



En komparativ analys kring hälso- och sjukvårdslagstiftning i Norge och Danmark år 2026

Innehållsförteckning

7j.Regelgenomgång.av.den.svenska.patientlagen?norska.pasient_og. brukerrettighetsloven.och.danska.sundhedsloven	0
1.1. Lättillgänglig hälso- och sjukvård	4
1.2.Vårdgaranti	5
1.3. Informationsplikt	7
1.4. Samtycke och självbestämmande	10
1.5. Samråd med patient	12
1.6. Fast vårdkontakt och läkarkontakt	13
1.7. Behandlingsalternativ	14
1.8. Ny medicinsk bedömning	14
1.9. Val av utförare.....	16
1.10. Personuppgifter och journal.....	16
1.11. Klagomål.....	17
1.12. Lagarna har olika syften	19
1.13. Regelöversikt	20
8j.Patientskade_regleringar	89
2.1. Patientskadelagen – Sverige	23
2.2. Lov om erstatning av pasientskader – Norge	23
2.2.1. Strukturella skillnader	24
2.3. Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark	25
2.3.1. Skillnader och likheter.....	26
9j.Patientdata_regleringar	84
3.1. Regelgenomgång Patientdatalagen – Sverige	28
3.2. Regelgenomgång Pasientjournalloven – Norge	29
3.2.1. Likheter och skillnader	30
3.2.2. Likheter och skillnader i lagarnas syften	31
3.3. Patientdata – Danmark.....	31
3.3.1. Skillnader	33
0j.Patientsäkerhetsregleringar	90
4.1. Svenska patientsäkerhetslagen	34
4.2. Patientsäkerhet - Norge	35
4.2.1. Skillnader	35
4.3. Patientsäkerhet - Danmark.....	36
4.4. Översikt över reglerna om patientsäkerhet	38
1Implementering.och.normativa.skillnader	95
5.1.Översikt över det norska hälso- och sjukvårdssystemet	40
5.2. Implementering av lagar i Norge	41

5.3.Strukturella skillnader jämfört med Sverige	43
5.4.Översikt över det danska hälso- och sjukvårdssystemet	45
5.5. Implementering av lagar i Danmark	46
6. Samordning och ansvarsfördelning mellan huvudmän	48
6.1. Svensk Hälso- och sjukvårdsavtal	48
6.2. Norges “samarbeidsavtale”	49
6.3. Danmarks sundhedsaftale och Samarbejdsaftaler	49

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.¹

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.²

¹ Prop 1981/82:97 s 117 Prop 2013/14:106 s 113

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

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.

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.³ 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 vårdssamtal 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.⁴

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.⁵

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.⁶

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.⁷ 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.⁸

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).

³ § 2-1 c patient- og brugerrettighedsloven

⁴ § 22 Forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften)

⁵ § 2-2 patient- og brugerrettighedsloven

⁶ § 2-2 a. patient- og brugerrettighedsloven

⁷ Sundhedsloven § 82 b

⁸ Sundhedsloven § 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.⁹ 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.¹⁰

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 självbestämmande. I det ingår att så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.¹¹ Det förutsätter i praktiken någon form av avstämning och återföring, antingen direkt vid mötet eller vid en

⁹ Prop. 2013/14:106 s 53

¹⁰ ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig, Handbok för vårdgivare, chefer och personal Aktuell från 1 januari 2015”, s. 36.

¹¹ Prop. 2013/14:106 s 54

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.¹²

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.¹³ 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.¹⁴

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.¹⁵

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

¹² Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig, Handbok för vårdgivare, chefer och personal Aktuell från 1 januari 2015, s. 39.

¹³ § 3-2 pasient- og brukerrettighetsloven

¹⁴ § 3-1 pasient- og brukerrettighetsloven

¹⁵ § 3-5 pasient- og brukerrettighetsloven

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 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.¹⁶

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.¹⁷

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 klagomåls- och ersättningsvägar.¹⁸ Samt att regionen måste lämna information inom 8 vardagar om tidsfrister och val av sjukhus.¹⁹

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.²⁰ 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.²¹ Detta nämns i en förordning i jämförelse med svensk rätt som stadgar denna rättighet i lag.

