¹⁸ I grund och botten handlar det om rättslig kvalifikation av den vårdföreteelse som föreligger. Inom ramen för projektet har denna fråga identifierats som en intressant och viktig fråga för framtida forskning för att dels kunna utbyta erfarenheter mellan de skandinaviska länderna kring organisering och bedrivande av hemdialys och sådan vård som sker i hemmet, dels utvärdera förutsättningar för att skapa gemensamma ”best-practice” modeller för hemdialysvård i en skandinavisk kontext.

För att hantera figuren egenvård har vi inom projektet förhållit oss till Världshälsoorganisationen (WHO) definition, se ”Self-care is the ability of individuals, families and communities to promote health, prevent disease, maintain health, and to cope with illness and disability with or without the support of a health-care provider”.¹⁹

1. Inflygning avseende de rättsliga förutsättningarna för patientutförd vård i hemmet

I det följande sammanfattas mycket kortfattat i vilken omfattning patientutförd vård i rättslig mening är hälso- och sjukvård eller utförande som sker inom ramen för patientens privata sfär.

Den svenska modellen utmärker sig genom att den bygger på en uttrycklig rättslig omklassificering av vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder. Genom ett egenvårdsbeslut enligt egenvårdslagen kan en åtgärd som annars utgör hälso- och sjukvård övergå till att betraktas som egenvård. Den rättsliga innebörden av beslutet är att den aktuella åtgärden inte längre utförs inom ramen för hälso- och sjukvårdens direkta ansvar, även om vårdgivaren alltjämt ansvarar för bedömningen, planeringen, uppföljningen och omprövningen av egenvårdsbeslutet. Egenvårdsbeslutet fungerar därmed som en rättslig brytpunkt där ansvarsförhållandena förändras. Efter beslutet uppkommer ett delat ansvar där patienten övertar ansvaret för det praktiska utförandet samtidigt som hälso- och sjukvården behåller ett övergripande ansvar för att

¹⁷ En sådan fullständig komparativ kartläggning kräver expertis från vardera jurisdiktion och hälso- och sjukvårdssystem. Sammanställningen tar därför avstamp i den djupare rättsliga förståelse som projektet resulterat i avseende den svenska regleringen.

¹⁸ En jämförelse mellan Sverige, Norge och Danmark visar att de tre länderna valt olika rättsliga lösningar för att reglera avancerad sjukvård som utförs av patienter i hemmet. Gemensamt för samtliga rättsliga modeller är att de syftar till att möjliggöra behandling utanför sjukhus och därigenom stärka patientens självständighet, flexibilitet och delaktighet. Skillnaderna ligger emellertid inte främst i hur behandlingen utförs i praktiken, utan i hur rättsordningen definierar egenvård och hur det rättsliga ansvaret fördelas mellan patient, hälso- och sjukvård och andra aktörer.

¹⁹ Se vidare WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision, s. 8. Även om inte definitionen har direkt rättslig verkan kan man ändå beakta egenvård som ett internationellt fenomen i ljuset av den internationella rätten avseende mänskliga rättigheter, se FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Artikel 12.1 ”Konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa”, FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR, 1966).

beslutet är medicinskt motiverat, tillräckligt planerat och följs upp när patientens förutsättningar förändras.

I Norge har man valt en principiellt annorlunda rättslig konstruktion än Sverige. Norsk lagstiftning innehåller inte någon generell rättslig kategori som motsvarar egenvård enligt den svenska egenvårdslagen och som innebär att en hälso- och sjukvårdsåtgärd efter en särskild bedömning upphör att utgöra hälso- och sjukvård. När hemdialys organiseras och tillhandahålls av specialisthelsetjenesten kvarstår behandlingen därför inom specialistvårdens rättsliga och organisatoriska ram, även om patienten själv utför de praktiska behandlingsmomenten i hemmet. Detta följer framför allt av specialisthelsetjenestelovens regler om regionala helseforetaks ansvar för specialisthelsetjänster och kravet på försvarliga tjänster, se §§ 2-1 a och 2-2.

Danmark bygger på en grundläggande princip som i centrala avseenden motsvarar den norska ordningen. Dansk lagstiftning innehåller inte heller någon generell rättslig kategori motsvarande svensk egenvård, genom vilken en hälso- och sjukvårdsåtgärd efter en särskild bedömning upphör att utgöra hälso- och sjukvård. När avancerad behandling, såsom hemdialys, organiseras som en del av regionens behandlingserbjudande kan behandlingen i stället även fortsättningsvis utgöra sjukhusbehandling, trots att den praktiskt genomförs av patienten i hemmet. Denna utgångspunkt stöds av sundhedsloven §§ 74 och 79 om regionsrådets ansvar för sjukhusväsendets uppgifter och tillhandahållande av sjukhusbehandling.

Den mest betydelsefulla skillnaden mellan de skandinaviska modellerna avser därför inte graden av patientmedverkan utan den rättsliga konstruktionen av ansvar. I både Norge och Danmark kvarstår behandlingsansvaret i huvudsak hos specialistvården. Patienten får en aktiv roll som behandlingsutförare, men inte ett självständigt rättsligt behandlingsansvar i den mening som följer av den svenska egenvårdsmodellen med ett eget ansvar för utförande. Den svenska ordningen innebär att egenvårdsbeslutet förändrar den rättsliga klassificeringen av åtgärden och därmed också ansvarsfördelningen mellan vårdgivare och patient. Detta aktualiserar frågor om ansvarsförskjutning, patientsäkerhet, dokumentation, informationsskyldighet, samtycke och uppföljning på ett mer uttalat sätt än i de norska och danska modellerna. Samtidigt möjliggör den svenska regleringen en tydligare avgränsning mellan de delar av behandlingen som fortsatt utgör hälso- och sjukvård och de delar som övergår till att utföras som egenvård.

Sammantaget har dessa systemskillnader en fundamental påverkan på hur den rättsliga ordningen för personcentrerad egenvård och hemdialys ser ut i vardera jurisdiktions hälso- och sjukvårdssystem. Det innefattar patientens rättsliga ställning, och hur patienter ska kunna tillvarata sina ”patienträttigheter” inom ramen för vardera jurisdiktion. Inom ramen för denna rapport kommer vi diskutera och belysa några gemensamma centrala utmaningar som diskuterats mellan de skandinaviska länderna avseende egenvård och hemdialys.

2. Gemensamma utmaningar mellan de skandinaviska länderna

I det här avsnittet kommer ett antal identifierade utmaningar för personcentrerad egenvård och hemdialys vilka utgår från de övergripande utmaningar som identifierats och utvärderats i det forskningsarbete som bedrivits under projektperioden.²⁰ Utmaningarna är gemensamma såtillvida att det är frågor som rör hemdialys och behöver diskuteras och placeras in i vardera jurisdiktions rättssystem för hälso- och sjukvård. Utmaningarna vara olika stora beroende på vilken lagstiftning som gäller, men i huvudsak handlar det om i vilken omfattning som hälso- och sjukvården eller

²⁰ En fullständig presentation av den forskning som utförts under projektiden presenteras i separat vetenskaplig publikation som nämns i avsnitt 4.

patienter behöver planera, besluta, genomföra och följa upp utförande av den egna vården i hemmet.

2.1. Utmaningen med egenvård som en del av hälso- och sjukvårdssystemets omställning

En första utmaning är att vård som utförs av patienter i hemmiljö (self-care) inte enbart kan förstås som en individuell fråga mellan patient och vårdpersonal. Den måste också analyseras som en del av hälso- och sjukvårdens omställning mot nära vård, digitalisering och personcentrerade vårdformer. I denna utveckling flyttas alltmer vårdutförande från sjukhus och vårdmottagningar till patientens hem och vardag. Egenvård kan omfatta allt från enklare såromläggningar till avancerade behandlingar såsom dialys och blodprovstagning. Det innebär att gränsen mellan professionell vård och privatliv successivt blir mindre tydlig. Hemmet blir i praktiken en vårdmiljö, samtidigt som patienten får en mer aktiv roll i genomförandet av vården.

Detta väcker ett antal rättsliga utmaningar av olika omfattning i de skandinaviska länderna. Regelverk om patientsäkerhet, ansvar och tillsyn har i stor utsträckning utvecklats för vård som bedrivs inom traditionella vårdinstitutioner. När vården i stället utförs av patienten själv eller av närstående i hemmet blir det svårare att upprätthålla samma former av kontroll och ansvarsfördelning. Samtidigt skapar utvecklingen nya beroenden av teknik, medicintekniska produkter och digitala lösningar. Patientens rättsliga ställning påverkas då inte bara av relationen till vården utan också av tekniska system och organisatoriska strukturer. Ur ett systemperspektiv kan egenvård därför förstås som en del av ett större paradigmskifte där patienten inte längre endast är mottagare av vård utan också en aktiv aktör i vårdens produktion. Detta förändrar både vårdens ansvar och patientens roll inom hälso- och sjukvårdens rättsliga ordning vilket särskilt illustreras inom ramen för den svenska rättsfiguren egenvård.

2.2. Utmaningen med egenvårdens påverkan på patientens och enskilds rättsliga ställning i hälso- och sjukvårdssystemet

En andra utmaning rör patientens rättsliga ställning i hälso- och sjukvårdssystemet vid egenvård. En särskild utmaning ligger i att egenvårdsbeslut om hälso- och sjukvårdsåtgärd. Patienten inträder härmed som enskild vid utförandet av egenvårdsåtgärder. Detta innebär en glidning i den rättsliga ställningen där det i Sverige, genom egenvårdslagen, innebär att utförandet av vård sker inom ramen för patientens privata sfär. Just denna övergång är ofta otydlig och aktualiserar frågor om ansvar, rättssäkerhet och skydd i gränssnittet mellan patient och enskild. Så länge en åtgärd betraktas som hälso- och sjukvård omfattas patienten av ett omfattande skyddssystem bestående av patientsäkerhetslagstiftning, tillsyn, professionsansvar och vårdgivaransvar. När samma åtgärd i stället klassificeras som egenvård förändras relationen. Åtgärden lämnar delvis hälso- och sjukvårdens institutionella sfär och blir något som den enskilde själv förväntas hantera i vardagen. Patienten blir därmed inte enbart mottagare av vård utan också bärare av ett praktiskt ansvar för vårdens genomförande. Glidning utgör en utmaning eftersom individen fortfarande i praktiken befinner sig i en beroendeställning till vården. Den enskilde har ofta inte själv definierat behandlingen, valt risknivå eller utformat vårdåtgärden. Trots detta kan ansvaret för genomförandet och delar av riskhanteringen i praktiken hamna hos patienten eller närstående. Patienten förväntas följa instruktioner, övervaka symtom, använda medicinteknisk utrustning och bedöma när kontakt med vården behöver tas.

Det kan därmed uppstå en oklarhet kring när individen upphör att vara patient och i stället betraktas som enskild. Rättsligt kan vårdåtgärden ha övergått till egenvård, men medicinskt och praktiskt är individen fortfarande beroende av vårdens kunskap och struktur. Problemet blir särskilt tydligt vid tekniskt och medicinskt avancerad egenvård, exempelvis dialys, läkemedelshantering eller användning av medicintekniska produkter i hemmet. Den enskilde kan

då bära ett omfattande ansvar utan att fullt ut omfattas av hälso- och sjukvårdens ansvarssfär. Samtidigt kvarstår ofta vårdens kunskapsövertag och normerande makt över behandlingen. Patienten befinner sig därför i ett mellanläge mellan att i rättslig mening vara patient i en institutionell sfär eller enskild i privat sfär. Det finns således en risk att egenvård leder till en individualisering av ansvar, där strukturella och organisatoriska problem inom vården indirekt överförs till den enskilde.

2.3. Utmaningen med egenvård som en rättighet eller ett ansvar för patient

En tredje utmaning är att egenvård ofta framställs som ett uttryck för patientens självbestämmande och delaktighet. Å ena sidan betonar patientlagstiftning patientens möjligheter att medverka i och, i vissa fall, själv utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder utifrån sina individuella förutsättningar. Å andra sidan kan sjukvård i hemmet som utförs av patienten själv problematiseras som en ordning där ansvar successivt förskjuts från hälso- och sjukvården till patienten själv. Medvetenhet om nämnda dubbelhet är central för att utvärdera patientens rättsliga och faktiska ställning. Rättsligt kan egenvård förstås som en förstärkning av patientens autonomi och möjlighet att påverka sin vård. I praktiken kan den dock innebära att patienten förväntas ta ett allt större ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser som tidigare utfördes av professionen. Detta blir särskilt tydligt i takt med utvecklingen mot nära vård och vård i hemmet, där patienten i högre grad förutsätts delta aktivt i behandling och uppföljning.

Ur ett rättsligt perspektiv uppstår därför frågan om patientens "rätt" till egenvård egentligen motsvaras av ett faktiskt stöd från vården. Exempelvis den svenska patientlagstiftningen innehåller främst skyldigheter för vårdens aktörer snarare än fullt ut utkrävbara individuella rättigheter. Det innebär att patientens möjligheter till egenvård i hög grad blir beroende av verksamhetens organisation, resurser och professionens bedömningar. Problemet kan därför beskrivas som ett glapp mellan formell rättighet och faktisk möjlighet. Egenvård riskerar då att bli mindre av en frihet och mer av ett systembetingat ansvar, där patienten förväntas kompensera för vårdens organisatoriska begränsningar. Detta aktualiserar frågor om rättssäkerhet, jämlikhet och gränsdragningar av patientens ansvar i personcentrerad egenvård och hemdialys.

2.4. Utmaningen med att patientens ges multipla roller vid egenvård och hemdialys

Den fjärde utmaningen innebär att patienter med egenvård ges multipla roller i utförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder vid egenvård och hemdialys. Patienten är samtidigt mottagare av vård och utförare av vårdåtgärder samt till viss del beslutsfattare om hur det konkreta vårdutförandet ska ske i detalj. Ur ett rättsligt perspektiv gör detta egenvård särskilt intressant eftersom traditionell hälso- och sjukvårdsrätt bygger på en tydlig uppdelning mellan profession och patient. När patienten själv utför vårdåtgärder förändras denna relation. Patienten blir inte längre enbart föremål för vård utan också en aktiv del av hemdialysvårdens genomförande. Detta bidrar till utmaningar där personcentreringen bidrar till ett perspektiv- och maktskifte där patienten får en mer central och aktiv position i vården. Denna utveckling kan stärka patientens autonomi och upplevelse av kontroll. Samtidigt kan den skapa osäkerhet kring ansvar och rättsligt skydd. Patienten förväntas ibland utföra avancerade vårdinsatser utan att omfattas av samma utbildning, arbetsmiljö eller organisatoriska stöd som vårdpersonal.

De multipla rollerna väcker frågor om hur patienten ska förstås i rättslig mening. Kan det argumenteras att patienten går från att bara vara en skyddsvärd mottagare av vård till att också bli en informell vårdutövare. Problemet blir särskilt aktuellt när närstående involveras i egenvården. Då uppstår situationer där anhöriga i praktiken utför vårdliknande arbete utan att omfattas av vårdens professionsansvar eller organisatoriska skyddssystem. Egenvård synliggör därmed hur

den personcentrerade vårdens utveckling förändrar både patientrollen och hälso- och sjukvårdens traditionella ansvarsfördelning.

2.5. Utmaningen med ”rätten” till delaktighet som frihet eller ansvar att delta vid egenvård och hemdialys

En femte utmaning bygger på idén om att patienten ska vara delaktig i sin hemdialysvård. När det gäller egenvård blir dock delaktigheten nära kopplad till patientens förmåga att själv hantera vårdåtgärder. Därför är det nära att beskriva egenvård som en form av ”kompetensnorm” för patienten. Detta innebär att patientens rättsliga ställning i praktiken blir beroende av dennes individuella resurser och kapacitet.

För att egenvård ska fungera krävs ofta kunskap, förståelse, språkförmåga, hälsolitteracitet och ibland även teknisk eller digital kompetens. Därtill kan patientens sociala situation och tillgång till stöd från närstående vara avgörande. Patienter med stora resurser och god förmåga att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet får därmed bättre möjligheter att tillgodogöra sig egenvård än patienter med kognitiva svårigheter, psykisk ohälsa eller begränsade språkkunskaper. Detta aktualiserar frågan om patientlagstiftningens ideal om delaktighet i praktiken riskerar att skapa nya former av ojämlikhet. Delaktighet framstår då inte enbart som en rättighet utan också som ett krav på patientkompetens. Den patient som inte förmår vara aktiv riskerar att få en svagare faktisk ställning i vården.

Samtidigt ska betonas att graden av delaktighet bör utgå från patientens önskemål och förmåga samt att patienten alltid måste kunna överlåta beslutsfattandet till professionen. Detta är viktigt ur ett autonomiperspektiv. Rätten till delaktighet måste också inkludera en rätt att avstå från ansvar och överlämna beslut till vårdpersonalen. Egenvård synliggör därmed en grundläggande spänning i den personcentrerade vården, dvs. ambitionen att stärka patientens ställning kan samtidigt innebära att vården förutsätter en patient som har förmåga att vara kompetent, aktiv och självständig i sin egenvård och hemdialys.

2.6. Utmaningen med spänningar mellan personcentrering och patientsäkerhet vid bedömning och utförande av egenvård avseende hemdialys

Den sjätte utmaningen utgörs av att egenvård trycker på den spänning som kan uppstå mellan patientautonomi och patientsäkerhet. Patientlagstiftning och personcentreringen bygger på att patienten ska ges inflytande, delaktighet och möjlighet att påverka sin vård. Samtidigt är hälso- och sjukvården skyldig att säkerställa att vården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att patientens rätt till samråd och delaktighet aldrig får innebära att kraven på säker vård eftersätts. Detta innebär att professionen ytterst behåller makten att avgöra om en åtgärd kan utföras som patientsäker egenvård i rättslig mening. Patientens autonomi blir därmed villkorad av professionens riskbedömning.

Här uppstår ett rättsligt och etiskt dilemma. Å ena sidan ska patienten behandlas som en självständig aktör med rätt att påverka sin vård. Å andra sidan har vårdpersonalen ett patientsäkerhetsansvar som kan motivera begränsningar av patientens önskemål. Bedömningar om egenvård blir därför ett uttryck för professionell maktutövning, där vårdpersonalen avgör när patientens självbestämmande anses förenligt med säker vård.

Problemet förstärks av att lagstiftningen ger begränsad vägledning om hur denna avvägning ska göras. Det skapar ett stort beroende av professionella normer och lokala bedömningar. Två patienter med liknande behov kan därför få olika möjligheter till egenvård beroende på verksamhet eller enskild vårdgivare. Ur ett personcentrerat perspektiv kan detta problematiseras

som att hälso- och sjukvården har en alltför långtgående kompetens att bestämma vårdutförande. Samtidigt kan ett alltför långtgående självbestämmande för patienter innebära risker. Egenvård visar därför hur patientens rättsliga ställning formas i ett kontinuerligt spänningsfält mellan autonomi och skydd.

2.7. Utmaningen med oklar ansvarsplacering vid beslut och utförande av egenvård och hemdialys

Den sjunde, och sista, utmaningen rör frågor om när ansvaret övergår från hälso- och sjukvården till patienten. Just denna ansvarsförskjutning gör egenvård i Sverige till ett särskilt problematiskt område ur rättslig synvinkel. I den svenska lagen om egenvård definieras egenvård som en vårdåtgärd som hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt kan utföras av patienten själv.

Definitionen ger begränsad vägledning om vilka kriterier som faktiskt ska vara uppfyllda. Mer detaljerade bestämmelser om hur egenvårdsbedömningen ska genomföras och dokumenteras får sökas i statliga myndigheters kunskapsstöd samt regionala och lokala riktlinjer och rutiner. Detta innebär att stort ansvar läggs på professionens individuella bedömningar och vårdverksamheternas styrning. Bedömningen ska visserligen ske enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt med hänsyn till patientsäkerheten, men regelverket lämnar betydande tolkningsutrymme.

Den rättsliga osäkerheten blir särskilt tydlig om en patient skadas i samband med egenvård. Det kan då vara svårt att avgöra om ansvaret ligger hos vårdgivaren, den enskilda yrkesutövaren eller patienten själv. Egenvård skapar därmed en gråzon mellan offentligt reglerad vård och privat ansvar. Ur ett bredare perspektiv illustrerar detta att patientens rättsliga ställning i stor utsträckning formas genom normtillämpning och organisatoriska handlingssystem snarare än genom tydligt utkrävbara rättigheter ur lagstiftning. Rättssäkerheten blir därmed beroende av hur vårdens aktörer omsätter lagstiftningen i praktiken. Utveckla!

Bilaga 2 – Risker vid personcentrerad egenvård och hemdialys

I följande del presenteras ett antal risker som behöver hanteras inom ramen för de rättsliga ansvar som föreligger för personcentrerad egenvård och hemdialys. I huvudsak handlar det om ansvar som fördelas mellan hälso- och sjukvårdens institutionella sfär respektive patientens privata sfär. De risker som presenteras har identifierats och diskuterats utifrån dialoger med hälso- och sjukvårdspersonal vid dialysmottagningarna vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen

Inom ramen för denna rapportering diskuteras fyra övergripande risker som rör egenvård (i) risker vid egenvårdsbedömningen (ii) tekniska risker i hemmiljö (iii) medicinska risker i hemmiljö (iv) risker rörande samordning och samverkan avseende egenvård och hemdialys.²¹

1. Risker i egenvårdsbedömning

Vid dialog med hälso- och sjukvårdspersonal framgår att vid egenvårdsbedömningar behöver flera riskområden beaktas för att säkerställa en patientsäker och rättssäker vård. En central risk är att ansvarsfördelningen för utförandet av egenvården blir otydlig.

När en hälso- och sjukvårdsåtgärd övergår till att bedömas som egenvård kan det uppstå osäkerhet kring vem som ansvarar för att åtgärden utförs korrekt, följs upp och hanteras vid förändrade förutsättningar. Detta kan leda till brister i både genomförande och uppföljning. En annan risk är att patientens förutsättningar att utföra egenvården förändras över tid. Fysiska, kognitiva eller sociala förändringar kan påverka förmågan att genomföra åtgärden på ett säkert sätt. Om omprövning av egenvårdsbeslut inte sker regelbundet finns en risk att egenvården fortsätter trots att patienten inte längre har tillräckliga förutsättningar att hantera den. Vid egenvård som innefattar medicintekniska produkter finns även risker kopplade till hantering och användarsäkerhet. Felaktig användning, bristande utbildning eller otillräcklig förståelse för utrustningens funktion kan medföra vårdskador, behandlingsavbrott eller felaktiga behandlingsresultat. Särskild hänsyn behöver därför tas till patientens och eventuella närståendes kompetens att använda utrustningen på ett säkert sätt. Ytterligare en risk är att det organisatoriska stödet i hemmiljön är otillräckligt. Egenvård kan förutsätta stöd från närstående, kommunal omsorg eller andra aktörer. Om sådana stödinsatser saknas, är otillräckliga eller förändras över tid kan det påverka möjligheten att genomföra egenvården enligt plan och därmed äventyra patientsäkerheten. Slutligen finns en risk för att ansvar för vårdåtgärder i praktiken förskjuts från hälso- och sjukvården till patienten eller närstående utan att motsvarande rättsligt skydd eller organisatoriska förutsättningar finns på plats. Detta kan skapa oklarheter kring ansvar, uppföljning och hantering av avvikelser, samtidigt som det kan innebära att personer utan formellt vårdansvar förväntas utföra uppgifter med betydande konsekvenser för patientens hälsa och säkerhet.

Sammantaget understryker dessa risker vikten av en noggrann individuell bedömning, tydlig dokumentation, regelbunden uppföljning samt säkerställda stödstrukturer innan en hälso- och sjukvårdsåtgärd bedöms kunna utföras i hemmet som egenvård.

1.1. Tekniska risker i hemmiljö

Ett annat riskområde som framkommer vid dialog med hälso- och sjukvårdspersonal är användning av medicinteknisk utrustning i hemmiljö där behöver flera tekniska risker beaktas för att upprätthålla en säker och fungerande vård.

²¹ En fullständig presentation av den forskning som utförts under projektiden presenteras i separat vetenskaplig publikation som nämns i avsnitt 4.

En grundläggande risk är felaktig hantering av den medicintekniska utrustningen. Även när utbildning och instruktioner har givits kan handhavandefel uppstå, exempelvis vid installation, inställningar, rengöring eller användning av utrustningen. Sådana fel kan påverka behandlingens effektivitet och i vissa fall leda till allvarliga konsekvenser för patientens hälsa. En annan risk är tekniska fel på utrustningen i kombination med begränsad tillgång till omedelbar support. I hemmiljö saknas ofta den tekniska kompetens och de resurser som finns inom hälso- och sjukvården. Vid driftstörningar, felmeddelanden eller utrustningshaveri kan det därför uppstå fördröjningar innan problemet identifieras och åtgärdas, vilket kan innebära avbrott i behandlingen eller försämrad patientsäkerhet. Hemmiljön medför även risker kopplade till el-, vatten- och infrastruktursystem. Strömavbrott, spänningsvariationer, brister i elinstallationer, vattenläckor eller otillräcklig internetuppkoppling kan påverka utrustningens funktion och tillgänglighet. För vissa medicintekniska produkter kan sådana störningar få direkt påverkan på behandlingens genomförande och kräva särskilda reservrutiner eller säkerhetsåtgärder. Ytterligare en risk är bristande hygien och kontaminering av utrustning. Till skillnad från vårdmiljöer saknar hemmiljön ofta etablerade hygienrutiner och kontrollerade förhållanden. Om rengöring, desinfektion eller förvaring av utrustning och tillbehör inte sker på ett korrekt sätt kan risken för infektioner, kontaminering eller nedsatt funktion öka. Det finns också risker kopplade till monitorering och larmhantering. Medicinteknisk utrustning kan vara beroende av att larm uppmärksammas och åtgärdas inom rimlig tid. I hemmiljö finns risk att larm missas, feltolkas eller inte kan hanteras på ett adekvat sätt av patient eller närstående. Begränsade möjligheter till kontinuerlig övervakning kan även innebära att avvikelser eller försämringar upptäcks senare än i en vårdmiljö.

Sammantaget visar dessa tekniska risker att användning av medicinteknisk utrustning i hemmiljö ställer höga krav på utbildning, teknisk tillförlitlighet, tydliga stödprocesser och fungerande beredskap för att hantera fel, avvikelser och akuta situationer. Riskerna behöver därför identifieras och värderas individuellt som en del av den samlade bedömningen inför vård i hemmet.

1.2. Medicinska risker i hemmiljö

Ett ytterligare riskområde rör behandling i hemmiljö där ett antal medicinska risker beaktas för att säkerställa att patientens tillstånd kan övervakas och hanteras på ett säkert sätt. Till skillnad från sjukhusvårdmiljöer finns ofta begränsade möjligheter till kontinuerlig observation och omedelbara medicinska insatser, vilket kan påverka både upptäckt och hantering av komplikationer.

En betydande risk är tillstånd som påverkar patientens förmåga att klara sig själv såsom exempelvis hypotension och annan cirkulatorisk påverkan. Se även behandlingar som påverkar vätskebalans och cirkulation vilket kan leda till blodtrycksfall, yrsel, svimning eller andra hemodynamiska förändringar. I hemmiljö kan det vara svårare att snabbt identifiera och åtgärda sådana tillstånd, särskilt om patienten är ensam eller har begränsade möjligheter att söka hjälp. En annan allvarlig risk är infektioner och utveckling av sepsis. Invasiva behandlingsmoment, hantering av medicinteknisk utrustning eller förekomst av kärlaccesser och katetrar innebär en ökad infektionsrisk. Om tidiga tecken på infektion inte uppmärksammas eller om medicinsk bedömning fördröjs kan infektionen utvecklas till ett allvarligt och potentiellt livshotande tillstånd. Det finns även risk för elektrolyt- och vätskebalansrubbningar. Förändringar i kroppens salt- och vätskebalans kan uppstå både gradvis och akut, vilket kan påverka hjärt-kärlfunktion, neurologisk funktion och allmäntillstånd. Utan regelbunden monitorering och medicinsk uppföljning finns risk att sådana avvikelser upptäcks först när de redan har orsakat kliniska symtom eller komplikationer. Ytterligare en risk är komplikationer relaterade till kärlaccess eller

dialyskateter. Exempel på komplikationer kan vara trombosbildning, blödningar, mekaniska skador, infektioner eller nedsatt funktion i accessen. Sådana komplikationer kan påverka behandlingens genomförande och i vissa fall kräva akut medicinsk intervention. Hemmiljön ställer därför höga krav på att patient och eventuella närstående kan identifiera avvikande symtom och vet när kontakt med vården ska tas. Slutligen finns en risk för fördröjd upptäckt av medicinsk försämring. I frånvaro av kontinuerlig professionell observation kan förändringar i patientens hälsotillstånd utvecklas under en längre tid innan de uppmärksammas. Symtom som trötthet, andfåddhet, feber, cirkulatorisk påverkan eller neurologiska förändringar kan felaktigt eller underskattas, vilket kan leda till att nödvändiga medicinska åtgärder fördröjs.

Sammantaget innebär dessa medicinska risker att vård och behandling i hemmiljö kräver noggrann patientselektion, tydliga instruktioner, regelbunden medicinsk uppföljning samt välfungerande rutiner för kontakt med hälso- och sjukvården vid avvikelser eller försämrat tillstånd. En strukturerad riskbedömning är därför en förutsättning för att behandlingen ska kunna genomföras med bibehållen patientsäkerhet.

2. Risker rörande samordning och samverkan avseende egenvård och hemdialys

Ett sista riskområde rör att den hemdialys som bedrivs inom ramen för egenvård är en välfungerande samordning och samverkan mellan berörda aktörer vilket är en förutsättning för att vården ska kunna genomföras på ett säkert och ändamålsenligt sätt. När flera huvudmän, verksamheter och professioner är involverade uppstår särskilda risker som behöver identifieras och hanteras genom tydliga strukturer för ansvar, kommunikation och uppföljning.

En central risk är otydlig ansvarsfördelning mellan huvudmän och aktörer. Hemdialys och egenvård berör ofta både regionens hälso- och sjukvård, kommunala verksamheter, medicintekniska leverantörer samt patient och närstående. Om ansvar för bedömning, uppföljning, utbildning, tekniskt stöd eller åtgärder vid avvikelser inte är tydligt definierat finns risk att viktiga uppgifter faller mellan olika aktörer, vilket kan påverka både patientsäkerhet och vårdkvalitet. En annan risk är bristande informationsöverföring och kommunikation. Säker vård förutsätter att relevant information om patientens hälsotillstånd, behandling, egenvårdsbeslut, förändrade förutsättningar och inträffade avvikelser delas mellan berörda verksamheter. Om informationsöverföringen är ofullständig, fördröjd eller sker genom otydliga kommunikationsvägar finns risk för missförstånd, dubbelarbete eller uteblivna insatser. Det finns även risk för otillräcklig samordning när patientens vårdbehov förändras. Försämrat hälsotillstånd, förändrad funktionsförmåga, nya medicinska komplikationer eller förändringar i det sociala stödet kan påverka möjligheten att fortsätta med hemdialys som egenvård. Om sådana förändringar inte uppmärksammas och hanteras samordnat kan nödvändiga anpassningar av vårdinsatser och ansvarsfördelning fördröjas. Ytterligare en risk är bristande kontinuitet och tillgänglighet till specialiststöd. Hemdialys bygger ofta på att patienten har tillgång till kvalificerad medicinsk, omvårdnadsnärliggande och teknisk kompetens vid behov. Om tillgängligheten till dialysenhet, specialistkompetens eller teknisk support är begränsad kan det försvåra hanteringen av komplikationer, behandlingsrelaterade problem eller frågor som uppstår i den dagliga behandlingen. Slutligen finns risker kopplade till organisatoriska skillnader och ojämlika förutsättningar mellan olika verksamheter och geografiska områden. Skillnader i resurser, rutiner, kompetensförsörjning och organisatoriska förutsättningar kan påverka vilka stödinsatser som erbjuds och hur samverkan fungerar i praktiken. Detta kan medföra variationer i patienternas möjligheter att genomföra hemdialys på ett säkert sätt och skapa ojämlikheter i vårdens kvalitet och tillgänglighet.

Sammantaget visar dessa riskområden att hemdialys som egenvård ställer höga krav på tydlig ansvarsfördelning, strukturerad informationshantering och välfungerande samverkan mellan

samtliga involverade aktörer. För att upprätthålla patientsäkerhet och vårdkvalitet krävs därför etablerade samverkansrutiner, kontinuerlig uppföljning samt gemensamma processer för att hantera förändrade vårdbehov och avvikelser över tid.

Bilaga 3 – Patientens rätt i Norden

En komparativ analys kring hälso- och sjukvårdslagstiftning i Norge och Danmark år 2026
Författare Sajjad Sultani, Göteborgs universitet (2026).

1. Regelgenomgång av den svenska patientlagen, norska pasient- og brukerrettighetsloven och danska sundhedsloven

I detta kapitel redogörs för den svenska patientlagens centrala bestämmelser, kapitel för kapitel, med en parallell genomgång av motsvarande reglering i norsk och dansk rätt. Syftet är att synliggöra hur likartade patienträttigheter och skyldigheter kommer till uttryck i de tre rättsordningarna, både på lag-nivå och genom kompletterande normgivning som förordningar, föreskrifter och vägledningar. Framställningen tar fasta på respektive systems normstruktur och terminologi och klargör, där det är relevant, om den aktuella rättigheten är utformad som en individuell rätt för patienten, en organisatorisk skyldighet för vårdgivaren eller ett tillsyns- och ansvarsverktyg för myndigheter. Genom denna jämförande metod blir det möjligt att identifiera dels funktionella motsvarigheter, dels områden där reglerna skiljer sig.

1.1. Lättillgänglig hälso- och sjukvård

I kapitel 2 i Patientlagen regleras det att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig och att patienten ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Med lättillgänglig avses främst de geografiska förhållandena och innebär att vårdmottagningar bör förläggas så att det vid behov är lätt för vem som helst att ta sig dit. Med lättillgänglighet avses också öppettider, jourtjänstgöringen och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården.²²

1.1.1. Motsvarande norsk reglering

När det gäller tillgängligheten i den norska pasient- og brukerrettighetsloven regleras att patienter och brukare har rätt till omedelbar hjälp från kommunen samt rätt till nödvändiga hälso- och omsorgstjänster från kommunen. Patienten har också rätt till omedelbar hälso- och sjukvård från specialistvården. Detta innebär en skyldighet för specialistvården att ge hälso- och sjukvård när hjälpen är trängande nödvändig. Bedömningen av vad som är trängande nödvändigt måste avgöras utifrån ett medicinskt försvarligt, professionellt omdöme i varje enskilt fall.²³

Den huvudsakliga skillnaden ligger i vad reglerna styr. I Sverige är "lätt tillgänglig" en norm som handlar om hur vården är organiserad och fungerar i praktiken, dvs hur öppettider, jour, kontaktvägar, prioritering och hantering av köer är ordnade. I Norge blir den centrala tröskeln i stället tydligare kopplad till akut behov genom rätten till "omedelbar hjälp" när vårdbehovet är trängande nödvändigt; då fungerar regeln mer direkt som en skyldighet att prioritera och agera utan dröjsmål i det enskilda fallet. Båda systemen rymmer alltså prioritering, men de uttrycker den på olika sätt: Sverige genom en bred tillgänglighets- och processnorm (inklusive skyndsam bedömning), Norge genom en mer explicit omedelbarhetsregel vid akuta behov.

²² Prop 1981/82:97 s 117 Prop 2013/14:106 s 113

²³ § 2-1, 2, Prop. 40 L (2022–2023) s. 46, pasient- og brukerrettighetsloven.

1.1.2. Motsvarande dansk reglering

I Danmark ligger motsvarande "tillgänglighetsidé" delvis redan i Sundhedsloven § 2, som anger krav/målsättningar för sundhedsvæsenet, bl.a. enkel och lika tillgång till hälso- och sjukvård och "kort ventetid på behandling" samt ett transparent hälso- och sjukvårdssystem.

Det saknas en uttrycklig regel i sundhedsloven som ger patienten rätt till att snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Det får därför antas ingå i målet att ha en kort ventetid på behandling.

1.2. Vårdgaranti

Sedan regleras det i patientlagen att patienter ska erbjudas en vårdgaranti som ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

- kontakt med primärvården,
- en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
- besöka den specialiserade vården, och
- planerad vård.

1.2.1. Motsvarande norsk reglering

I Norge finns ingen samlad "vårdgaranti" i samma form.

Det försäkras att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården genom att lägga in rätten till omedelbar hjälp.

Det försäkras att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården genom att reglera att alla som bor i en norsk kommun har rätt att vara registrerade hos en läkare med en ordinarie läkartid.²⁴ Detta kompletteras sedan med allmänläkares krav på prioritering som innebär att denne måste prioritera personerna på sin lista framför andra, med undantag för lagstadgade akuta vårdamtal eller andra skyldigheter. Allmänläkaren ska prioritera patienterna på listan baserat på en specifik medicinsk bedömning av brådska och allvarlighetsgrad. Patienten på listan ska erbjudas en konsultation så tidigt som möjligt, normalt inom fem arbetsdagar.²⁵

Det försäkras att den enskilde inom viss tid får besöka den specialiserade vården genom att uttrycka att patienten har rätt till omedelbar hälso- och sjukvård från specialistvården.²⁶

Det försäkras att den enskilde inom viss tid får planerad vård genom att reglera olika tidsfrister som exempelvis att inom 10 arbetsdagar efter att specialistvården mottagit remiss har patienten rätt att få information från specialistvården om:

- a. bedömningen av rätten till nödvändig hälso- och sjukvård
- b. den planerade tiden för vårdens början
- c. den fastställda tidsfristen för när hälso- och sjukvården senast måste påbörjas.²⁷

²⁴ § 2-1 c pasient- og brukerrettighetsloven

²⁵ § 22 Forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften)

²⁶ § 2-2 pasient- og brukerrettighetsloven

²⁷ § 2-2 a. pasient- og brukerrettighetsloven

1.2.2. Motsvarande dansk reglering

I Danmark saknas en särskild bestämmelse om vårdgaranti. Däremot regleras en utredningsrätt som innebär att, efter remiss ska regionen genomföra utredning inom 1 månad, om det är yrkesmässigt möjligt.²⁸ Samt en behandlingsrätt som innebär att om regionen inte kan erbjuda behandling inom 1 månad kan patienten (under lagens förutsättningar) välja behandling hos vissa avtalade sjukhus/kliniker.²⁹

Rätten till planerad vård regleras genom informationsplikt om tider och rättigheter. Exempelvis, ska regionen inom 8 vardagar informera patienten om bl.a. datum/plats och om patienten kan erbjudas utredning/behandling inom fristen samt om rätten att välja sjukhus (§§ 86–87).

1.2.3. Kommentar

Att Sverige kodifierar vårdgarantins innehåll i en sammanhållen bestämmelse kan tydligare signalera patientens rätt och ge en överblick till patienten, medan Norges och Danmarks mer utspridda reglering kan öka komplexitet.

1.3. Informationsplikt

I den svenska lagen regleras att patienten ska få information om hälsotillstånd, metoder, hjälpmedel, tidpunkt för vård, vård- och behandlingsförlopp, väsentliga risker, eftervård etc. Sedan regleras det att patienten ska få information om valmöjligheter, listning, fast läkarkontakt, ny medicinsk bedömning, fast vårdkontakt och vårdgaranti.

Vidare ska även informationen till mottagaren anpassas till hans eller hennes ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Informationsgivningen måste alltså vara individuellt anpassad som ett led i att stärka patientens delaktighet och självbestämmande och får inte ges slentrianmässigt.³⁰ Att kravet på individualisering tas på allvar innebär också att vården, när det behövs för att informationen faktiskt ska bli tillgänglig för patienten, måste kunna erbjuda information i olika format. Det kan exempelvis handla om lättläst svenska för personer med kognitiva svårigheter, storstil eller punktskrift för personer med synnedsättning, teckenspråkstolkad och filmad information för döva, eller ljudbaserade och digitalt tillgängliga versioner såsom Daisy, inläst text eller tillgängliga Word- och PDF-filer som kan användas med egna hjälpmedel. Grundläggande informationsmaterial bör därför finnas framtaget i alternativa format, övrigt material bör kunna beställas, och det bör tydligt framgå i tryckt material att alternativa format kan erhållas.³¹

Att informationen ska vara individuellt anpassad innebär även att patienten kan avstå från information som han eller hon inte önskar. Det finns även krav på att den som lämnar informationen måste hjälpa mottagaren att värdera informationen, ge aktiv vägledning och försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva delaktighet och

²⁸ Sundhedsloven § 82 b

²⁹ Sundhedsloven § 87

³⁰ Prop. 2013/14:106 s 53

³¹ ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig, Handbok för vårdgivare, chefer och personal Aktuell från 1 januari 2015”, s. 36.

självbestämmande. I det ingår att så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.³² Det förutsätter i praktiken någon form av avstämning och återföring, antingen direkt vid mötet eller vid en uppföljning, exempelvis genom att uppmuntra att en närstående eller ytterligare någon i vårdteamet närvarar, erbjuda möjlighet till kompletterande frågor per telefon, be patienten återge med egna ord vad som uppfattats, eller avsätta tid för ett ytterligare besök där tidigare information repeteras och kompletteras. Syftet är inte att fördröja vården, utan att säkerställa faktisk förståelse och därmed ett reellt informerat ställningstagande.³³

1.3.1. Motsvarande norsk reglering

I Norge regleras det att patienten måste ha den information som krävs för att få insikt i sitt hälsotillstånd och innehållet i vården. Patienten måste också informeras om eventuella risker och biverkningar.³⁴ Samt att patienten har rätt att delta i genomförandet av hälso- och omsorgstjänster. Patienten eller brukaren har bland annat rätt att delta i valet mellan tillgängliga och lämpliga serviceformer samt undersöknings- och behandlingsmetoder.³⁵

Även i Norge finns tydlig identisk reglering om individuell anpassning när information ges och skyldigheten att personalen ska, så långt det är möjligt, säkerställa att mottagaren har förstått informationens innehåll och betydelse.³⁶

1.3.2. Några skillnader

Sverige har i 3 kap. patientlagen en kodifierad checklista för vissa patienträttigheter/valmöjligheter. Norge har mer en funktionell huvudregel ("nödvändig information" + vissa särskilda punkter som ersättning/ombud/tillsyn). Det kan göra norska modellen mer flexibel men potentiellt mindre transparent i vårdmötet om patienten inte informeras ex om sina rättigheter och valmöjligheter som ex ny medicinsk bedömning, fast vårdkontakt eller vårdgaranti.