¹⁶ § 3-4 pasient- og bruerrettighedsloven

¹⁷ Sundhedsloven § 16

¹⁸ Sundhedsloven § 51

¹⁹ Sundhedsloven § 90

²⁰ § 15 Sundhedsloven

²¹ Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv, 2.3.

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 medvetslöshet 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 måste patienten ha fått nödvändig information om sitt hälsotillstånd och innehållet i vården.²² 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.²³ 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

²² § 4-1

²³ Helsepersonelloven § 7

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).²⁴ När samtyckekompetens saknas hos en patient över 18 år får vårdpersonalen besluta om helsehjelp som är lite ingripande, medan allvarigare 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.²⁵

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.²⁶

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

²⁴ <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer?>

²⁵ Sundhedsloven § 15

²⁶ Sundhedsloven § 19

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.²⁷

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.²⁸

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.

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.

²⁷ Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv, 2.3.

²⁸ 4:2 Patientlagen

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 triggat 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.²⁹

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.³⁰

1.6.2. Motsvarande dansk reglering

Sundhedsloven anger som ett bärande mål att uppfylla behovet av bl.a. samstämmighet mellan tjänsterna.³¹ 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

²⁹ Sverige 6:1 - 2 PL; Norge hol 7-2 + pbrl 2-5/2-5b.

³⁰ 2-5b § pasient- og brukerrettighetsloven

³¹ § 2 p. 3 Sundhedsloven

allmänläkare och anmäla detta till kommunen. Detta kan ge en “fast ingång” i primärvården och är den närmaste funktionella motsvarigheten till kontinuitet.³² Men, det saknas en tydlig, generell patienträttslig 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.³³

1.7.2. Motsvarande dansk reglering

I Danmark ligger “valet” mer i att patienten ska få information om behandlingsmöjligheter och risker.³⁴

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

³² § 59 Sundhedsloven

³³ § 3-1 pasient- og brukerrettighetsloven

³⁴ Sundhedsloven § 16

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 förlikas med.³⁵ 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.³⁶

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.³⁷

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

³⁵ Prop. 1998/99:4 s. 30 och prop. 2009/10:67 s. 66).

³⁶ Prop. 2009/10:67 s. 66

³⁷ HelseDirektoratet, Patient- och brukarrättslagen med kommentarer.

situationkrets 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.

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).”³⁸

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 bopælsregionens sjukhus, andra regioners sjukhus och vissa privata specialistsjukhus.³⁹

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.

³⁸ <https://www.sst.dk/vidensbase/henvisning-til-hospitalet-og-patientrettigheder/patientrettigheder-og-henvisning/second-opinion>

³⁹ Sundhedsloven § 86

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, länstandvården 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, länstandvården och den kommunala hälso- och omsorgstjänsten för prövning antingen på basis av en muntlig eller skriftlig begäran eller på eget initiativ.⁴⁰

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 § 7-4.⁴¹

⁴⁰ § 8-1,3 pasient- og brukerrettighetsloven

⁴¹ § 3-2 pasient- og brukerrettighetsloven

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 patientkontorerna. Regionerna ska inrätta patientkontor som informerar, vägleder och rådgör om patienträttigheter, väntetider, fritt/utvidgat sjukhusval samt klag- och erstatningsadgång.⁴²

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

⁴² § 51 Sundhedsloven

om behandlingsmöjligheter, inklusive risk för komplikationer/biverkningar. Om en skada/komplikation inträffar är det en del av patientens aktuella hälsotillstånd som omfattas av informationsrätten.⁴³

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

⁴³ Sundhedsloven § 16 och Bekendtgørelse om information og samtykke, særskilt § 4 om informationens indhold.

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,
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. Samtykke	Kapitel 4. Samtykke 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 + § 2-5 a. Samordnare, i specialistvårdslagen	§ 2 p.3 § 59
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. Patientskade-regleringar

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.⁴⁴

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.⁴⁵

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 prövas i första instans av Norsk pasientskadeerstatning (NPE).⁴⁶ Beslut kan överklagas via omprövning i NPE och därefter till Pasientskadenemnda (med Helseklage som sekretariat), och slutligen kan ärendet föras till domstol.⁴⁷

⁴⁴ Prop. 1995/96:187

⁴⁵ Patientskadelag § 6

⁴⁶ Lov om erstatning av pasientskader Kapitel 3 § 9

⁴⁷ Lov om erstatning av pasientskader Kapitel 4 § 15 - 18

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.⁴⁸

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.⁴⁹

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 %).⁵⁰

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. Patientsättningsnämnden har främst en rådgivande roll, och tvister avgörs ytterst av domstol.