En skillnad mellan regleringarna är undantagen som nämns i den norska lagstiftningen som saknas i den svenska patientlagen. Undantagen är bl.a. att information inte får lämnas mot patientens uttryckliga vilja, såvida det inte är nödvändigt för att förhindra skadliga effekter av vården. Information får utelämnas om det är brådskande nödvändigt för att förhindra fara för liv eller allvarlig skada för patientens hälsa. Information får också utelämnas om det är uppenbart olämpligt, med hänsyn till patientens närstående, att lämna sådan information.

Det finns även regler om när patienten är under 18 år vilket saknas i patientlagen. Exempelvis om patienten eller användaren är under 16 år måste både patienten eller användaren och föräldrarna eller andra med föräldraansvar informeras. Samt att om patienten eller brukaren är mellan 12 och 16 år bör information inte lämnas till föräldrar eller andra med föräldraansvar

³² Prop. 2013/14:106 s 54

³³ Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig, Handbok för vårdgivare, chefer och personal Aktuell från 1 januari 2015, s. 39.

³⁴ § 3-2 pasient- og brukerrettighetsloven

³⁵ § 3-1 pasient- og brukerrettighetsloven

³⁶ § 3-5 pasient- og brukerrettighetsloven

när patienten eller brukaren, av skäl som bör respekteras, inte önskar detta. Samt att information som är nödvändig för att fullgöra föräldraansvaret ska ändå lämnas till föräldrar eller andra som har föräldraansvaret när patienten eller brukaren är under 18 år. Patienten eller brukaren ska informeras om att informationen lämnas.³⁷

1.3.3. Motsvarande dansk reglering

I Danmark finns en informationsrätt, där patienten har rätt att få information om hälsotillstånd och behandlingsmöjligheter, inklusive risk för komplikationer och biverkningar, samt rätt att avstå information.³⁸

Den “systemiska” dimensionen (information om väntetider och val) fångas upp av andra bestämmelser. Det regleras bl.a. att regionerna ska ha patientkontor som informerar/vägleder om patienträttigheter, bl.a. tillgång till behandling, fritt/utvidgat sjukhusval, väntetider samt klagomöjligheter och ersättningsvägar.³⁹ Samt att regionen måste lämna information inom 8 vardagar om tidsfrister och val av sjukhus.⁴⁰

När det gäller krav på individuell anpassning vid informationsgivning finns det i sundhedsloven liknande rättighet att informationen ska lämnas på ett hänsynsfullt sätt och vara anpassad till mottagarens individuella förutsättningar med avseende på ålder, mognad, erfarenhet m.m.⁴¹ Det finns även en skyldighet för personalen att försäkra att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen innan denne samtycker till något.⁴² Detta nämns i en förordning i jämförelse med svensk rätt som stadgar denna rättighet i lag.

1.4. Samtycke och självbestämmande

I kapitel 4 i patientlagen regleras att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Samt att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Det tydliggörs också att innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. Patienten får också när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra. Sedan finns även en ventil som möjliggör att patienten får den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

1.4.1. Motsvarande norsk reglering

I Norge finns en liknande reglering där det bland annat tydliggörs att hälso- och sjukvård som huvudregel endast kan ges med patientens samtycke. Samt att för att samtycket ska vara giltigt

³⁷ § 3-4 pasient- og brukerrettighetsloven

³⁸ Sundhedsloven § 16

³⁹ Sundhedsloven § 51

⁴⁰ Sundhedsloven § 90

⁴¹ § 15 Sundhedsloven

⁴² Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv, 2.3.

måste patienten ha fått nödvändig information om sitt hälsotillstånd och innehållet i vården.⁴³ Även här kan patienten återkalla sitt samtycke. Om patienten återkallar sitt samtycke ska den som tillhandahåller hälso- och sjukvården lämna nödvändig information om innebörden av att inte tillhandahålla vården.

Det närmaste svenska undantaget när det gäller akut och allvarligt hot mot patientens liv eller hälsa, där patientens vilja inte kan utredas, motsvaras i Norge av hälso- och sjukvårdspersonalens plikt att ge akut hjälp enligt Helsepersonelloven. I lagen stadgas att nödvändig hälso- och sjukvård ska ges även om patienten inte kan samtycka.⁴⁴ Här kan det finnas en materiell skillnad i att undantaget i Sverige uttrycks som en patienträttslig regel (“patienten får den vård som behövs... även om viljan inte kan utredas”), medan det i Norge framstår som en yrkesplikt för personalen.

1.4.2. Några skillnader

Här bör det även tydliggöras att även om Patientlagen tydligt etablerar samtycke som huvudprincip i kapitel 4 är regleringen relativt koncentrerad och fungerar framför allt som en ram. Här framstår pbrl som mer omfattande eftersom den, utöver att slå fast samtyckesprincipen, i större utsträckning kodifierar just de operativa delarna som Patientlagen lämnar utanför. Det specificeras att som huvudregel kan personer över 18 år samtycka, samt 16 - 18-åringar, och i vissa integritetskänsliga situationer även 12 - 16-åringar när vårdnadshavare inte är informerade enligt informationsreglerna (§ 4-3 första stycket pbrl). Själva “kompetensen” kan därefter falla bort helt eller delvis om patienten, på grund av fysiska eller psykiska störningar, demens eller psykisk utvecklingsstörning, uppenbart inte förstår vad samtycket omfattar; det är den som tillhandahåller hälsovård som fattar kompetensbeslutet och bedömningen ska knytas till den aktuella åtgärden (§ 4-3 andra och tredje styckena pbrl).⁴⁵ När samtyckekompetens saknas hos en patient över 18 år får vårdpersonalen besluta om helsehjelp som är lite ingripande, medan allvarligare ingrepp bara får ges om det är i patientens intresse och det är sannolikt att patienten skulle ha samtyckt; samtidigt klargörs att åtgärder som patienten faktiskt motsätter sig inte kan genomföras enbart med stöd av denna bestämmelse utan kräver särskild laggrund (bl.a. kap. 4A i vissa somatiska situationer) (§ 4-6 pbrl och kap. 4A pbrl). I Sverige tas inte dessa regler upp i patientlagen och förutsätter att de konkretiseras via kompletterande normer och annan specialreglering.

1.4.3. Motsvarande dansk reglering

I Danmark är konstruktionen snarlik. Huvudregeln är att ingen behandling får påbörjas eller fortsättas utan patientens informerade samtycke. Samtycket kan lämnas skriftligen, muntligen eller, beroende på omständigheterna, tyst och patienten har rätt att när som helst återkalla sitt samtycke.⁴⁶

⁴³ § 4-1

⁴⁴ Helsepersonelloven § 7

⁴⁵ <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer?>

⁴⁶ Sundhedsloven § 15

Om patienten saknar förmåga att samtycka (tillfälligt/varaktigt) eller är under 15 år och omedelbar behandling krävs för överlevnad/bättre utfall får vård ges utan samtycke.⁴⁷

Samtyckets innehåll är specificerat i förordningen där det regleras att samtycke måste lämnas för en specifik behandling. Kravet här är att samtycket ska vara specifikt i den meningen att det tydligt och otvetydigt framgår vad samtycket omfattar. Det ska tydligt framgå vilken behandling, inklusive behandlingsmetoden, som får utföras, och vad syftet med behandlingen är.

Samtycket måste också vara aktuellt, det vill säga ges för att behandling ska utföras inom en snar framtid och inte vid en okänd tidpunkt i framtiden. Vårdpersonalen har en skyldighet att inhämta samtycke till behandling innan den påbörjas. Detta är särskilt relevant i samband med kirurgiska ingrepp, där samtycke inte kan erhållas från patienten löpande. Vårdpersonalen ska därför, innan behandlingen påbörjas, informera om eventuella komplikationer och vilka fynd som kan göras under operationen, samt säkerställa att patienten har tagit ställning till detta och på grundval av det lämnat samtycke, om något oväntat skulle uppstå under operationen.

Om det råder tveksamhet om samtyckets omfattning bör vårdpersonalen avstå från behandling om det inte föreligger en situation där behandling är absolut nödvändig.

Om ny information blir tillgänglig eller om det sker ändringar i behandlingsplanen måste förnyat samtycke inhämtas.⁴⁸

1.4.4. Likheter med Sverige

I Sverige finns ingen motsvarande generell förordningsreglering som på samma detaljnivå som den danska bekendtgørelsen preciserar. Däremot specificeras det i patientlagen också att samtycke får bara lämnas till den aktuella åtgärden, och det ska dessutom föregås av den information som krävs enligt 3 kap., vilket innebär att samtycket är knutet till en viss vårdåtgärd och det beslutsunderlag som gäller i situationen.⁴⁹

När ny väsentlig information tillkommer eller behandlingsupplägget ändras regleras det inte i Sverige med en särskild "förnyat samtycke"-paragraf på samma sätt som i Danmark, men konstruktionen i patientlagen innebär att samtycket måste vara informerat och att informationsgivaren så långt som möjligt ska försäkra sig om att patienten förstått innehåll och betydelse. Det gör att en materiell förändring i riskbild, metod eller plan normalt måste följas av uppdaterad information och ett nytt eller i vart fall förnyat ställningstagande från patienten, annars saknas ett giltigt beslutsunderlag för fortsatt samtycke.

Slutligen har Sverige inte en uttrycklig regel som säger att vårdpersonalen ska avstå om samtyckets omfattning är oklar, men huvudregeln att vård inte får ges utan samtycke innebär i praktiken just detta.

⁴⁷ Sundhedsloven § 19

⁴⁸ Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv, 2.3.

⁴⁹ 4:2 Patientlagen

1.5. Samråd med patient

I kapitel 5 i patientlagen framgår det att hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

I Norge regleras detta i kapitel 3 där det står att Patienten eller brukaren har rätt att delta i genomförandet av hälso- och omsorgstjänster. Patienten eller brukaren har rätt att delta i valet mellan tillgängliga och lämpliga serviceformer samt undersöknings- och behandlingsmetoder. Här finns inga betydande materiella skillnader när det gäller patientens rätt till delaktighet.

I Danmark finns inte en specifik regel som stadgar att hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Istället kommer delaktigheten främst via informations- och samtyckeslogiken. För att samtycke ska vara informerat måste patienten få relevant information (§16). Samtidigt blir delaktighet i praktiken nära kopplad till de starka valkonstruktionerna (t.ex. fritt sjukhusval och utvidgat val vid väntetid), eftersom valfriheten trigger informations- och handläggningssteg.

1.6. Fast vårdkontakt och läkarkontakt

I Sverige finns en uttrycklig rättighet att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Det finns även rätt till fast läkarkontakt.

Både Sverige och Norge bygger samma idé: patienten ska ha en utsedd funktion och/eller plan som minskar fragmentering och säkrar ett sammanhållet förlopp.⁵⁰

1.6.1. Skillnad i Norge

En skillnad är att enligt patientlagen ska fast vårdkontakt utses på begäran eller behov, medan den norska regleringen uttrycker en rättighet/plikt kopplad till just koordinering/uppföljning och framdrift i planarbete, och gäller även oberoende av om man vill ha eller begär individuell plan.⁵¹

1.6.2. Motsvarande dansk reglering

Sundhedsloven anger som ett bärande mål att uppfylla behovet av bl.a. samstämmighet mellan tjänsterna.⁵² Vidare finns det en skyldighet att regionfullmäktige och kommunfullmäktige i regionen samarbetar om insatser inom hälsosektorn och om insatser för att säkerställa samstämmighet mellan hälsosektorn och angränsande sektorer.

Danmark har i dag inte en direkt lagstadgad, individuell rätt som motsvarar "fast vårdkontakt" i svensk mening. Det finns dock en rättighet att välja en allmänläkare och anmäla detta till kommunen. Detta kan ge en "fast ingång" i primärvården och är den närmaste funktionella motsvarigheten till kontinuitet.⁵³ Men, det saknas en tydlig, generell patienträttslig

⁵⁰ Sverige 6:1 - 2 PL; Norge hol 7-2 + pbrl 2-5/2-5b.

⁵¹ 2-5b § pasient- og brukerrettighetsloven

⁵² § 2 p. 3 Sundhedsloven

⁵³ § 59 Sundhedsloven

motsvarighet till svensk “fast vårdkontakt” som kan utlösas av patientens begäran eller objektivt samordningsbehov.

1.6.3. Konsekvenser för patienten

Även om det finns övergripande mål med sundhedsloven att uppfylla behovet av bl.a. samstämmighet mellan tjänsterna, blir rättighetens genomdrivbarhet och tydlighet svagare när det saknas en rättighet till fast vårdkontakt som kan utlösas av patientens begäran eller ett objektivt samordningsbehov, likt Sverige. När det saknas en fast vårdkontakt som patienten kan hänvisa till riskerar patienten i större utsträckning behöva koordinera information, uppföljningar och kontaktvägar själv, vilket typiskt slår hårdast mot personer med kognitiva svårigheter eller svagt nätverk.

1.7. Behandlingsalternativ

I sjunde kapitlet i patientlagen stadgas att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat

1.7.1. Motsvarande norsk reglering

I Norge finns liknande reglering genom att patienten har rätt att delta i genomförandet av hälso- och omsorgstjänster och att patienten har rätt att delta i valet mellan tillgängliga och lämpliga serviceformer samt undersöknings- och behandlingsmetoder.⁵⁴

1.7.2. Motsvarande dansk reglering

I Danmark ligger “valet” mer i att patienten ska få information om behandlingsmöjligheter och risker.⁵⁵

1.8. Ny medicinsk bedömning

I åttonde kapitlet i Patientlagen stadgas patientens rätt till en ny medicinsk bedömning för en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Möjligheterna att få en förnyad medicinsk bedömning kan bidra till att skapa trygghet för patienten i särskilt svåra situationer, till exempel då patienten har förlorat tilltro till sin läkare eller då patienten fått besked om en särskilt svår diagnos som han eller hon har svårt att förlika sig med.⁵⁶ Det är också en viktig funktion för att säkerställa att patienterna får vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och uppfyller kraven på god kvalitet. En ny medicinsk bedömning kan också ha en funktion som ett metodutvecklande verktyg samt utgöra en trygghet och ett stöd för läkaren i beslut om behandling.⁵⁷

⁵⁴ § 3-1 pasient- og brukerrettighetsloven

⁵⁵ Sundhedsloven § 16

⁵⁶ Prop. 1998/99:4 s. 30 och prop. 2009/10:67 s. 66).

⁵⁷ Prop. 2009/10:67 s. 66

1.8.1. Motsvarande norsk reglering

I Norge finns en rätt till ny medicinsk bedömning, däremot inget krav på att patienten ska ha ett livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada, vilket kan betyda att den norska regeln kan vara bredare i princip. Anledningen till en sådan rätt anges vara för situationer där det råder oenighet om diagnosen eller bedömningen av sjukdomens svårighetsgrad, eller att det råder oenighet om den behandlingsplan som har utformats. Det kan också handla om att patienten vill ha en omprövning "av säkerhetsskäl", kanske på grund av en känsla av att något är fel. Patienten behöver inte motivera sin begäran om omprövning. Däremot finns ett remisskrav som filtrerar rätten. Det förtydligas att patienten ska remitteras av en allmänläkare till specialistvården för att genomföra en förnyad bedömning enligt denna bestämmelse. Om allmänläkaren anser att det inte finns skäl som talar för att patienten har något att vinna på en förnyad bedömning, kan patienten inte kräva detta. Det kan till exempel handla om situationer där patienten redan har blivit grundligt undersökt och slutsatserna baserade på professionella bedömningar inte verkar tveksamma, men där patienten fortfarande har svårt att acceptera diagnosen.

Läkaren måste däremot ha sakliga skäl för att inte remittera en patient som önskar det till en förnyad bedömning. Allmänläkaren kan därför inte vägra remittera en patient till en förnyad bedömning baserat på externa överväganden.⁵⁸

1.8.2. Några skillnader

I Sverige är rätten till ny medicinsk bedömning i Patientlagen materiellt avgränsad. Den aktualiseras bara för patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Det innebär att rätten är smalare i person- och situationskrets där patienter med mindre allvarliga tillstånd, eller där det "bara" finns osäkerhet/otrygghet, faller i princip utanför den lagstadgade rätten.

Norge är rätten däremot inte avgränsad till en viss allvarlighetsgrad, vilket gör den principiellt bredare: den kan aktualiseras även vid tillstånd som inte är livshotande eller särskilt allvarliga, så länge patienten önskar en omprövning (t.ex. vid oenighet om diagnos, svårighetsgrad, behandlingsplan eller av "säkerhetsskäl"). Patienten behöver dessutom inte motivera sin begäran, vilket ytterligare vidgar rätten.

I Norge nämns även att rätten till ny medicinsk bedömning finns bara en gång för samma tillstånd, medan det i Sverige inte finns en sådan uttrycklig reglering. Det gör dock inte den svenska rätten bredare i praktiken eftersom den redan har ett smalare materiellt tillämpningsområde genom kravet på livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada, vilket innebär att frånvaron av en engångsregel främst får effekten att den norska, annars mer expansiva rätten, begränsas något.

⁵⁸ Helsedirektoratet, Patient- och brukarrättslagen med kommentarer.

1.8.3. Motsvarande dansk reglering

I dansk rätt finns ingen generell, lagfäst rätt som motsvarar den svenska rätten till ny medicinsk bedömning. Det framgår tydligt av Sundhedsstyrelsens egen patienträttighetsgenomgång: "som patient har du inte en egentlig ret til at få en anden læge til at revurdere en diagnose eller behandling (dvs. ingen generell "second opinion"-rätt)".⁵⁹

1.9. Val av utförare

Både svensk och norsk reglering ger valfrihet i vart vård ges som patienträttighet. Även Danmark har i en lagfäst rätt att välja sjukhus. Patienten kan välja mellan bopälsregionens sjukhus, andra regioners sjukhus och vissa privata specialistsjukhus.⁶⁰

1.10. Personuppgifter och journal

I kapitel 10 i patientlagen stadgas att personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras. Sedan görs en hänvisning till patientdatalagen där rätten att ta del av journalhandlingar regleras etc.

I Norge stadgas rätten att få ta del av journalen i kapitel 5 som en rättighet. Vidare anges i pasientjournalloven också en skyldighet att patienters integritet ska respekteras. Det finns därför inga betydande materiella skillnader mellan rättigheterna.

Motsvarande rättighet till patientjournaler regleras i 36-37 §, 41-48 Sundhedsloven. Inga betydande funktionella skillnader i regleringen.

1.11. Klagomål

I kapitel 11 i patientlagen specificeras vilket ansvar patientnämnden har gentemot patienter. Patientnämnderna ska bl.a. hjälpa patienter att föra fram klagomål och att få svar av vårdgivaren, tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, och främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal.

1.11.1. Motsvarande norsk reglering

I Norge finns Patient- och brukarombudsmannen som ska verka för att tillvarata patienters och brukares behov, intressen och rättsskydd i förhållande till den statliga specialistsjukvården, länsstandvården och den kommunala hälso- och omsorgstjänsten, samt för att förbättra kvaliteten på dessa tjänster. Patient- och brukarombudsmannen får ta upp ärenden som rör ärenden inom den statliga specialistsjukvården, länsstandvården och den kommunala hälso- och omsorgstjänsten för prövning antingen på basis av en muntlig eller skriftlig begäran eller på eget initiativ.⁶¹

⁵⁹ <https://www.sst.dk/vidensbase/henvisning-til-hospitalet-og-patientrettigheder/patientrettigheder-og-henvisning/second-opinion>

⁶⁰ Sundhedsloven § 86

⁶¹ § 8-1,3 pasient- og brukerrettighetsloven

Vidare specificeras informationsrättigheten som patienter har när de drabbats av en vårdskada. Samma rättighet finns i Norge där det stadgas att om patienten drabbas av skada eller allvarliga komplikationer ska patienten informeras om detta. De ska också informeras om rätten att söka ersättning från den norska patientskadenämnden, att kontakta patient- och brukarombudsmannen och rätten att begära att tillsynsmyndigheten ska bedöma eventuella brott mot skyldigheter enligt § 7-4.⁶²

1.11.2. Övrigt om Patientlagen och norsk reglering

pasient- og brukerrettighetsloven är bredare än svenska patientlagen och fungerar mer som en "samlad rättighetslag" för både patienter och brukere (mottagare av kommunala omsorgstjänster). Det gör att pbrl innehåller flera block som antingen saknas helt i patientlagen eller i Sverige ligger i andra lagar.

Ex. Även om patientlagen har samtycke (kap. 4) är pbrl mer omfattande genom att den också innehåller: detaljerade regler om samtyckekompetens (vem, när den faller bort, dokumentationskrav osv.) Samt ett särskilt kapitel 4A om tvungen somatisk helsehjelp till patienter utan samtyckekompetens som motsätter sig vård, med villkor som "tillitskapende tiltak" och formella vedtak. I Sverige finns tvångsvård men regleras i andra lagar (t.ex. LPT/LRV) och för somatiska situationer löses mycket via andra rättsgrunder (nöd, PSL/HSL-struktur, m.m.) patientlagen bär inte ett kapitel motsvarande 4A.

Pbrl kap. 6 innehåller uttryckliga barns rättigheter som inte har direkta motsvarigheter i patientlagen, t.ex.: barns rätt till helsekontroll rätt att ha förälder hos sig vid institutionsvård (samvær) samt andra barnspecifika rättigheter (aktivitet/undervisning/partsrettigheter m.m.). I Sverige är barns rättigheter mer "utspridda" (HSL, patientlagen i viss del, skollag m.m.) och inte samlade så här i patientlagen.

Pbrl har ett kapitel om journalinnsyn och rätt till insyn i journal. I Sverige ligger motsvarande i patientdatalagen.

Att vissa regleringar och rättigheter är utspridda i Sverige gör att överblickbarheten blir något svårare. Däremot Pbrl i Norge samlar fler rättigheter på ett ställe, vilket kan göra det lättare för patient att förstå sina anspråk. Kraven uttrycks också tydligare till tillverkare för medicinska produkter om vilka rättigheter patienter har och hur de hänger ihop med andra regleringar.

1.11.3. Motsvarande dansk reglering

Danmark har en funktionell motsvarighet i patientkontorerne. Regionerna ska inrätta patientkontor som informerar, vägleder och rådgör om patienträttigheter, väntetider, fritt/utvidgat sjukhusval samt klago- och erstatningsadgang.⁶³

⁶² § 3-2 pasient- og brukerrettighetsloven

⁶³ § 51 Sundhedsloven

Vidare specificeras informationsrättigheten som patienter har när de drabbats av en vårdskada. I Danmark blir detta i första hand en följd av den generella informationsplikten: patienten har rätt att få information om sitt hälsotillstånd och om behandlingsmöjligheter, inklusive risk för komplikationer/biverkningar. Om en skada/complication inträffar är det en del av patientens aktuella hälsotillstånd som omfattas av informationsrätten.⁶⁴

Skillnaden blir att Sverige har detta som en uttrycklig “vårdskade-trigger” i patientlagen. Danmark bygger mer på att skadan faller in under den allmänna informationsplikten.

1.11.4. Övrigt om Patientlagen och dansk patientreglering

Ovanstående genomgång visar att Danmark jämfört med Sverige ofta bygger patienträttens genomslag genom tidsfrister, valmekanismer och institutionella navigationsfunktioner (patientkontor), medan Sverige i patientlagen i större grad bygger genom uttalade patienträttsliga regler och “inbyggd systeminformation” samt vissa individuella rättigheter som kan utlösas av behov (fast vårdkontakt) eller särskilda situationer (ny medicinsk bedömning, vårdskadeinformation).

Det innebär att patientens faktiska rättsställning i Danmark kan vara stark i de delar där rättigheterna är processuellt operationaliserade (frist/val), men relativt svagare där Sverige erbjuder uttryckliga individuella rättigheter kopplade till kontinuitet, samordning och second opinion.

1.12. Lagarna har olika syften

Enligt den svenska patientlagen är syftet med regleringen att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen har som mål att hjälpa patienten att få en rättslig kompetens att agera och kunna göra anspråk på rättigheterna.

Den norska pasient- og brukerrettighetslovens syfte är att bidra till att säkerställa att befolkningen har likvärdig tillgång till tjänster av god kvalitet. Lagen har också som mål att främja förtroendeförhållandet mellan patient och användare och hälso- och omsorgstjänsten, samt att bidra till social trygghet och att värna respekten för varje enskild patients och användares liv, integritet och människovärde.

I Sundhedsloven anges att syftet med hälso- och sjukvården är att främja befolkningens hälsa samt att förebygga och behandla sjukdom, lidande och funktionsbegränsningar för individen. Lagen anger kraven för hälso- och sjukvårdssystemet i syfte att säkerställa respekt för individen, dennes integritet och självbestämmande samt att tillgodose behovet av

1. enkel och lika tillgång till hälso- och sjukvård,
2. högkvalitativ behandling,

⁶⁴ Sundhedsloven § 16 og Bekendtgørelse om information og samtykke, særskilt § 4 om informationens indhold.

3. samstämmighet mellan tjänsterna,
4. valfrihet,
5. enkel tillgång till information,
6. ett transparent hälso- och sjukvårdssystem och
7. kort väntetid för behandling.

Även om den danska, norska och svenska patientlagen i många delar är lika, blir ingången olika med hänsyn till skillnaderna i syfte, då den svenska lagen tydligt pekar på att lagen syfte är delvis att stärka och tydliggöra patientens ställning, medan den danska och norska lagen bara anger rättigheterna.

Däremot, ger den norska lagen också patienten rättslig kompetens att agera och kunna göra anspråk på rättigheterna, genom att i kapitel 7 tydliggöra att de som anser att de inte har fått sina självständiga rättigheter uppfyllda, får överklaga till Statsförvaltningsmannen.

Detsamma gäller den danska regleringen där patienten kan göra anspråk enligt "Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet", där det bland annat regleras att Styrelsen for Patientklager ska hantera klagomål från patienter om hälso- och sjukvårdens yrkesverksamhet och ärenden som omfattas av kapitlen 4-9 i sundhedsloven.

1.13. Regelöversikt

Svensk Patientlag	Pasient- og brukerrettighetsloven	Sundhedsloven
2 kap Tillgänglighet	2 kap Rätt till hälso- och sjukvårdstjänster samt transport	2§
3 kap. Information	Kapitel 3. Rätt till deltagande och information	§ 15, 16, 51, 90 + Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv, 2.3.
4 kap. Samtycke	Kapitel 4. Samtycke till hälso- och sjukvård	§ 15, 19 + Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv, 2.3.
5 kap. Delaktighet	Kapitel 3. Rätt till deltagande och information, § 3-1.	16§
6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering	§ 2–5. Rätt till individuell plan § 2–5 a. Rätt till läkare § 2–1 c Patienträttigheter inom allmänläkarsystemet + 7 kap i helse- og omsorgstjenesteloven	§ 2 p.3 § 59

	+ § 2–5 a. Samordnare, i specialistvårdslagen	
7 kap. Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel	§ 3–1. Patientens eller användarens rätt till deltagande	Sundhedsloven § 16
8 kap. Ny medicinsk bedömning	§ 2-3. Rätt till omprövning	Motsvarande rättighet saknas
9 kap. Val av utförare	§ 2-4. Rätt att välja vårdplats	§ 86
10 kap. Personuppgifter och intyg	Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)	§ 36, 37, 41 – 48
11 kap. Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet	Kapitel 7 - 8 . Klagomål m.m.	§ 51, 16 + Bekendtgørelse om information og samtykke, særskilt § 4 om informationens innhold.

2. Patientskaderegleringar

2.1. Patientskadelagen – Sverige

Sverige införde patientförsäkring redan 1975 och systemet lagreglerades 1996. Vårdgivaren måste teckna försäkring; om försäkring saknas träder Patientförsäkringsföreningen in och kan kräva regress samt ta ut straffpremie. En patientsättningsnämnd lämnar rådgivande yttranden, medan tvister om ersättning avgörs av domstol.⁶⁵

Ansvarsreglerna är generellt mer patientvänliga än vanlig skadeståndsrätt. Vid behandling används ett “fasit-resonemang” (bedömningen utgår från vad som är känt om patienten när ersättningsfrågan prövas) och en “specialiststandard” (jämförelse med erfaren specialist), dock med hänsyn till resurssituationen.

Ersättning lämnas inte för medicinskt nödvändiga risker vid livshotande/allvarliga tillstånd, och läkemedelsskador hanteras normalt via särskild läkemedelsförsäkring (utom vid fel i förskrivning/utlämning). Skador ersätts typiskt inom grupper som: undvikbara behandlingsskador, tekniska fel/handhavandefel, felaktig diagnos, vårdinfektioner, olycksfall i vårdmiljö samt fel vid läkemedelshantering. Beviskravet är sänkt: övervägande sannolikhet räcker.⁶⁶

2.2. Lov om erstatning av pasientskader – Norge

Norge har en statlig, administrativ patientskadeordning enligt pasientskadeloven, avsedd att stärka skyddet och göra det lättare att få ersättning än genom allmän skadeståndsrätt. Krav

⁶⁵ Prop. 1995/96:187

⁶⁶ Patientskadelag § 6

prövas i första instans av Norsk pasientskadeerstatning (NPE).⁶⁷ Beslut kan överklagas via omprövning i NPE och därefter till Pasientskadenemnda (med Helseklage som sekretariat), och slutligen kan ärendet föras till domstol.⁶⁸

Finansieringen sker genom tillskott: offentlig vård finansieras genom bidrag från bl.a. staten, regionala hälsoföretag och kommuner; privat vård omfattas genom tilskuddsplikt för verksamheter och auktoriserad personal.⁶⁹

Ersättning kan ges vid svikt från god medicinsk praxis (inklusive samlade/systematiska brister), vid tekniska fel, vid infektion (om den inte främst beror på patientens eget tillstånd) samt vid vaccinationsskador med särskilt patientvänliga kausalitetsregler när orsaken är oklar. Även skador som ger ansvar enligt allmänna ersättningsregler kan ersättas om de lett till patientskada.⁷⁰

Om ansvar inte kan visas lämnas normalt ingen ersättning, men undantag finns för särskilt allvarliga eller oväntade skador som inte är en risk patienten rimligen måste acceptera. Vid oklar orsak kan man i vissa situationer presumera vårdsvikt om det är sannolikt att skadan beror på yttre påverkan under behandling. Beviskravet uttrycks som sannsynlighetsovervekt (mer än 50 %).⁷¹

2.2.1. Strukturella skillnader

Sverige och Norge har båda ordningar som syftar till att ge patienter ersättning för skador i hälso- och sjukvården, men de är uppbyggda på olika sätt. I Sverige är systemet i grunden försäkringsbaserat. Vårdgivaren är skyldig att teckna patientförsäkring och ersättningen hanteras som försäkringsersättning. Patientersättningsnämnden har främst en rådgivande roll, och tvister avgörs ytterst av domstol.

I Norge är ordningen i stället statlig och administrativ; krav prövas av Norsk pasientskadeerstatning (NPE) och kan överklagas till Pasientskadenemnda innan domstolsprövning blir aktuell. Finansieringen sker genom tillskott, där offentlig vård finansieras via bidrag från offentliga aktörer och privat vård omfattas genom tilskuddsplikt.

En centraliserad administrativ ordning kan ge större förutsättningar för likformighet och förutsebarhet i besluten, eftersom samma organisation (NPE och därefter Pasientskadenemnda) bygger upp praxis över tid. Den norska modellen är utformad som ett administrativt besluts- och klagespår med NPE i första instans och Pasientskadenemnda som oberoende klageinstans.

I Sverige finns flera försäkringsgivare på marknaden, vilket i teorin kan öka risken för variation i bedömningar mellan aktörer. Samtidigt är systemet delvis "standardiserat" genom att försäkringsgivarna måste ingå i Patientförsäkringsföreningen och genom att Patientskadenämnden lämnar utlåtanden som enligt en statlig utredning i praktiken följs "så gott som alltid" av bolagen.⁷² Konsekvensen för patienter blir därför ofta en blandbild. Sverige kan ge god enhetlighet i många fall, men strukturen bygger ändå på att den enskildes motpart formellt är ett försäkringsbolag, medan Norge har en mer konsekvent "en-dörr-in"-logik.

⁶⁷ Lov om erstatning av pasientskader Kapitel 3 § 9

⁶⁸ Lov om erstatning av pasientskader Kapitel 4 § 15 - 18

⁶⁹ Lov om erstatning av pasientskader Kapitel 2 § 6 - 8

⁷⁰ Lov om erstatning av pasientskader Kapitel 1 §2

⁷¹ Lov om erstatning av pasientskader Kapitel 1 § 3

⁷² Patientskadelagen och läkemedel foräskringen - en översyn s. 18.

En annan konkret skillnad för många patienter är ersättningströsklar. I Sverige dras en självrisk på fem procent av prisbasbeloppet. Prisbasbeloppet 2026 är 59 200 kr (vilket gör 5 % = 2 960 kr).⁷³ I Norge finns i stället en uttrycklig nedre gräns: patientskadan måste som huvudregel ha lett till ett ekonomiskt tapp på över 10 000 NOK, eller så måste skadan vara varig/betydande med minst 15 % medicinsk invaliditet.⁷⁴

Konsekvensen är att patienter med mindre merkostnader och inkomstförluster kan falla under ersättning i båda systemen, men att den norska tröskeln typiskt slår hårdare eftersom den uttryckligen kräver ett högre ekonomiskt tapp (eller en tydligt definierad invaliditetsnivå), medan den svenska spärren är en lägre, basbeloppsstyrd självrisk som framför allt filtrerar bort de allra minsta kraven.

2.3. Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark

I dag avgörs patientskadeersättning i Danmark enligt ”lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet” och prövas av den offentliga myndigheten Patienterstatningen. Patienterstatningen hanterar ersättningsfrågan (inte klagomål på vården), och systemet är i huvudsak offentligt finansierat.⁷⁵

Lagen reglerar både rätten till ersättning vid patientskador och försäkringsskyldigheten, och ansvarsgrunden beskrivs som objektivt utformad och i huvudsak liknande de övriga nordiska systemen. För privata vårdinrättningar som omfattas krävs försäkring upp till vissa belopp, om de inte täcks genom kommunal garanti, medan stat och kommun i grunden är självförsäkrade även om vissa regioner ändå tecknar kompletterande försäkringar.⁷⁶

Försäkringsbolag som har tecknat de lagstadgade försäkringarna och självförsäkrande regioner/kommuner ska idag gemensamt bilda föreningen Patienterstatningen och välja en styrelse.⁷⁷ Patienterstatningen är sedan den instans som tar emot, utreder (”oplyser”) och avgör ersättningsärenden enligt patientskadekapitlet⁷⁸, och när ersättning beviljas meddelas beslutet till relevant försäkringsbolag, staten eller självförsäkrande region/kommun som därefter ska betala ut de fastställda beloppen efter utgången av klagefristen (om beslutet inte överklagas).⁷⁹

Patienterstatningens beslut kan överklagas till Ankenævnet for Patienterstatningen, som fattar den slutliga administrativa prövningen⁸⁰, och klagan ska som huvudregel ges in inom 1 månad från att den klagande fått beslutet (med 3 månader i vissa särskilda tandskadeärenden).⁸¹ Efter den administrativa prövningen kan Ankenævnets beslut tas till domstol, och talan måste väckas inom 6 månader från att beslutet meddelats.⁸²

⁷³[https://www.pff.se/patient/#:~:text=%C3%84ven%20dina%20n%C3%A4rst%C3%A5ende%20kan%20i,exempel%20f%C3%B6r%20kostnader%20och%20inkomstf%C3%B6rlust.&text=Du%20f%C3%A5r%20betala%20en%20sj%C3%A4lvrisk,om%20utbetalningen%20sker%20%C3%A5r%202026\).&text=%C3%A5r%202026\)%20per%20patient](https://www.pff.se/patient/#:~:text=%C3%84ven%20dina%20n%C3%A4rst%C3%A5ende%20kan%20i,exempel%20f%C3%B6r%20kostnader%20och%20inkomstf%C3%B6rlust.&text=Du%20f%C3%A5r%20betala%20en%20sj%C3%A4lvrisk,om%20utbetalningen%20sker%20%C3%A5r%202026).&text=%C3%A5r%202026)%20per%20patient).

⁷⁴ <https://www.helsenorge.no/klage-og-erstatning/slik-soker-du-erstatning/>

⁷⁵ Kapitel 1 §1 Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

⁷⁶ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 30 – 32

⁷⁷ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 32

⁷⁸ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 33, stk. 1

⁷⁹ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 33, stk. 4

⁸⁰ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 58 b, stk. 1

⁸¹ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 58 b, stk. 2 och stk. 4

⁸² Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 58 d, stk. 1–2

2.3.1. Skillnader och likheter

Danmark påminner i flera centrala delar om både Sverige och Norge. Precis som i Sverige finns ett tydligt inslag av försäkringslösning: privata vårdinrättningar som omfattas måste teckna försäkring (alternativt täckas genom kommunal garanti), och ersättningsfrågor hanteras inom en patientförsäkringsstruktur där försäkringsgivare och offentliga aktörer samverkar. Samtidigt liknar Danmark Norge genom att prövningen i första hand är administrativt organiserad och inte bygger på att patienten direkt driver en domstolsprocess.

Anspråk lämnas in till patientförsäkringsföreningen som utreder ärendet och normalt fattar beslut, och det finns en särskild besvärsnämnd som fattar det slutliga administrativa beslutet. Först därefter kan ärendet tas vidare till domstol, och krav kan inte väckas direkt i domstol, vilket motsvarar den "administrativa först"-logik som också präglar den norska modellen med NPE och Pasientskadenemnda.

Ersättningen bestäms enligt vanliga danska ersättningsrättsliga regler ("lov om erstatningsansvar"), men med ett obligatoriskt avdrag: ersättning lämnas efter att 9 360 DKK (2026-nivå) har dragits av från ersättningen, och beloppet indexregleras årligen. Lagen innehåller därutöver vissa särskilda tröskelregler i särskilda situationer (bl.a. på tandskadeområdet och för vissa grupper), men huvudbilden är att små krav kan falla bort genom avdragsmekanismen.

3. Patientdataregleringar

3.1. Regelgenomgång Patientdatalagen – Sverige

Patientdatalagen (2008:355) styr hur vårdgivare får hantera patientuppgifter och journaler med en dubbel målsättning: att informationshanteringen ska stödja patientsäkerhet och god kvalitet samtidigt som patientens integritet skyddas (1 kap. 2 §). Vårdgivare får bara behandla patientuppgifter för särskilt angivna ändamål, framför allt journalföring och annan vårdokumentation samt nödvändig administration, uppföljning och kvalitetssäkring, och får inte behandla fler uppgifter än vad som behövs för dessa ändamål (2 kap. 4 § och 2 kap. 7 §). Integritetsskyddet förstärks också genom begränsningar i hur uppgifter får sökas fram elektroniskt, bl.a. förbud mot vissa sökbegrepp (2 kap. 8 §).

För patienten är det centralt att journal alltid ska föras och vara knuten till den enskilda patienten (3 kap. 1 §) samt att journalen ska innehålla de uppgifter som behövs för god och säker vård, t.ex. bakgrund, diagnos och åtgärder samt väsentlig information som lämnats till patienten (3 kap. 6 §). Om patienten anser att en uppgift är felaktig eller missvisande ska detta antecknas i journalen (3 kap. 8 §), och journalhandlingar ska som huvudregel bevaras i minst tio år (3 kap. 17 §).

Lagen ger patienten ett starkt integritetsskydd genom krav på inre sekretess: personal får bara ta del av uppgifter om de behöver dem för sitt arbete, vårdgivaren ska begränsa behörigheter, och elektronisk åtkomst ska loggas och kontrolleras (4 kap. 1–3 §§). Patienten kan dessutom i vissa fall motsätta sig att uppgifter görs elektroniskt tillgängliga mellan vårdenheter inom samma vårdgivare (spärr), och spärren får bara brytas under särskilda förutsättningar, t.ex. vid samtycke eller när uppgiften kan antas vara nödvändig för vård som patienten oundgängligen behöver (4 kap. 4 - 5 §§).

När det gäller insyn och tillgång till uppgifter finns regler om patientens möjlighet till elektronisk tillgång (direktåtkomst) och om att patienten kan få information om åtkomst till de egna uppgifterna (5 kap. 5 § samt 8 kap. 5–6 §§). Rätten att få ut journal skiljer sig också mellan offentlig och privat vård: i offentlig verksamhet styrs utlämnandet av offentlighets- och sekretessregler, medan journal i enskild vård som utgångspunkt ska tillhandahållas på begäran, och tveksamma fall kan behöva överlämnas till IVO för prövning (8 kap. 1 - 2 §§). Slutligen kan patienten ansöka om att journalen helt eller delvis ska förstöras, vilket provas av IVO och bara kan ske under strikta villkor (8 kap. 4 §).

3.2. Regelgenomgång Pasientjournalloven – Norge

Pasientjournalloven (lov 20. juni 2014 nr. 42) är ramen för hur hälso- och sjukvården får behandla patienters och brukares hälsouppgifter i behandlingsinriktade register, dvs. journalsystem och närliggande register som används för vård. Lagens utgångspunkt är att uppgifter ska behandlas så att patienten får hälsohjälp av god kvalitet genom att relevanta och nödvändiga uppgifter snabbt blir tillgängliga för behörig personal, samtidigt som skyddet mot att uppgifter når obehöriga upprätthålls, och att patientens personvern, pasientsikkerhet samt rätt till information och medverkan säkerställs (pasientjournalloven § 1).

Ur patientens perspektiv är det centralt att vården bara får behandla hälsouppgifter i behandlingsinriktade register när det är nödvändigt för att ge hälsohjälp eller för administration, internkontroll eller kvalitetssäkring av vården, och att sådana register måste ha hjemmel i lov (pasientjournalloven § 6). Vid internkontroll/kvalitetssäkring ska uppgifterna dessutom så långt som möjligt behandlas utan att namn och födelsnummer framgår (pasientjournalloven § 6 tredje stycket).

Lagen ger patienten en uttrycklig möjlighet att motsätta sig att vissa behandlingsinriktade register behandlar uppgifter om honom/henne utan samtycke; bestämmelsen är särskilt relevant för nationella/virksomhetsovergripande registerlösningar (pasientjournalloven § 8).

Integritetsskyddet förstärks genom att det är förbjudet för vårdpersonal och andra att ”journalnoka”: ingen får läsa, söka efter eller på annat sätt tillägna sig hälsouppgifter i behandlingsinriktade register utan att det är motiverat av helsehjelp, administration eller särskilt lag-/författningsstöd (pasientjournalloven § 16).

När det gäller patientens insyn fastslår pasientjournalloven att patienten har rätt till information och insyn enligt pasient- og brukerrettighetsloven samt GDPR (pasientjournalloven § 18). Detta omfattar i praktiken rätt till insyn i den egna journalen (med bilag) och möjlighet att få kopia, med vissa undantag av medicinska/omsorgsskäl enligt pasient- og brukerrettighetsloven (jfr. pbrl. § 5-1, som pasientjournalloven § 18 hänvisar till). En närliggande och viktig patienträtt är rätten att kunna se vem som haft åtkomst till journaluppgifter genom åtkomstloggar: detta regleras i praktiken i pasientjournalforskriften (bl.a. § 14 om innsyn i tilgangslogg), vilket Datatilsynet beskriver som patientens rätt att få insyn i loggen över vem som har haft tillgång. Pasientjournalloven ställer också krav på informationssäkerhet. Den dataansvariga och databehandlaren ska genomföra tekniska och organisatoriska åtgärder som ger en säkerhetsnivå

anpassat till risken och ska bland annat ha tillgångsstyrning, logging och efterföljande kontroll (pasientjournalloven § 22).

Slutligen finns en regel som är särskilt relevant vid organisatoriska förändringar: om en verksamhet överläts eller upphör kan journal-/registermaterial överföras till en annan verksamhet, men patienten kan motsätta sig överföringen och i stället kräva att journalen överförs till en annan bestämd verksamhet, om det är praktiskt möjligt ska patienten göras känd med denna rätt (pasientjournalloven § 24).

3.2.1. Likheter och skillnader

På likhetssidan finns tydliga paralleller i hur lagarna begränsar åtkomst och stärker spårbarhet. Sverige kräver att vårdgivaren dokumenterar och kan kontrollera elektronisk åtkomst och gör återkommande kontroller mot obehörig åtkomst (PDL 4 kap. 3 §). Norge ställer krav på "tilgangsstyrning, logging og etterfølgende kontroll" som en del av informationssäkerheten (pasientjournalloven § 22). Båda systemen ger patienten en rätt till insyn i sina uppgifter: i Sverige genom regler om att ta del av journalhandlingar (t.ex. PDL 8 kap. 2 § för enskild vård) och i Norge genom att rätten till information och insyn knyts till pasient- og brukerrettighetsloven och GDPR (pasientjournalloven § 18).

En skillnad är att systemet för spärrar för personuppgifter åtkomst är byggt olika. I Sverige ligger fokus på behörighet och spärrar i IT-systemet. Personal får bara läsa om de behöver det, och allt ska loggas och kontrolleras (PDL 4 kap. 1–3 §§). Exempelvis ska en vårdgivare bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat. Sådan behörighet ska begränsas till vad som behövs för att den enskilde ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården (PDL 4 kap. § 2).

I Norge säger lagen mer direkt att det är förbjudet att läsa/söka i journalen om det inte finns ett legitimt behov kopplat till vård eller administration ("journalnoking") (pasientjournalloven § 16). Därför kan man säga att det i Sverige finns en teknisk barriär för personalen, medan det i Norge finns en lagstadgad förbud.

Det finns även skillnader i hur länge journalen sparas. I Sverige finns en tydlig miniminivå där journalen ska bevaras minst 10 år efter sista anteckning (PDL 3 kap. 17 §). Norge är mer "behovsstyrt" och regler om lagring/retention är mer knutna till behov och annan reglering (pasientjournalloven § 25).

3.2.2. Likheter och skillnader i lagarnas syften

Syftet med den norska regleringen är att behandling av hälsouppgifter ska ske på ett sätt som ger patienter och användare vård av god kvalitet genom att snabbt och effektivt göra relevant och nödvändig information tillgänglig för vårdpersonal och samtidigt som skydd säkerställs mot att information lämnas ut till obehöriga personer. Samt att säkerställa patienters och användares integritet, patientsäkerhet och rätt till information och deltagande.

Syftet med den svenska regleringen är att informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Skillnader: Kostnadseffektivitet finns uttryckligen bara i Sverige. Patientdatalagen anger uttryckligen att informationshanteringen ska främja kostnadseffektivitet. Den formuleringen finns inte i det uttryckliga syftet för Patientjournalloven.

En annan skillnad är att Patientdatalagens syftesparagraf nämner inte “delaktighet/medverkan” på samma sätt som Norge, utan betonar integritet och skydd mot obehörig åtkomst samt patientsäkerhet/kvalitet.

3.3. Patientdata – Danmark

Den danska regleringen om patientdata bygger på en kombination av sundhedsloven (bl.a. rätt till insyn och regler om tystnadsplikt/åtkomst), autorisationsloven (journalföringsplikt) och detaljerade journalföreskrifter i bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (2025), kompletterat av dataskyddsreglerna (GDPR och databeskyttelsesloven).

En grundregel för patienten är att hälso- och sjukvården har en skyldighet att föra patientjournal när undersökning och behandling m.m. utförs, och att journal ska föras för varje patient.⁸³

Journalföreskriften preciserar att det som utgångspunkt ska finnas en patientjournal per patient per behandlingsställe och att journal ska föras vid all patientbehandling, med vissa snäva undantag (t.ex. vissa första-hjälpen-situationer).⁸⁴ Föreskriften anger också att journalen är ett arbetsredskap för att säkra god och säker behandling och kan stödja patientens möjligheter till delaktighet och att tillvarata egna intressen.⁸⁵

Det finns även reglering gällande åtkomst i elektroniska system. Sjukvårdspersonal får göra elektroniska uppslag om patientens hälsoinformation i den utsträckning det är nödvändigt för aktuell behandling⁸⁶, och samtycken/tilkendegivelser kopplade till sådan åtkomst ska dokumenteras enligt reglerna.⁸⁷ På systemsidan finns dessutom krav på loggning: regionerna ska maskinellt registrera (logga) alla användningar av personuppgifter i elektroniska patientjournaler, och loggen ska minst kunna visa vem som gjort uppslaget, varifrån och när.⁸⁸

⁸³ Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 22

⁸⁴ Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.) § 4, 7, 8.

⁸⁵ Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.) §3

⁸⁶ Sundhedsloven § 42 a

⁸⁷ bl.a. § 42 b Sundhedsloven

⁸⁸ Bekendtgørelse om pligt til at registrere logoplysninger og indsigt i Logoplysninger §1.

Patientens insyn är också central. Enligt sundhedsloven har den som journalen avser rätt till tillgång till dokument i patientjournalen på begäran.⁸⁹ Myndighetsvägledning beskriver att patienter som fyllt 15 år som utgångspunkt har rätt till tillgång till dokument i egen journal och rätt till kopia (inte originalet).⁹⁰

I likhet med Sverige finns i dansk rätt en 10-årsregeln uttryckligen i autorisationsloven § 25, som anger att patientjournalen ska opbevares i minst 10 år räknat från den senaste anteckningen (med undantag bl.a. om ärendet är föremål för klage/tillsyn/ersättning).

Slutligen gäller de generella dataskyddsreglerna parallellt: hälsouppgifter är en särskilt skyddsvärd kategori av personuppgifter, och patienten har de rättigheter som följer av GDPR/dansk dataskyddslagstiftning.

3.3.1. Skillnader

I Danmark är reglerna mer splittrade mellan dataskyddsregler och sjukvårdsrättsliga regler. Själva principen att uppgifter bara får behandlas för tydligt angivna ändamål följer främst av dataskyddet (formålsbegränsning) i databeskyttelsesloven § 5 och GDPR:s motsvarande princip, snarare än av en särskild "patientdatalag". En konsekvens är att det kan bli svårare för patienter att överblicka vilka regler som gäller och vilket regelverk man ska stödja sig på när man ifrågasätter hantering av uppgifter.

I Danmark måste patienten ofta "översätta" sin invändning: om det gäller varför uppgiften behandlas kan man behöva argumentera med dataskyddsprinciper (databeskyttelsesloven § 5/GDPR), men om det gäller vem som fick se den och i vilket sammanhang kan det snarare vara sundhedsloven som är relevant (t.ex. regler om tystnadsplikt och elektroniska uppslag).

På frågan om att begränsa intern åtkomst har Sverige ett mer uttalat patientverktyg: patienten kan kräva att uppgifter spärras så att de inte blir elektroniskt tillgängliga mellan vårdenheter/vårdprocesser inom samma vårdgivare, och spärr får bara hävas vid samtycke eller när samtycke inte kan inhämtas och uppgiften kan antas ha betydelse för vård som patienten oundgängligen behöver (4 kap. 4 - 5 §§). Den typen av explicit, generell intern spärrregel framträder inte på samma sätt i de danska huvudbestämmelserna (där fokus i stället ligger på när uppslag får göras och på tystnadspliktens ramar).

Sverige har också mer långtgående och tekniskt konkreta integritetsspärrar i själva lagen, t.ex. begränsningar av sökningar: känsliga personuppgifter får inte användas som sökbegrepp, med vissa angivna undantag (2 kap. 8 §). I Danmark vilar motsvarande skydd mer på den generella dataskyddsprincipen om ändamål och proportionalitet (databeskyttelsesloven § 5) och på att uppslag bara får ske i nödvändigt omfång för aktuell behandling (sundhedsloven § 42 a).

⁸⁹ Sundhedsloven § 37

⁹⁰ <https://stps.dk/sundhedsfaglig/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/aktindsigt-i-patientjournal?>

4. Patientsäkerhetsregleringar

4.1. Svenska patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet (1 kap. 1 §). Ur patientperspektiv är kärnan att lagen dels styr vårdgivarens skyldigheter att förebygga och hantera vårdskador, dels anger hur patienters erfarenheter och klagomål ska tas om hand.

Vårdgivaren måste bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete: planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 §), vidta åtgärder för att förebygga vårdskador (3 kap. 2 §) och utreda händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada för att klarlägga förlopp och förhindra upprepning (3 kap. 3 §). Patienten ska också ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet (3 kap. 4 §). Vid allvarliga vårdskador finns en anmälningsskyldighet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), vårdgivaren ska anmäla händelser som medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada (3 kap. 5 §).

För patientens ställning är särskilt viktig lagen om informationsskyldighet vid vårdskada. Vårdgivaren ska snarast informera patienten om att en vårdskada inträffat, vilka åtgärder som avses för att undvika upprepning, vårdgivarens klagomålshantering, patientnämndernas stöd, möjligheten att klaga till IVO och möjligheten att begära ersättning (3 kap. 8 §).

Patientsäkerhetslagen stärker också patientens praktiska möjligheter att få svar: vårdgivaren ska ta emot klagomål och synpunkter från patienter och närstående (3 kap. 8 a §) och ska snarast besvara klagomålen med en förklaring av vad som hänt och när det är relevant vilka förebyggande åtgärder som planeras (3 kap. 8 b §).

Om patienten ändå vill driva frågan externt reglerar lagen IVO:s klagomålssystem. IVO ska efter anmälan pröva klagomål, och anmälan får göras av patienten (eller närstående om patienten inte kan) (7 kap. 10 §). IVO ska efter att vårdgivaren fått möjlighet att hantera klagomålet, utreda vissa allvarligare typer av klagomål (t.ex. allvarlig vårdskada, tvångsvård/isolering och allvarliga kränkningar av självbestämmande/integritet/rättslig ställning) (7 kap. 11 §), och patienten har rätt att ta del av utredningsmaterial och yttra sig innan beslut (7 kap. 16 §).

4.2. Patientsäkerhet - Norge

I Norge är patientsäkerhetsregleringen uppbyggd av flera lagar, men med i stort sett samma funktioner ur patientens perspektiv: krav på försvarlig vård, systematiskt kvalitets- och säkerhetsarbete, rapportering av allvarliga händelser, patientinformation, statlig tillsyn samt reaktioner mot osäker personal.

På verksamhetsnivå bär kommunal vård ett uttryckligt ansvar för att tjänsterna är försvarliga och att det bedrivs kvalitetsförbättring och patientsäkerhetsarbete.⁹¹ Motsvarande

⁹¹ helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 (särskilt §§ 4-1 och 4-2).

försvarlighetskrav gäller inom specialisthelsetjenesten enligt specialisthelsetjenesteloven § 2-2. Dessa plikter konkretiseras i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som syftar till att säkerställa faglig forsvarlighet, kvalitetsförbättring och pasient- og brukersikkerhet genom krav på styrning och förbättringsarbete.

När en allvarlig händelse inträffar finns ett särskilt spår: verksamheter ska snarast rapportera/melda allvarliga händelser till tillsynsmyndigheten. För specialisthelsetjenesten regleras detta i specialisthelsetjenesteloven § 3-3 a (”melding og rapport om alvorlige hendelser”), och för kommunal vård i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a.

Patientens rättsställning stärks också genom regler om information och medverkan. Helsepersonell har en uttrycklig plikt att ge den information som patienten har rätt till enligt pasient- og brukerrettighetsloven (helsepersonelloven § 10, som hänvisar till pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 till 3-4). Detta kopplar patientsäkerhet till patientens möjlighet att förstå vad som sker, ställa frågor och delta i beslut.

Slutligen finns ett tillsyns- och sanktionssystem. Statens helsetilsyns roll och ramar för statlig tillsyn ligger i helsetilsynsloven (LOV-2017-12-15-107). Om brister kan knytas till enskild yrkesutövare kan tillsynsmyndigheten besluta om administrativa reaktioner enligt helsepersonelloven kapittel 11, exempelvis advarsel (§ 56) eller tilbakekall av autorisasjon (§ 57). För patienten innebär detta att systemet inte bara bygger på lärande och förbättring, utan också har verktyg för att ingripa mot personal som utgör en patientsäkerhetsrisk.

4.2.1. Skillnader

I Sverige är reglerna i hög grad sammanhållna i en enda lag, patientsäkerhetslagen (PSL). Den innehåller både vårdgivarens skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete (3 kap.), en uttrycklig skyldighet att informera patienten när en vårdskada inträffat (3 kap. 8 §) och en tydlig plikt att ta emot och besvara klagomål från patienter och närstående (3 kap. 8 a–8 b §§). Den har dessutom ett samlat kapitel om tillsyn och klagomål hos IVO (7 kap.) och ett samlat kapitel om behörighetsåtgärder/disciplinära ingripanden (bl.a. återkallelse m.m.). För patienten ger detta ofta en mer “enhetlig” väg: samma lag pekar ut både vad vårdgivaren måste göra internt och hur patienten kan gå vidare externt.

En annan skillnad i patientnära informationsregler är att Sverige har en specifik PSL-bestämmelse om att patienten ska informeras vid vårdskada (3 kap. 8 §) och att klagomål ska tas emot och besvaras (3 kap. 8 a–8 b §§). I Norge ligger “motsvarande” mer som ett generellt informations- och medverkanssystem: helsepersonell har informationsplikt enligt helsepersonelloven § 10, som kopplar till pasient- og brukerrettighetsloven (rätt till information/medverkan). Det betyder att Norge ofta når samma materiella mål (att patienten får information), men via en annan systematik: mindre av en “vårdskade-specifik” informationsregel och mer av generella patienträttigheter.

4.3. Patientsäkerhet - Danmark

I Danmark finns ingen enskild “patientsäkerhetslag” som motsvarar den svenska patientsäkerhetslagen. Centrala regler för patientsäkerhetsarbete är istället uppdelade i olika lagar.

Inledningsvis finns en bestämmelse som reglerar att regioner och kommuner ska i samspel med staten och i dialog med användare säkra en fortlöpande utveckling av kvaliteten i sundhedsvæsenet.⁹² Dessutom åläggs regionsråd och kommunalbestyrelse att sikre kvalitetsutveckling av ydelser efter sundhedsloven, och ministern kan fastställa gemensamma ramar och regler om krav till kvalitet.⁹³

Det finns vidare en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal som blir uppmärksam på en oavsiktlig händelse att rapportera den.⁹⁴ Även patienten eller närstående kan rapportera en sådan händelse.⁹⁵ Rapporteringen i den nationella kedjan ska dessutom ske anonymiserat avseende både patient och rapportör.⁹⁶ Systemet är uttryckligen konstruerat som icke-sanktionande: rapportören och de sundhedspersoner som ingår i rapporteringen kan inte på grund av själva rapporteringen utsättas för disciplinära arbetsgivaråtgärder, tillsynsreaktioner eller straffrättsliga sanktioner.⁹⁷ För patienten innebär detta typiskt att UTH-spåret primärt ska leda till lärande och förebyggande, inte till “ansvarsutkrävande” i den enskilda händelsen.

För ansvarsutkrävande och rättelse finns istället klagosystemet i klage- og erstatningsloven. Patienter kan klaga på behandlingsställets vårdföretag verksamhet hos Styrelsen for Patientklager.⁹⁸ KLAGOÄRENDEN som rör auktoriserade vårdpersonal yrkesutövning prövas av Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.⁹⁹

Sammantaget ger detta en tvådelad patientsäkerhetslogik: UTH-systemet ska skapa lärande och förebygga upprepning (sundhedsloven §§ 198–201), medan klagosystemet ger patienten en formell väg till prövning och eventuell kritik/reaktion (klage- og erstatningsloven §§ 1–2 och § 3 a).

Den del av svenska PSL som handlar om tillsynsmyndighetens roll (PSL 7 kap.) har i Danmark sin närmaste motsvarighet i att Styrelsen for Patientsikkerhed har ett uttryckligt lagstöd för övergripande tillsyn över sundhedsområdet (sundhedsloven § 213) och kan bedriva riskbaserade, löpande tillsynsinsatser.

Den del av PSL som gäller behörighet och återkallelse av legitimation (PSL 4 kap. och 8 kap. i svensk struktur) har en dansk motsvarighet i autorisationsloven. Där finns grund för att frånta en legitimerad sundhedsperson autorisationen om personen bedöms vara en fara för

⁹² Sundhedsloven § 4

⁹³ Sundhedsloven § 193, stk. 1–3

⁹⁴ Sundhedsloven § 198, stk. 2

⁹⁵ Sundhedsloven § 198, stk. 4

⁹⁶ Sundhedsloven § 199, stk. 4.

⁹⁷ Sundhedsloven § 201

⁹⁸ klage- og erstatningsloven § 1

⁹⁹ klage- og erstatningsloven § 2.

patientsäkerheten, bl.a. på grund av fysisk tillstånd, sjukdom/missbruk eller grov försummelse.¹⁰⁰ Det finns också möjligheter till mer interimistiska patientsäkerhetsåtgärder, t.ex. tillfälligt berövande av rättigheter vid misstanke om fara.¹⁰¹

Det som däremot inte framträder som en lika tydlig i dansk lagtext, jämfört med PSL:s uttryckliga patientinriktade informations- och svarsskyldigheter, är just PSL:s särskilda regler om att patienten ska informeras efter en vårdskada. I Danmark finns starka patienträttigheter om information och samtycke generellt (t.ex. sundhedsloven § 15 om informerat samtycke och kopplingen till information i § 16) men den specifika “vårdskade-informationsplikten” saknas. Detta betyder att även om sådan information ges, nämns den aldrig som en rättighet för patienten.

4.4. Översikt över reglerna om patientsäkerhet

Kapitel/regel i Patientsäkerhetslagen	Motsvarighet i norsk lag	Motsvarighet i dansk lag
3 kap vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete	Kapitel 4. helse- og omsorgstjenesteloven - Krav på sundhet, patientsäkerhet och kvalitet + Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kapitel 2 §2 spesialisthelsetjenesteloven - Omsorgsplikt	Sundhedsloven § 4 Sundhedsloven § 193, stk. 1–3
3:5 Patientsäkerhetslag Anmälningsskyldighet till Inspektionen för vård och omsorg	§ 3-3 a. Anmälan av allvarliga händelser (Spesialisthelsetjenesteloven) 12-3a. Anmälan av allvarliga incidenter (helse- og omsorgstjenesteloven)	Sundhedsloven § 198, stk. 2 - 4
3:8 Skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador	10§ helsepersonelloven, som hänvisar till pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4.	Sundhedsloven § 15 § 16
7 kap Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn	helsetilsynsloven	Sundhedsloven § 213

¹⁰⁰ Autorisationsloven § 7

¹⁰¹ Autorisationsloven § 9.

7 - 8 kap Behörighet/disciplinära åtgärder (legitimation, prövning/återkallelse etc.)	Helsepersonelloven kap. 11	Klage- og erstatningsloven § 2 Autorisationsloven
--	----------------------------	--

5. Implementering och normativa skillnader

I detta avsnitt behandlas hur patienträttsliga regler implementeras och får praktiskt genomslag i Sverige, Norge och Danmark, med fokus på hur respektive hälso- och sjukvårdssystem är organiserat och hur normgivningen är uppbyggd. Avsnittet ger först en översikt av de norska och danska huvudmannaskapsmodellerna och deras centrala styrnivåer, och beskriver därefter hur lagar implementeras. Avslutningsvis analyseras strukturella skillnader i implementeringskedjorna och hur dessa kan påverka graden av enhetlighet och patientens faktiska rättsställning i praktiken.

5.1. Översikt över det norska hälso- och sjukvårdssystemet

Det norska hälso- och sjukvårdssystemet kännetecknas av att huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården är delat mellan staten som ansvarar för den specialiserade vården, och kommunerna som ansvarar för primärvården.

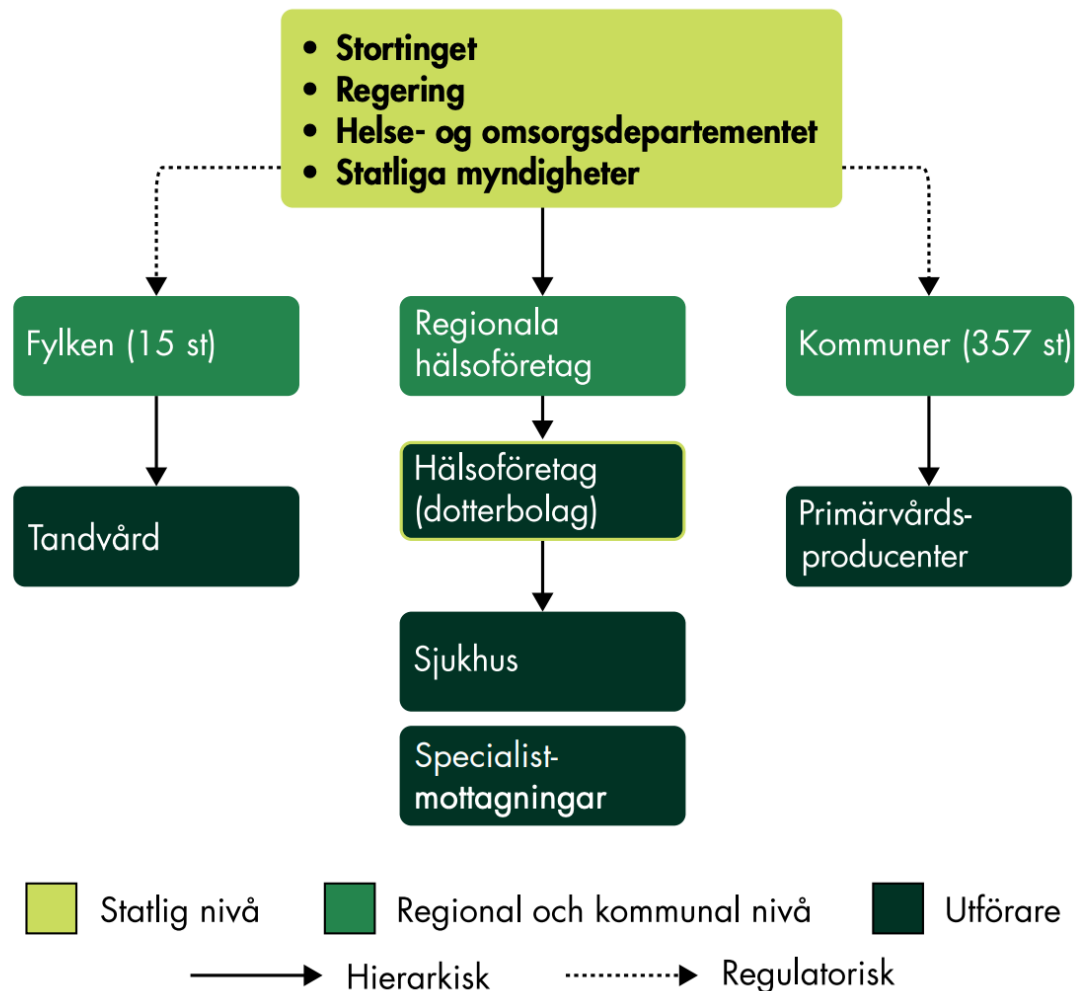
I Norge är ansvaret för vården delat mellan staten och de 357 kommunerna. Det är staten, genom stortinget och regeringen, som ansvarar för den specialiserade hälso- och sjukvården som ges på sjukhus och andra specialiserade vårdmottagningar.

Staten äger fyra regionala hälsoföretag (RHF): Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF och Helse Sør-øst RHF. De ansvarar för att tillhandahålla specialiserad vård till invånarna i det aktuella geografiska området. Varje regionalt företag leds av en styrelse som utses av regeringen.

De regionala hälsoföretagen äger i sin tur lokala hälsoföretag (HF) som kan bestå av ett eller flera sjukhus. Dessa lokala hälsoföretag, men också privat ägda sjukhus, utför specialiserad vård på uppdrag av de regionala hälsoföretagen. De lokala hälsoföretagen ansvarar självständigt för att driva och finansiera sjukhusen.

Kommunerna ansvarar för att tillhandahålla ”nödvändiga vård- och omsorgstjänster” till alla som är bosatta i kommunen. Ansvaret omfattar en rad olika tjänster, bland annat fastläkartjänst och akutmottagning samt läkaruppgifter i skolhälsovård, på äldreboenden och på asylmottagningar. De tjänster som kommunen ansvarar för kan utföras av kommunen själv eller av andra offentliga eller privata tjänsteleverantörer som kommunen har avtal med. Primärvården bedrivs i allmänhet av privatpraktiserande läkare, så kallade fastläkare (fastlege), som har ett avtal med kommunen. År 2023 var drygt 81 procent av landets fastläkare egenföretagare, och resten hade anställning i en kommun.

Ansvaret för tandvården ligger på fylkena, som är motsvarigheten till Sveriges regioner.¹⁰²



Källa: Saunes m. fl. 2020, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

5.2. Implementering av lagar i Norge

Lagarna i Norge antas av Stortinget och är ramen/huvudplikten och rättigheterna (t.ex. PBRL, HOL, spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven, pasientjournalloven, helseregisterloven, pasientskadeloven, helsetilsynsloven). Sedan kompletteras lagarna av förordningar som används för att fylla ut lagarna med mer konkreta krav. Några exempel på ramlagar och kompletterande förordningar följer nedan:

Norsk lag	Kompletterande förordning	Förklaring/Syfte
-----------	---------------------------	------------------

¹⁰² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Strukturreformer i Norden, Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland s. 18 - 19

Pasientjournalloven	Pasientjournalforskriften	Patientjournalförordningen är en norsk förordning som anger de detaljerade reglerna för patientjournaler inom hälso- och sjukvården. Förordningen anger krav på skriftlig, visuell och auditiv behandling av information, samt loggning, åtkomstkontroller, rätt till insyn och andra centrala regler som avgör vad en journal ska innehålla och hur den ska behandlas.
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester / spesialisthelsetjenesteloven	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring	Syftet med föreskrifterna är att bidra till professionellt sunna hälso- och omsorgstjänster, kvalitetsförbättring och patient- och brukarsäkerhet, samt att säkerställa att andra krav i hälso- och omsorgslagstiftningen följs.
spesialisthelsetjenesteloven	Föreskrifter om prioritering av hälso- och sjukvårdstjänster, rätt till nödvändig hälso- och sjukvård från specialistvården och rätt till behandling utomlands (prioriteringsförordningen)	Prioritering av patienter med rätt till nödvändig vård från specialistsjukvården
Pasientskadeloven	Forskrift om NPE/Pasientskadenemnda m.m.	Den norska patientskadenämnden ansvarar för skador som omfattas av patientskadelagen och ansvarar för att handlägga anspråk och betala ut ersättning.

Sedan har Helsedirektoratet ett ansvar att ta fram nationella riktlinjer som stöder målen för hälso- och sjukvården. De är normalt inte rättsligt bindande, men har ofta hög normverkan (förväntas följas; avvikelser bör kunna motiveras). Se t.ex. Helsedirektoratet: “Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer” (rundskriv/nettdokument) som används i stor utsträckning som tolkningsstöd av kommuner, helseforetak, Statsforvalteren m.fl.

Likt Sverige finns även vägledningsdokument från myndigheterna, ex. Veileder i behandling av klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven, och Retningslinje for statsforvalterens behandling av vedtak og klagesaker etter pbrl kapittel 4 A (Internserien 1/2025).

5.3. Strukturella skillnader jämfört med Sverige

Sverige har en implementeringsstruktur som typiskt följer av ramlagstiftningens karaktär. Riksdagen anger övergripande mål och principer i lag (bl.a. patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen), men eftersom många bestämmelser är öppna standarder krävs en successiv konkretisering i flera steg. På statlig nivå sker detta genom myndighetsstyrning, där bindande föreskrifter och allmänna råd anger hur lagens krav ska förstås och omsättas. Därtill tillkommer icke-bindande men normerande styrmedel såsom handböcker, vägledningar och rekommendationer, vilka ofta får stark praktisk genomslagskraft genom att de definierar “god ordning” i verksamheten. Under senare år har även nationell kunskapsstyrning etablerats som en ytterligare “översättningsnivå” mellan statliga normer och klinisk praktik, genom nationella kunskapsstöd, vårdprocesser och rekommendationer som syftar till mer enhetliga arbetssätt.

Den avgörande strukturella faktorn i Sverige är därefter den regionala självstyrelsen: det är 21 regioner som i praktiken måste omsätta lag, föreskrifter och nationella kunskapsstöd i regionalt beslutade styrdokument (riktlinjer, rutiner, vårdprogram, remissregler och prioriteringsordningar). Dessa dokument blir operativt bindande inom respektive regions organisation och kan därför, även vid samma nationella utgångspunkt, utvecklas olika. Resultatet är en implementeringskedja där variation kan uppstå både genom olika tolkning av ramnormer och genom olika organisatoriska lösningar, resursprioriteringar och lokala processval. För patienten innebär detta en risk att samma rättighetsformulering får olika praktiskt genomslag beroende på region, vilket är en central mekanism bakom skillnader i likvärdighet.

Mot denna bakgrund framstår Norges struktur som mindre fragmenterad på specialistnivån. Norge har färre regionala beslutsnivåer i specialistvården (4 RHF istället för 21 regioner). Detta innebär att en större del av organiseringen, prioriteringen och resursfördelningen i specialistvården kan styras och samordnas inom ramen för ett mindre antal beslutscentra. I praktiken ger det förutsättningar för mer enhetliga processer för remisshantering, vårdförlopp, prioriteringsprinciper och uppföljning än i ett system där många självständiga regioner var och en omsätter ramlagstiftning i egna riktlinjer och rutiner. För patienten kan detta öka förutsebarheten i mötet med specialistvården, eftersom variationen i organisatoriska lösningar och lokala implementeringsval i teorin blir mindre när antalet regionala huvudmän är få.

Samtidigt är den norska styrkedjan dualistisk. Specialistvården hanteras av regionala helseforetak, medan primärvård och omsorg i huvudsak ligger på kommunnivå. Därmed förskjuts den potentiella variationskällan delvis från “regionnivå” till “kommunnivå”. Kommunerna har olika strukturella förutsättningar avseende ekonomi, demografi, geografi och rekryteringsläge, vilket påverkar deras förmåga att tillhandahålla kontinuitet, tillgänglighet och samordning i praktiken. För patienten kan följden bli att vissa rättigheter som realiserar i kommunal verksamhet, exempelvis faktisk tillgång till fastlege, kontinuitet i uppföljning och koordination i långvariga vårdbehov, riskerar att variera mer mellan kommuner än mellan de fyra specialistregionerna. Den strukturella skillnaden innebär därmed inte nödvändigtvis “mindre variation totalt”, utan snarare en annan fördelning av var i systemet variation typiskt uppstår.

5.4. Översikt över det danska hälso- och sjukvårdssystemet

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet kännetecknas av ett delat huvudmannaskap. Staten har det övergripande ansvaret för finansiering och planering av både specialiserad vård och primärvård, och de fem regionerna har ett tillhandahållaransvar. Kommunerna har ansvaret för bland annat hälsofrämjande insatser och rehabilitering. Grunderna för det nuvarande systemet lades genom en omfattande kommunalreform 2007 som innebar att kommuner slogs samman och att de tidigare amten slogs ihop till regioner. Samtidigt tog regionerna över tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvården från amten, och staten tog över planerings- och finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården.

Den danska hälso- och sjukvården styrs och organiseras på tre politiska eller administrativa nivåer: stat, region och kommun. Mellan dessa nivåer finns förhandlings- och samordningskanaler.

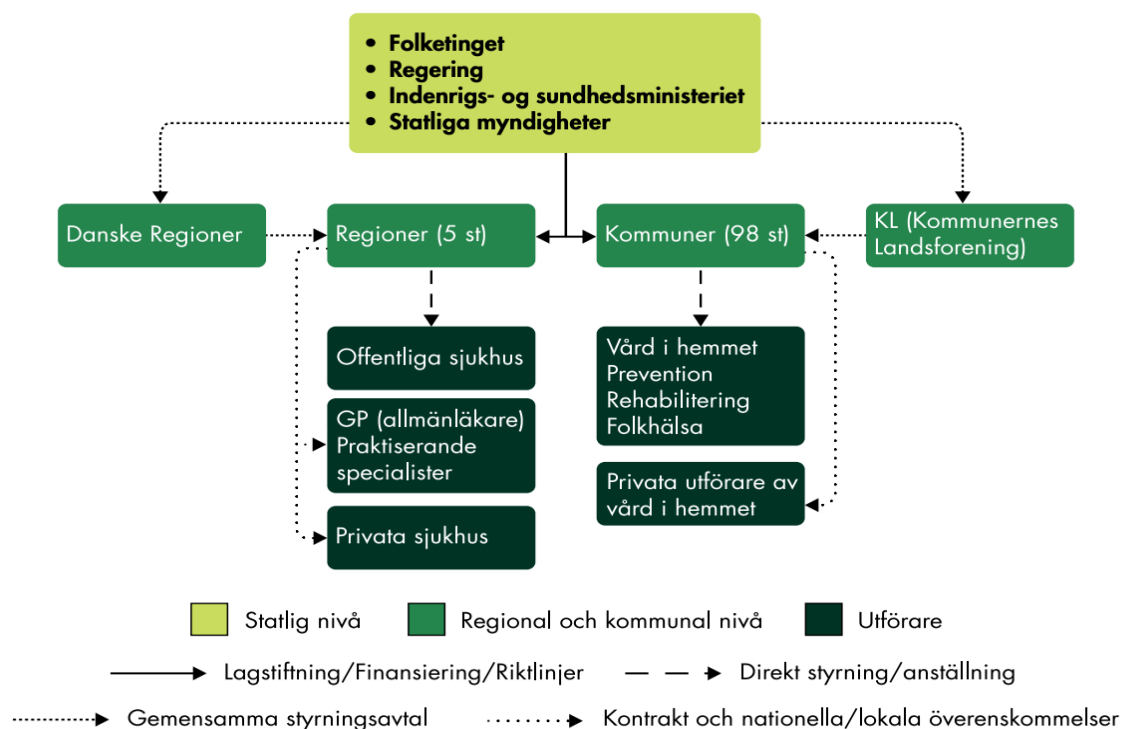
Staten har det övergripande ansvaret för att planera och finansiera både primärvård och specialiserad vård. Staten fastställer även det övergripande ramverket och den övergripande planeringen och riktningen för hälso- och sjukvården, samt ansvarar för reglering, tillsyn och huvuddelen av finansieringen. Via Sundhedsstyrelsen (som organisatoriskt ligger under Indenrigs- og Sundhedsministeriet) har staten det huvudsakliga ansvaret för att inspektera och övervaka sjukvårdsanläggningar samt sjukvårdspersonal.

Exempelvis har Sundhedsstyrelsen ansvar för att utfärda och dra tillbaka licenser för sjukvårdspersonal. Regionerna ansvarar för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänsterna och genomföra den närmare planeringen. Staten deltar samtidigt mer i detalj i vissa delar av planeringen, och kan påverka riktningen inom hälso- och sjukvårdssektorn genom att prioritera specifika områden i budgeten. Detta minskar den regionala nivåns möjlighet att själv besluta om vården.

Regionerna styrs av ett folkvalt organ (regionfullmäktige). De ekonomiska ramarna bestäms av staten, och statsanslagen fördelas med en befolkningsbaserad modell som tar hänsyn till skillnader i behov och kostnader. Kommunal medfinansiering tillkommer. Som en del i tillhandahållaransvaret ska regionerna träffa överenskommelser med privata utövare inom den danska primärvården (almen praksis) och med andra privata utförare (till exempel specialistläkare, fysioterapeuter, tandläkare, kiropraktiker och apotekare). Dessa överenskommelser reglerar befolkningens tillgång till vård av privata utövare.

Kommunerna ansvarar för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete samt rehabilitering utanför sjukhus. De tillhandahåller också vårdhem och hemsjukvård, kommunal tandvård och socialpsykiatri.

Figur 4. Den danska hälso- och sjukvården är organiserad och styrd på tre politiska/administrativa nivåer.



Källa: Birk m.fl. 2024, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

KL (tidigare Kommunernes Landsforening) och Danske Regioner är kommunernas respektive regionernas intresseorganisationer. De är inte en lagstadgad del av det politiska och administrativa systemet, men har stort inflytande över hälso- och sjukvården genom att representera de decentraliserade myndigheterna i diskussioner och förhandlingar mellan regionala och kommunala politiker, professionella organisationer och staten.¹⁰³

5.5. Implementering av lagar i Danmark

Sundhedsloven likt den svenska patientlagen anger vad hälso- och sjukvården ska uppnå snarare än exakt hur. På det sättet liknar den den svenska ramlagstiftningslogiken. I många delar av lagen bemyndigas exempelvis Sundhedsministeren att fastställa närmare regler.

Några centrala förordningar:

- Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

(Förordning om information och samtycke i samband med behandling samt utlämnande och insamling av hälsouppgifter m.m)

- Bekendtgørelse om de regionale patientkontorer
- Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af hjerte- og kræftsygdomme
- Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.1)

(Förordning om rätt till sjukhusvård m.m. 1)

¹⁰³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Strukturreformer i Norden, Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland s. 30 – 31.

Därtill kompletteras reglerna med myndighetsföreskrifter och vägledningsdokument som exempelvis:

- Vejledning om ret til hurtig udredning, frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg
- Vejledning om aktindsigt i patientjournaler
- Sundhedsstyrelsens vejledning om maksimale ventetider
- Vejledning om maksimale ventetider ved behandling af hjerte- og kræftsygdomme
- Patientvejledning/patientvejleder-funktionen (praktisk stöd till patienter om rättigheter, val, klagomål och ersättning)
- Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patienters pårørende
- Vejledning om aktindsigt i patientjournaler og om videregivelse af helbredsoplysninger til afdødes nærmeste pårørende
- Vejledning om journalføring for sygehuse og det præhospitale område, pkt. 6

Strukturellt har Danmark färre regioner än Sverige. I nuläget finns fem regioner och 98 kommuner, vilket i sig kan minska antalet parallella regionala implementeringsmodeller jämfört med Sveriges 21 regioner.

Slutligen bör analysen uppdateras med att Danmark är inne i en strukturell reformprocess. Enligt sundhedsreformen innebär den nya organiseringen att Danmark från den 1 januari 2027 ska ha fyra regioner, med en sammanslagning av Region Hovedstaden och Region Sjælland, och 2025 till 2026 utgör en övergångsperiod med särskild reglering om övergången till den nya strukturen. För patienträtten är detta relevant eftersom det sannolikt stärker central planering och kan minska regional variation ytterligare.

6. Samordning och ansvarsfördelning mellan huvudmän

I samtliga tre hälso- och sjukvårdssystem är ansvaret för patientens vård fördelat mellan flera huvudmän. Detta kan leda till brister i informationsöverföring, otydliga kontaktvägar och oklarhet om vem som ansvarar för olika delar av vården. Problemen kan uppstå särskilt i övergångar, till exempel vid in- och utskrivning, hemsjukvård och rehabilitering, och när patienten behöver insatser från flera aktörer.

Mot denna bakgrund har alla tre länder infört avtalslösningar för samverkan. Avtalen ska tydliggöra ansvarsfördelningen och ange gemensamma arbetssätt i situationer där flera huvudmän berörs. Nedan redovisas huvuddragen i respektive lands avtalskonstruktion och dess funktion i gränssnittet mellan huvudmän.

6.1. Svensk Hälso- och sjukvårdsavtal

I Sverige är hälso- och sjukvården organiserad med delat huvudmannaskap, där region och kommun kan ha parallella men olika ansvar för samma patient. För att hantera detta gränssnitt upprättar parterna ofta ett hälso- och sjukvårdsavtal. Avtalet är i sig inte en egen rättskälla på samma nivå som lag, men fungerar som ett styrande och konkretiserande instrument som

operationaliserar lagens ansvarsfördelning: vem som gör vad, vilka kontaktvägar som gäller, hur ordinationer ska kommuniceras, hur uppföljning sker och hur avvikelser hanteras.

Man kan säga att avtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan i de delar där regionen och kommunerna har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Mer konkret har regionen en skyldighet att bland annat ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning, personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade i ett skyddat boende.¹⁰⁴

Syftet med avtalet är att bidra till att parterna ger en god och säker vård till dem som har behov av hälso- och sjukvård från både region och kommun. Avtalet ska tydliggöra ansvarsfördelning och stärka samverkan. Patienten ska möta en samordnad och sammanhållen vård som utgår från samarbete, oavsett huvudmannaskap. Målet är att erbjuda varje patient en god och nära vård utifrån individuella förutsättningar och behov.

6.2. Norges “samarbeidsavtale”

I Norge finns det också en plikt att ingå ett samarbetsavtal. Kommunfullmäktige ska själv ingå ett samarbetsavtal med den regionala hälsovårdsmyndigheten i hälsovårdsregionen eller med en hälsovårdsmyndighet som den regionala hälsovårdsmyndigheten bestämmer. Kommunen får ingå ett avtal ensam eller tillsammans med andra kommuner.¹⁰⁵

Den norska regleringen anger även ett minimiinnehåll.¹⁰⁶ Avtalen som minimum ska omfatta 13 punkter, bl.a.: ansvar/uppgifter, samarbete vid in-/utskrivning och rehab, riktlinjer för sjukhusinläggning, kommunens “øjeblikkelig hjelp”-døgnopphold, utskrivningsklara patienter, informationsutbyte/kompetensöverföring, forskning/utbildning, jordmortjänster, lokala IKT-lösningar, förebyggande, beredskapsplaner/akutkedjan, gemensam tjänsteutveckling/planering och samarbete kring barn/unga med komplex problematik.¹⁰⁷

Funktionen är i praktiken densamma som ditt svenska “hälso- och sjukvårdsavtal”: ett instrument som operationaliserar ansvarsfördelning och samverkan i övergångar och gemensamma patientflöden.

6.3. Danmarks sundhedsaftale och Samarbejdsaftaler

I Danmark är regionfullmäktige och kommunfullmäktige i regionen skyldiga att ingå ett hälsoavtal.¹⁰⁸ Hälsoavtalet är ett avtal som ingås mellan regionfullmäktige och kommunerna i regionen, vilket anger ramar och mål för samarbetet mellan parterna, inklusive allmänmedicin, inom de områden eller målgrupper som avtalet gäller.

¹⁰⁴ Kap 16 § 3 HSL

¹⁰⁵ § 6-1 helse- og omsorgstjenesteloven

¹⁰⁶ § 6-2 helse- og omsorgstjenesteloven

¹⁰⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak/innhold-i-samarbeidsavtalen/-6-2-krav-til-avtalens-innhold>

¹⁰⁸ § 205 Sundhedsloven

Utkastet till hälsoavtal utarbetas av hälsosamarbetskommittén, medan regionfullmäktige och kommunerna i regionen godkänner avtalets innehåll. När parterna har godkänt avtalets innehåll ska regionfullmäktige lämna in hälsoavtalet till Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen måste också godkänna avtalet och göra en bedömning utifrån Sundhedsministerens närmare föreskrifter.¹⁰⁹

Hälsoavtalet anger vanligtvis ett sektorsövergripande ramverk för det specifika samarbetet mellan aktörerna, inom de områden eller för de målgrupper som avtalet gäller. Syftet med hälsoavtalet är att bidra till sammanhållning och samordning av de processer som löper över regioner, kommuner och allmänmedicin med fokus på kvalitet, effekt och patientnöjdhet. Målet är att den enskilde medborgaren erbjuds en hög och enhetlig vårdkvalitet över hela regionen, oavsett antal kontakter eller vilken vård som behövs. Hälsoavtalet är således ett medel för att stödja geografisk jämlikhet i hälsa.

Dessutom syftar hälsoavtalet till att stödja social jämlikhet i hälsa, vilket bland annat uppnås genom fokus på att säkerställa närhet, organisera differentierade insatser som motsvarar medborgarens behov, resurser och preferenser, och stödja parterna att involvera medborgare och anhöriga i beslut om sin egen hälsa och behandling, precis som medborgares och anhörigas perspektiv inkluderas i utvecklingen av samarbetet kring insatser i hälsoavtalet.¹¹⁰

Som en del av hälsoavtalet kan samarbetsavtal ingås som beskriver arbetsfördelning och samarbete mellan aktörer, t.ex. i förhållande till en specifik målgrupp.¹¹¹ Det kan vara relevant att upprätta samarbetsavtal i förhållande till målgrupper där det finns en tvärsektoriell utmaning. Bl.a. finns det exempelvis i regionsyddanmark:

- Samarbetsavtal om barn och unga
- Samarbetsavtal gällande behandling i medborgarens närmiljö
- Samarbetsavtal gällande övergångar
- Samarbetsavtal gällande rehabilitering och omskolning
- Framstegsprogram
- Ledningsfunktioner, arbetsgrupper och samarbetsavtal
- Samarbetsavtal, kontaktfunktioner och arbetsgrupper.¹¹²

¹⁰⁹ § 205 Sundhedsloven

¹¹⁰ Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler, kapitel 3.

¹¹¹ Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler, kapitel 4

¹¹² <https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesen/samarbejdsaftaler-og-forlobsprogrammer>

Bilaga 4 – Nordisk patienträtt – en jämförelse

Patienträttigheter, patientskada, patientdata, patientsäkerhet och implementering

Författare Sajjad Sultani, Göteborgs universitet (2026).

Detta arbete är en presentation av vad som presenteras i rapporten bilaga 3.

Nordisk patienträtt – jämförelse

Patienträttigheter, patientskada, patientdata, patientsäkerhet
och implementering

Översikt

- Patienträtt (Sverige: patientlagen / Norge: pasient- og brukerrettighetsloven / Danmark: sundhedsloven)
- Patientskador: ersättningssystem och prövningskedjor
- Patientdata: journal, åtkomst, spärrar och insyn
- Patientsäkerhet: ansvar, tillsyn och klagospår
- Implementering och normativa skillnader i styrkedjan
- **Samordning och ansvarsfördelning mellan huvudmän**

1

Patienträtt: kapitelvis jämförelse



1.1 Lättillgänglig vård



Sverige

- Rätt till lättillgänglig vård. Fokus på geografi, öppettider, jour, köer.
- Patienten ska snarast få medicinsk bedömning (om inte obehövt).

Norge

- Rätt till “omedelbar hjälp” från kommunen och specialistvården § 2-1, 2

Danmark

- Målsättning: enkel/lik tillgång och kort väntetid (§ 2).
- Utrednings- och behandlingsrätt via frister och information (§§ 86–87).

Gemensamt: Alla tre länder innehåller prioritering, men Sverige och Danmark via bred tillgänglighetsnorm, medan Norge via explicit omedelbarhetsregel vid akuta situationer.

1.2 Vårdgaranti och tidsfrister



Sverige: sammanhållen vårdgaranti (2:3 PL)

- Patienten blir försäkrad om att inom viss tid få:
- Kontakt med primärvården
- Medicinsk bedömning i primärvården
- Besök i specialistvård
- Planerad vård

Norge & Danmark: utspridda regler

- Norge: ingen samlad “vårdgaranti” i samma form. Istället försäkras rättigheterna via § 2-2, 2-2 a § 2-1 c PBrL, samt § 22 Forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften)
- Danmark: ingen samlad “vårdgaranti” i samma form. Istället försäkras rättigheterna via Sundhedsloven § 82 b, 86 – 87

Möjlig effekt: Att Sverige kodifierar vårdgarantins innehåll i en sammanhållen bestämmelse kan tydligare signalera patientens rätt och ge en överblick till patienten.

1.3 Informationsplikt



Huvuddrag

Sverige

- Har en kodifierad checklista för informationsgivning avseende vissa patienträttigheter/valmöjligheter.
- Informationsgivningen ska vara individuellt anpassad som ett led i att stärka patientens delaktighet och självbestämmande.
- Den som lämnar informationen måste hjälpa mottagaren att värdera informationen, ge aktiv vägledning och försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva delaktighet och självbestämmande.

Huvuddrag - Norge

- Har mer en funktionell huvudregel ("nödvändig information" + vissa särskilda punkter som ersättning/ombud/tillsyn) § 3-1, 2.
- Krav på individuell anpassning och skyldigheten att personalen ska, så långt det är möjligt, säkerställa att mottagaren har förstått informationens innehåll och betydelse § 3-5,

Huvuddrag - Danmark

- I Danmark har patienten rätt att få information om hälsotillstånd och behandlingsmöjligheter, inklusive risk för komplikationer och biverkningar, samt rätt att avstå information, Sundhedsloven § 16.
- Information om väntetider och val fångas upp av patientkontoren som informerar/vägleder om patienträttigheter, bl.a. tillgång till behandling, fritt/utvidgat sjukhusval, väntetider samt klago och ersättningsvägar. Sundhedsloven § 51.
- När det gäller krav på individuell anpassning regleras det via § 15 Sundhedsloven.
- Det finns även en skyldighet för personalen att försäkra att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen innan denne samtycker till något, Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv, 2.3.

1.4 Samtycke



Norge

- Huvudregel: vård ges endast med samtycke och samtycket kräver nödvändig information.
- Samtycke kan återkallas; vårdgivaren ska informera om innebörden av att vård inte ges § 4-1 .
- Akutläge: motsvaras av yrkesplikt att ge akut hjälp (Helsepersonelloven), även när patienten inte kan samtycka, Helsepersonelloven § 7

1.4 Samtycke



Danmark (Sundhedsloven + bekendtgørelse)

Huvudregel: informerat samtycke krävs för att påbörja/fortsätta behandling; och kan återkallas när som helst.Sundhedsloven § 15.

Undantag: vård utan samtycke vid bristande samtyckesförmåga eller under 15 år när omedelbar behandling krävs. Sundhedsloven § 19.

Detaljkrav: samtycket ska vara specifikt (vilken behandling/metod/syfte), aktuellt (inom nära framtid), och förnyas vid ny väsentlig info/ändrad plan; vid oklar omfattning bör vård avstås om den inte är absolut nödvändig. Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv, 2.3.

1.4 Samtycke



Likheter med Sverige

Även i Sverige är samtycket knutet till den aktuella åtgärden och ska bygga på information enligt 3 kap.

Sverige saknar dansk “förnyat samtycke”-paragraf, men kravet på informerat samtycke innebär i praktiken att väsentliga ändringar normalt kräver uppdaterad information och nytt/förnyat ställningstagande.

Ingen uttrycklig svensk regel om att avstå vid oklarhet, men huvudregeln “ingen vård utan samtycke” leder praktiskt till samma resultat.

1.5 Samråd och delaktighet



Sverige – samråd med patient (Patientlagen kap. 5)

Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt:

- utformas i samråd med patienten
- genomförs i samråd med patienten

Kärna: patientens delaktighet i planering och genomförande av vårdinsatser.

1.5 Samråd och delaktighet



Norge (kap. 3)

Patienten/brukaren har rätt att delta i genomförandet av hälso- och omsorgstjänster.

Rätt att delta i valet mellan:

- tillgängliga och lämpliga serviceformer
- undersöknings- och behandlingsmetoder

Inga betydande materiella skillnader jämfört med svensk rätt vad gäller rätten till delaktighet.

1.5 Samråd och delaktighet



Danmark

Ingen uttrycklig regel om att vården ska utformas/genomföras i samråd med patienten.

Delaktighet realiserar främst via:

informations- och samtyckeslogiken: för informerat samtycke krävs relevant information (§16)

valkonstruktioner (t.ex. fritt sjukhusval, utvidgat val vid väntetid) som i praktiken utlöser informations- och handlägningssteg och därmed stärker patientens delaktighet.

Sverige – fast vårdkontakt och läkarkontakt

Patienten har en uttrycklig rätt att behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses.

Insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Det finns även rätt till fast läkarkontakt.

Norge – likheter och skillnader i konstruktion

- Sverige och Norge har en gemensam bärande idé: en utsedd funktion och/eller plan som skapar ett sammanhållet vårdförlopp.
- Sverige: fast vårdkontakt utses vid begäran eller när det finns behov.
- Norge: rätten/pliktlogiken är tydligare kopplad till koordinering, uppföljning och framdrift i planarbete.
- Den norska ordningen gäller i praktiken oberoende av om patienten vill/begär individuell plan, § 2-5b

Danmark

Sundhedsloven: övergripande mål om samstämmighet mellan tjänster; krav på samverkan mellan region och kommun för att säkra sammanhang (inkl. mellan sektorer). § 2 p. 3 Sundhedsloven

Saknar i dag en tydlig, individuell rätt som motsvarar svensk fast vårdkontakt.

Funktionell närmaste motsvarighet: rätt att välja allmänläkare ("fast ingång" i primärvården). § 59 Sundhedsloven.

Konsekvens: utan en utlösbar rätt till fast vårdkontakt blir tydlighet och genomdrivbarhet svagare. Utan tydlig "kontaktpunkt" kan mer koordination falla på patienten.

Sverige – behandlingsalternativ (Patientlagen kap. 7)

När det finns flera behandlingsalternativ som är förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ han/hon föredrar.

Patienten ska få den valda behandlingen om det, med hänsyn till:

- den aktuella sjukdomen/skadan, och
- kostnaderna för behandlingen, framstår som befogat

1.7 Behandlingsalternativ



Norge

Liknande reglering genom rätten att delta i genomförandet av hälso- och omsorgstjänster.

Patienten har rätt att delta i valet mellan:

- tillgängliga och lämpliga serviceformer
- undersöknings- och behandlingsmetoder. § 3-1

Danmark

“Valet” realiseras främst via informationskravet: patienten ska få information om behandlingsmöjligheter och risker (delaktighet genom informerat beslutsunderlag), Sundhedsloven § 16 .

1.8 Ny medicinsk bedömning (“second opinion”)



Sverige – ny medicinsk bedömning (Patientlagen kap. 8)

Rätt till ny medicinsk bedömning för patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom/skada.

Syften/effekter:

- ökad trygghet i svåra situationer (t.ex. bristande tilltro, svår diagnos).
- säkerställa vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och god kvalitet.
- kan bidra till metodutveckling samt vara stöd för läkaren i behandlingsbeslut

1.8 Ny medicinsk bedömning ("second opinion")



Norge

Rätt till ny medicinsk bedömning utan krav på livshotande/särskilt allvarligt tillstånd som krävs i Sverige → principiellt bredare än Sverrige

Skäl till ny medicinsk bedömning: oenighet om diagnos, svårighetsgrad eller behandlingsplan; även "av säkerhetsskäl".

Patienten behöver inte motivera sin begäran.

Däremot finns remisskrav: allmänläkare remitterar till specialistvården.

- Om allmänläkaren bedömer att patienten inte har något att vinna, kan patienten inte kräva förnyad bedömning.
- Läkaren måste dock ha sakliga skäl för att inte remittera; får inte neka p.g.a. externa överväganden. (Helsedirektoratet, Patient- och brukarrättslagen med kommentarer.)

1.8 Ny medicinsk bedömning ("second opinion")



Skillnader Sverige–Norge samt Danmark

Sverige: materiellt avgränsad rätt (endast livshotande/särskilt allvarliga fall) → smalare person- och situationkrets.

Norge: inte avgränsad till viss allvarlighetsgrad + ingen motiveringsplikt → bredare i princip, men:

- Filtreras genom remisskrav
- Samt anges gälla en gång för samma tillstånd

Danmark: ingen generell lagfäst rätt till "second opinion"/omprövning av diagnos eller behandling (ingen motsvarighet till svensk kap. 8-rätt).

Källa: (<https://www.sst.dk/vidensbase/henvisning-til-hospitalet-og-patientrettigheder/patientrettigheder-og-henvisning/second-opinion>)

Översikt – val av utförare (patienträttighet)

- Både svensk och norsk reglering ger valfrihet i vart vård ges som patienträttighet.
- Även Danmark har i en lagfäst rätt att välja sjukhus. Patienten kan välja mellan bopælsregionens sjukhus, andra regioners sjukhus och vissa privata specialistsjukhus. Sundhedsloven § 86

Sverige – personuppgifter och journal (Patientlagen kap. 10)

- Personuppgifter i hälso- och sjukvården ska utformas och behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras.
- Patientlagen hänvisar till patientdatalagen för bl.a. regler om rätt att ta del av journalhandlingar.

Norge

- Rätt att ta del av journal regleras som en rättighet (kap. 5).
- Pasientjournalloven anger även skyldighet att respektera patienters integritet.

Danmark

- Rättigheter kopplade till patientjournaler regleras i Sundhedsloven (bl.a. §§ 36 - 37 och 41 - 48).

Inga betydande funktionella skillnader i regleringen mellan länderna.

Sverige – klagomål och patientnämndens ansvar (Patientlagen kap. 11)

- Patientlagen anger patientnämndens uppgifter gentemot patienter.
- Patientnämnden ska bl.a.:
 - hjälpa patienter att föra fram klagomål och att få svar från vårdgivaren
 - ge eller hjälpa patienter att få nödvändig information för att kunna ta tillvara sina intressen
 - vägleda patienter att vända sig till rätt myndighet
 - främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal

Norge har Patient- og brukarombudsmannen som ska tillvarata patienters/brukares behov, intressen och rättsskydd inom:

- statlig specialistsjukvård
- Länstandvård
- kommunal hälso- och omsorgstjänst
- samt bidra till kvalitetsförbättring i tjänsterna
- Ombudsmannen kan ta upp ärenden efter muntlig/skriftlig begäran eller på eget initiativ. § 8-1,3

Danmark – patientkontor som funktionell motsvarighet

Regionerna ska inrätta patientkontor som:

- informerar, vägleder och ger rådgivning om patienträttigheter
- ger information om väntetider
- stödjer i frågor om fritt/utvidgat sjukhusval
- vägleder om klagomåls- och ersättningsvägar

§ 51 Sundhedsloven

Övrig kommentar Norsk lagstiftning

Norsk pbrl är bredare än svenska patientlagen och fungerar som en samlad rättighetslag för både patienter och brukare (kommunala omsorgstjänster).

Den samlar flera rättighetsområden som i Sverige är utspridda i olika lagar, t.ex. mer detaljer om samtyckekompetens, regler om tvungen somatisk vård (kap. 4A), barns uttryckliga rättigheter (kap. 6) samt journalinsyn.

Övrig kommentar Dansk lagstiftning

Genomgången visar att Danmark jämfört med Sverige ofta bygger patienträttens genomslag genom tidsfrister, valmekanismer och institutionella navigationsfunktioner (patientkontor), medan Sverige i patientlagen i större grad bygger genom uttalade patienträttsliga regler och vissa individuella rättigheter som kan utlösas av behov.

Ex.

- fast vårdkontakt
- ny medicinsk bedömning

(specifika regler vilket saknas i dansk rätt men som möjligtvis kan krävas med hänvisning till övergripande mål)

Sverige: tydligt fokus på att stärka och tydliggöra patientens ställning (integritet, självbestämmande, delaktighet).

Norge: likvärdig tillgång och kvalitet + förtroende mellan patient/brukare och tjänsten; social trygghet och människovärde.

Danmark: befolkningens hälsa + systemmål (tillgång, kvalitet, samstämmighet, valfrihet, information, transparens, väntetid).

Vad skillnaderna i syfte betyder:

I Sverige ligger patientens ställningsförstärkning i centrum, medan detta syfte kanske inte varit lika styrande vid konstruktionen av den norska och danska lagen.

Det kan i sin tur påverka hur genomdrivbara rättigheterna upplevs och används av patienter.

2

Patientskade: ersättningssystem



Sverige – systemets uppbyggnad

- Krav på att vårdgivaren måste teckna försäkring
- saknas försäkring: Patientförsäkringsföreningen träder in
- Det finns en Patientersättningsnämnd som kommer med rådgivande yttranden
 - I praktiken följs yttranden “så gott som alltid”
- Tvister om ersättning: avgörs i domstol

Sverige – ansvarsgrund, ersättningsbara skador och beviskrav

- Generellt mer patientvänligt än vanlig skadeståndsrätt
- Bedömningsprinciper:
 - ”Fasit-resonemang”: bedömning utifrån vad som är känt vid prövningen
 - ”Specialiststandard”: jämförelse med erfaren specialist (med hänsyn till resurser)
- Begränsningar:
 - ingen ersättning för medicinskt nödvändiga risker vid livshotande/allvarliga tillstånd
 - läkemedelsskador hanteras normalt via läkemedelsförsäkring (undantag: fel i förskrivning/utlämning)
- Beviskrav: övervägande sannolikhet räcker

Norge – systemets uppbyggnad och finansiering

- Statlig, administrativ patientskadeordning för att göra ersättning lättare än via allmän skadeståndsrätt
- Prövningskedja:
 - 1:a instans: Norsk pasientskadeerstatning (NPE) § 9
 - omprövning i NPE → Pasientskadenemnda (Helseklage som sekretariat) § 15 - 18
 - därefter möjlighet till domstol
- Finansiering via tillskott:
 - offentlig vård: bidrag från bl.a. stat, regionala hälsoföretag, kommuner
 - privat vård: tilskuddsplikt för verksamheter och auktoriserad personal § 6 – 8

- Norge – ersättningsgrunder och beviskrav

Ersättning kan ges vid:

- svikt från god medicinsk praxis (inkl. samlade/systematiska brister)
- tekniska fel
- infektion (om den inte främst beror på patientens eget tillstånd)
- vaccinationsskador (patientvänliga kausalitetsregler vid oklar orsak)
- Huvudregel: om ansvar inte kan visas → ingen ersättning
- undantag: särskilt allvarliga/oväntade skador som inte är risk patienten rimligen ska acceptera
- vid oklar orsak kan vårdsvikt i vissa fall presumeras

Beviskrav: sannsynlighetsovervekt (> 50 %), § 2 – 3.

Strukturella skillnader (Sverige–Norge)

Sverige:

- försäkringsbaserat; patientens formella motpart är ett försäkringsbolag
- Patientskadenämnden: utlåtanden (i praktiken ofta följda)
- flera försäkringsgivare → risk för variation (motverkas delvis av standardisering)

Norge:

- statlig och centraliserad prövning (NPE → Pasientskadenemnda)
- kan ge större likformighet och förutsebarhet genom samlad praxis
- tydlig administrativ logik

Trösklar och praktisk betydelse för patienten

Sverige: självrisk = 5 % av prisbasbeloppet

prisbasbelopp 2026: 59 200 kr → självrisk 2 960 kr

Norge: nedre gräns som huvudregel:

ekonomiskt tapp > 10 000 NOK, eller

varig/betydande skada med minst 15 % medicinsk invaliditet

- Källa: <https://www.helsenorge.no/klage-og-erstatning/slik-soker-du-erstatning/>

Konsekvens: små krav kan falla bort i båda system,
men norsk tröskel slår typiskthårdare (högre/tydligare spärr)

Danmark – Patienterstatningen och beslutsprocessen

Patientskadeersättning prövas av Patienterstatningen (hanterar ersättning – inte klagomål på vården)

Systemet är i huvudsak offentligt finansierat

Lagen reglerar både:

rätten till ersättning vid patientskador

försäkringsskyldighet (privata enheter: försäkring upp till vissa belopp, ev. kommunal garanti)

stat/kommun i grunden självförsäkrade (ibland kompletterande försäkring)

Patienterstatningen tar emot, utreder ("oplyser") och avgör ärenden

vid beviljad ersättning: beslut meddelas betalningsansvarig aktör (försäkringsbolag/stat/region/kommun)

§1, 30 – 33, 58, 58b, 58d Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Danmark – likheter/särdrag + avdragströskel

Liknar Sverige: försäkringsinslag för privata vårdgivare (alternativt kommunal garanti)

Liknar Norge: administrativ prövning först (kan inte gå direkt till domstol)

Ersättning beräknas enligt allmän dansk ersättningsrätt, men med obligatoriskt avdrag:

9 360 DKK (2026-nivå), indexregleras årligen

Praktisk effekt: mindre krav kan falla bort genom avdragsmekanismen

3

Patientdata: journal, åtkomst, insyn



Patientdata – översikt (SE/NO/DK)

Sverige: Patientdatalagen (PDL) – samlad reglering (ändamål, journal, åtkomst, spärr, utlämnande)

Norge: Pasientjournalloven – ramlag + koppling till pbrl/GDPR, starkt integritetsskydd

Danmark: kombinationsmodell – sundhedsloven + autorisationsloven + journalföreskrift + GDPR/databeskyttelsesloven

Patientdatalagen – Sverige

- Syfte och grundprinciper (PDL)

Dubbel målsättning:

stödja patientsäkerhet och god kvalitet
skydda patientens integritet (1 kap. 2 §)

- Behandling bara för särskilt angivna ändamål: journalföring/vårddokumentation + nödvändig administration/uppföljning/kvalitet (2 kap. 4 §)
- Dataminimering: inte fler uppgifter än nödvändigt (2 kap. 7 §)
- Begränsningar i elektroniska sökningar: bl.a. förbud mot vissa sökbegrepp (2 kap. 8 §)

Sverige (PDL) – journal, åtkomst, spärr och insyn

Journal: ska föras per patient; innehåll för god och säker vård; invändning om fel/missvisande ska antecknas

Bevarande: normalt minst 10 år

Inre sekretess + behörighetsstyrning; åtkomst loggas och kontrolleras

Patient kan begära spärr inom vårdgivaren; bryts bara vid samtycke eller oundgänglig vård

Insyn: elektronisk tillgång och info om åtkomst; utlämnande skiljer offentlig/enskild vård; möjlighet att ansöka om förstöring (IVO, strikta villkor)

Norge (Pasientjournalloven) – kärna + patienträttigheter

Syfte: god kvalitet via tillgängliga relevanta uppgifter + skydd mot obehöriga; säkerställer personvern/patientsäkerhet samt rätt till information/medverkan (pasientjournalloven § 1)

Behandling endast när nödvändigt för helsehjelp eller admin/internkontroll/kvalitet; register kräver lagstöd (§ 6), och vid internkontroll/kvalitet så långt möjligt utan identifikatorer (§ 6 tredje ledd)

Patient kan motsätta sig viss behandling utan samtycke i vissa behandlingsinriktade registerlösningar (§ 8)

Förbud mot “journalnoking”: ingen får läsa, söka eller tillägna sig hälsouppgifter utan legitimt behov (helsehjelp/admin/lagstöd) (§ 16)

Insyn: rätt till info/insyn enligt pbrl och GDPR (§ 18)

Informationssäkerhet: krav på tillgångsstyrning, loggning och efterkontroll (§ 22)

Verksamhetsförändringar: patient kan motsätta sig överföring och begära annan mottagare om praktiskt möjligt (§ 24)

Likheter – åtkomstkontroll, spårbarhet och patientinsyn

- Tydliga paralleller: lagarna begränsar åtkomst och stärker spårbarhet.
- Sverige: krav på att vårdgivaren dokumenterar/kontrollerar elektronisk åtkomst och gör återkommande kontroller mot obehörig åtkomst (PDL 4 kap. 3 §).
- Norge: krav på tillgångsstyrning, loggning och efterföljande kontroll som del av informationssäkerheten (pasientjournalloven § 22).
- Patientens rätt till insyn:
 - Sverige: rätt att ta del av journalhandlingar (t.ex. PDL 8 kap. 2 § för enskild vård).
 - Norge: rätt till information/insyn kopplas till pasient- og brukerrettighetsloven och GDPR (pasientjournalloven § 18).

Skillnader – teknisk barriär vs lagförbud, samt bevarandetid

Sverige: fokus på behörighet och spärrar i IT-system ("inre sekretess").

Personal får bara läsa om de behöver det.

Allt ska loggas och kontrolleras (PDL 4 kap. 1–3 §§).

Norge: tydligt lagstadgat förbud mot att läsa/söka i journal utan legitimt behov kopplat till vård/administration ("journalnoking") (pasientjournalloven § 16).

skillnad: Sverige betonar teknisk åtkomstkontroll, Norge betonar normativt förbud (plus säkerhetskrav).

Sverige har dessutom en tydlig miniminivå – journal ska bevaras minst 10 år efter sista anteckning (PDL 3 kap. 17 §).

Norge: mer behovsstyrt; lagrings-/retentionsregler knyts i större utsträckning till behov och annan reglering (pasientjournalloven § 25).

Skillnader – lagarnas syfte

Kostnadseffektivitet nämns uttryckligen bara i Sverige.

Norge lyfter delaktighet/medverkan tydligare i syftet; Sverige betonar främst integritet, skydd mot obehörig åtkomst samt patientsäkerhet/kvalitet.

Konsekvens: Syftesparagrafer kan påverka hur regler tolkas i gränsfall – i Sverige kan effektivitet få större relevans, i Norge kan delaktighet/informationsrätt få större tyngd.

Danmark – journal, åtkomst, loggning och insyn (regelpaket)

Reglerna är uppdelade i sundhedsloven (insyn/åtkomst), autorisationsloven (journal + 10 år), journalföreskrift (2025), GDPR/dataskyddslag

Elektroniska uppslag/åtkomst inom vården: Sundhedsloven § 42 a (uppslag i nödvändigt omfång för aktuell behandling)

Loggning i elektroniska journaler: regionala krav på maskinell registrering (logg) enligt regler kopplade till elektroniska journalsystem

Insyn i journal: rätt till tillgång på begäran enligt Sundhedsloven (insynsbestämmelser)

Bevarande: minst 10 år (Autorisationsloven § 25)

Dataskyddsprinciper (ändamål/proportionalitet m.m.): GDPR + databeskyttelsesloven § 5

Skillnader i Danmark

I Danmark behöver patienten ofta matcha frågan med rätt regelspår:

- Varför uppgiften behandlas → argument med dataskyddsprinciper (databeskyttelsesloven § 5/GDPR).
- Vem som fick se uppgiften och i vilket sammanhang → ofta Sundhedsloven (t.ex. tystnadsplikt och regler om elektroniska uppslag).

poäng: samma integritetsproblem kan kräva olika rättslig grund beroende på om fokus är ändamål eller åtkomst. Eftersom rättigheterna inte är stadgade i en och samma lag kan det bli svårare för patienter att överblicka vilka regler som gäller och vilket regelverk man ska luta sig mot.

En annan skillnad är att Sverige har mer tekniskt konkreta begränsningar, t.ex. sökbegränsningar: känsliga personuppgifter får inte användas som sökbegrepp (med vissa undantag) (PDL 2 kap. 8 §).

Danmark: motsvarande skydd vilar mer på:

- dataskyddsprinciper om ändamål och proportionalitet (databeskyttelsesloven § 5), och
- att uppslag bara får ske i nödvändigt omfång för aktuell behandling (sundhedsloven § 42 a).

4

Patientsäkerhet: ansvar, tillsyn, reaktioner



Översikt: motsvarigheter



PSL (Sverige)	Norsk motsvarighet	Dansk motsvarighet
Systematiskt patientsäkerhetsarbete (3 kap.)	Kapitel 4. HOL Kapitel 2 §2 spesialisthelsetjenesteloven. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring	Sundhedsloven § 4, § 193, stk. 1–3
Anmälan vid allvarlig vårdskada (3:5)	Meldeplikt: spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a / HOL § 12-3 a	UTH-system (sundhedsloven §§ 198–201)
Information efter vårdskada (3:8)	Generell informationsplikt (helsepersonelloven § 10 → pbrl)	Generell info + samtykke (sundhedsloven §§ 15–16)
Klagomål & tillsyn (7 kap.)	Helsetilsynsloven + Statsforvalteren/Helsetilsynet	Sundhedsloven § 213
Behörighetsåtgärder (7 – 8 kap.)	Helsepersonelloven kap. 11	Klage- og erstatningsloven § 2 Autorisationsloven + disciplinærsystem

Svenska patientsäkerhetslagen (PSL)



Syfte: främja hög patientsäkerhet; patientfokus på förebygga/hantera vårdskador och ta om hand erfarenheter/klagomål (1 kap. 1 §).

Vårdgivarens plikter: systematiskt patientsäkerhetsarbete (planera/leda/kontrollera), förebygga vårdskador och utreda händelser för att förhindra upprepning (3 kap. 1–3 §§); patienten ska ges möjlighet att delta (3 kap. 4 §).

Allvarliga händelser: skyldighet att anmäla till IVO vid (risk för) allvarlig vårdskada (3 kap. 5 §).

Patienträttigheter i processen: vårdskadeinformation + vägledning om klagomål/ersättning (3 kap. 8 §) samt plikt att ta emot och besvara klagomål (3 kap. 8 a–8 b §§); extern väg via IVO:s klagomålssystem (7 kap.).

Patientsäkerhet i Norge – struktur och patientnytta

Regleringen är uppdelad i flera lagar men ger liknande funktioner: krav på försvarlig vård, systematiskt kvalitets-/säkerhetsarbete, rapportering av allvarliga händelser, patientinformation, statlig tillsyn och reaktioner mot osäker personal.

Verksamhetsansvar: kommunal vård + specialisthelsetjenesten har krav på försvarlighet och kvalitetsförbättring/pasientsäkerhet; konkretiseras i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. 4-1,2 HOL

Allvarliga händelser: plikt att snarast rapportera till tillsynsmyndighet (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a; HOL § 12-3 a).

Tillsyn/sanktioner: Statens helsetilsyn (helsetilsynsloven) + administrativa reaktioner mot yrkesutövare (helsepersonelloven kap. 11, t.ex. advarsel och tilbakekall av autorisasjon).

Skillnader Sverige–Norge (patientsäkerhet)

Sverige: sammanhållet i en lag (PSL): interna skyldigheter (3 kap.), vårdskadeinformation (3:8), klagomål + svarsskyldighet (3:8a–8b), samt samlat IVO-klagomålssystem (7 kap.) → ofta en enhetligare väg för patienten.

Norge: motsvarande effekter uppnås via generell informations-/medverkansstruktur: helsepersonell har informationsplikt (helsepersonelloven § 10) kopplad till pasient- og brukerrettighetsloven

Exempelvis finns det informationskyldighet vid vårdskada i PSL medan denna rättighet täcks av den generella informtionskyldigheten enligt helsepersonelloven § 10 i Norge

Patientsäkerhet i Danmark

Ingen samlad “patientsäkerhetslag”; reglerna är spridda. Regioner/kommuner har ansvar för kvalitetsutveckling och samspel med staten; gemensamma ramar kan fastställas nationellt, sundhedsloven § 4, § 193.

Det finns en plikt att rapportera oavsiktliga händelser (även patient/närstående kan rapportera); rapportering sker anonymiserat och systemet är icke-sanktionande → fokus på lärande och prevention (sundhedsloven §§ 198 - 201).

klagomål om behandlingsställe sker hos Styrelsen for Patientklager; yrkesutövning prövas av Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn (klage- og erstatningsloven).

Tillsyn/behörighet: Styrelsen for Patientsikkerhed (övergripande tillsyn; sundhedsloven § 213) + möjligheter att ingripa mot legitimerad personal i autorisationsloven (inkl. interimistiska åtgärder).

5

Implementering och normativa skillnader



Översikt

I detta avsnitt behandlas hur patienträttsliga regler implementeras och får praktiskt genomslag i Sverige, Norge och Danmark, med fokus på hur respektive hälso- och sjukvårdssystem är organiserat och hur normgivningen är uppbyggd.

Avsnittet ger först en översikt av de norska och danska huvudmannaskapsmodellerna och deras centrala styrnivåer, och beskriver därefter hur lagar implementeras.

Avslutningsvis analyseras strukturella skillnader i implementeringskedjorna och hur dessa kan påverka graden av enhetlighet och patientens faktiska rättsställning i praktiken.

Norge – översikt av hälso- och sjukvårdssystemet

Delat huvudmannaskap: staten ansvarar för specialistvård, kommunerna för primärvård/omsorg (357 kommuner).

Specialistvård organiseras via 4 regionala hälsoföretag (RHF) som äger lokala HF (sjukhus) och kan upphandla privata utförare.

Kommunerna ska ge nödvändiga vård- och omsorgstjänster (bl.a. fastläkare, akut, skolhälso, äldreboenden).

Primärvård: fastlege-systemet – huvudsakligen privatpraktiserande (2023: ca 81% egenföretagare).

Norge – hur lagar implementeras (normkedja)

Stortinget antar ramlagar som sätter rättigheter/plikter (t.ex. PBRL, HOL, helsepersonelloven, pasientjournalloven, helsetilsynsloven).

Förordningar/forskrifter fyller ut med konkreta krav (ex. pasientjournalforskriften; forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring; prioriteringsforskrifter).

Helsedirektoratet tar fram nationella riktlinjer/kommentarer: ofta inte bindande, men hög normverkan (förväntas följas, avvikelser bör motiveras).

Myndigheter ger även vägledare för tillämpning (klagohantering, tvångsregler m.m.) som standardiserar praxis.

Strukturella skillnader vs Sverige – vart kan variation uppstå?

Sverige: ramlag → föreskrifter/allmänna råd + kunskapsstyrning → 21 regioner omsätter i egna riktlinjer/rutiner → risk för regionalt varierande genomslag.

Norge specialistvård: färre beslutscentra (4 RHF) → bättre förutsättningar för enhetliga processer (remitter, vårdförlopp, prioritering).

Norge primärvård: variation uppstår istället i kommunnivå (ekonomi, geografi, rekrytering) → kan ge ojämn realisering av rättigheter som kräver kommunal kapacitet (kontinuitet/koordination).

Slutsats: Norge får ofta mindre variation i specialistvård, men inte nödvändigtvis mindre variation totalt, variationen kan ligga på kommunal nivå.



Danmark – översikt av hälso- och sjukvårdssystemet

Tre nivåer: stat–region–kommun; staten har övergripande ansvar för planering/finansiering, regioner har tillhandahållaransvar, kommuner ansvarar bl.a. för rehab och prevention.

Struktur präglad av reformen 2007: regioner tog över utförande; staten stärkte planering/finansiering.

Staten styr via ramverk, tillsyn och budgetprioriteringar; Sundhedsstyrelsen (under ministeriet) har central roll i tillsyn/övervakning (inkl. licensfrågor enligt texten).

5 regioner och 98 kommuner (nuvarande)



Danmark – implementering (ramlag + förordningar + vägledningar) + reform

Sundhedsloven är i stor utsträckning en ramlag: anger mål/krav, bemyndigar minister att utfärda närmare regler.

Centrala bekendtgørelser preciserar praktiken (t.ex. information/samtycke; patientkontor; max väntetider; rätt till sjukhusbehandling).

Myndighetsstöd genom vejledninger och patientvejledning/patientvejleder-funktion → ger praktisk standardisering (val, väntetider, journalinsyn, tystnadsplikt, journalföring).

Skilnader: Färre regioner än Sverige 5 vs 21, vilket kan leda till potentiellt mindre regional variation; dessutom pågår reform: från 1 jan 2027 planeras 4 regioner

6

Samordning och ansvarsfördelning mellan huvudmän



Samordning och ansvarsfördelning

Som redovisat är ansvaret för patienters vård i Sverige, Norge och Danmark fördelat mellan flera huvudmän/aktörer.

Detta skapar risk för:

- brister i informationsöverföring
- otydliga kontaktvägar
- oklarhet om ansvar i olika delar av vården

Särskilt vid övergångar när patienten behöver insatser från flera aktörer.

Därför används avtalslösningar för samverkan som konkretiserar ansvarsfördelning och gemensamma arbetssätt. Dessa konstruktioner presenteras i kommande slides.

Sverige: hälso- och sjukvårdsavtal

Lagstöd: Kap 16 §§ 1 – 3 Hälso- och sjukvårdslag

Avtalet ska reglera bl.a.:

- Kontaktvägar och kommunikation (t.ex. ordinationer)
- Uppföljning avvikelsehantering

Mer konkret har regionen en skyldighet att bland annat ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om:

- personer med psykisk funktionsnedsättning
- missbruk/beroende (alkohol, narkotika, läkemedel m.m.)
- barn och unga placerade utanför hemmet/skyddat boende

Syfte: god och säker vård, tydligt ansvar, samordnad och sammanhållen vård för patienten.

Norge: “samarbeidsavtale”

Lagstadgad plikt att ingå samarbetsavtal (Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 6 §§ 6-1 och 6-2)

kommunen ingår avtal med regional/närmare bestämd hälsomyndighet

Regleringen anger minimiinnehåll:

Avtalen ska omfatta 13 punkter (minimikatalog). Exmpelvis ska avtal ingås om följande:

- ansvar och uppgifter
- samarbete vid in-/utskrivning och rehabilitering
- riktlinjer för sjukhusinläggning
- utskrivningsklara patienter
- Informationsutbyte/kompetensöverföring
- Beredskap/akuttedjan
- samarbete kring barn/unga med komplex problematik

Funktion: motsvarar i praktiken Sveriges avtal, operationaliserar ansvar och samverkan i patientflöden.

Danmark: “sundhedsaftale” + samarbejdsaftaler (underavtal)

Lagstöd: Sundhedsloven § 205, Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler.

Sundhedsaftalen ska reglera bl.a.:

- hur region och kommuner samverkar om uppgifter på sundhedsområdet
- de indsatsområder som fastställs nationellt (ministerreglerade krav på vad avtalen ska omfatta)
- övergripande ramar och mål för samarbete (ofta tvärsektoriellt: region–kommun–almen praksis)

Som en del av sundhedsaftalen kan samarbetsavtal ingås som beskriver arbetsfördelning och samarbete mellan aktörer, t.ex. i förhållande till en specifik målgrupp. Exempelvis:

- Samarbetsavtal om barn och unga
- Samarbetsavtal gällande behandling i medborgarens närmiljö
- Samarbetsavtal gällande övergångar
- Samarbetsavtal gällande rehabilitering och omskolning

Syfte: sammanhållna förlopp över sektorer, kvalitet/effekt/patientupplevelse samt stöd för geografisk och social jämlikhet i hälsa.



Se tillhörande studie för mer specificerad innehåll

Tack!