I Norge är ordningen i stället statlig och administrativ; krav prövas av Norsk patientskadeerstatning (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.

⁴⁸ Lov om erstatning av pasientskader Kapitel 2 § 6 - 8

⁴⁹ Lov om erstatning av pasientskader Kapitel 1 §2

⁵⁰ Lov om erstatning av pasientskader Kapitel 1 § 3

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.⁵¹ 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.

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).⁵² 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.⁵³

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.⁵⁴

⁵¹ Patientskadelagen och läkemedel föräskringen - en översyn s. 18.

⁵²[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.)

⁵³ <https://www.helsenorge.no/klage-og-erstatning/slik-soker-du-erstatning/>

⁵⁴ Kapitel 1 §1 Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

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.⁵⁵

Försäkringsbolag som har tecknat de lagstadgade försäkringarna och självförsäkrande regioner/kommuner ska idag gemensamt bilda föreningen Patienterstatningen och välja en styrelse.⁵⁶ Patienterstatningen är sedan den instans som tar emot, utreder (”oplyser”) och avgör ersättningsärenden enligt patientskadekapitlet⁵⁷, 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).⁵⁸

Patienterstatningens beslut kan överklagas till Ankenævnet for Patienterstatningen, som fattar den slutliga administrativa prövningen⁵⁹, och klagan ska som huvudregel ges in inom 1 månad från att den klagande fått beslutet (med 3 månader i vissa särskilda tandskadeärenden).⁶⁰ Efter den administrativa prövningen kan Ankenævnets beslut tas till domstol, och talan måste väckas inom 6 månader från att beslutet meddelats.⁶¹

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.

⁵⁵ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 30 – 32

⁵⁶ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 32

⁵⁷ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 33, stk. 1

⁵⁸ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 33, stk. 4

⁵⁹ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 58 b, stk. 1

⁶⁰ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 58 b, stk. 2 och stk. 4

⁶¹ Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Danmark § 58 d, stk. 1–2

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. Patientdata-regleringar

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 vårddokumentation 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 prövas 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, patientsikkerhet 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 ”journalsnoka”: 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 tillgångsstyring, logging och etterfølgende 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 “tilgangsstyring, 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 Pasientjournalloven.

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.⁶²

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).⁶³ 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.⁶⁴

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 behandling⁶⁵, och samtycken/tilkendegivelser kopplade till sådan åtkomst ska dokumenteras enligt reglerna.⁶⁶ 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.⁶⁷

Patientens insyn är också central. Enligt sundhedsloven har den som journalen avser rätt till tillgång till dokument i patientjournalen på begäran.⁶⁸ 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).⁶⁹

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

⁶² Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 22

⁶³ Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.) § 4, 7, 8.

⁶⁴ Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.) §3

⁶⁵ Sundhedsloven § 42 a

⁶⁶ bl.a. § 42 b Sundhedsloven

⁶⁷ Bekendtgørelse om pligt til at registrere logoplysninger og indsigt i Logoplysninger §1.

⁶⁸ Sundhedsloven § 37

⁶⁹ <https://stps.dk/sundhedsfaglig/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/aktindsigt-i-patientjournal?>

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).

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 allvarigare 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.⁷⁰ Motsvarande försvarlighetskrav gäller inom specialisthelsetjenesten enligt spesialisthelsetjenesteloven § 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 spesialisthelsetjenesteloven § 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

⁷⁰ helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 (särskilt §§ 4-1 och 4-2).

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.⁷¹ Dessutom åläggs regionsråd och kommunalbestyrelse att sikre kvalitetsudvikling av ydelser efter sundhedsloven, och ministern kan fastställa gemensamma ramar och regler om krav till kvalitet.⁷²

Det finns vidare en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal som blir uppmärksam på en oavsiktlig händelse att rapportera den.⁷³ Även patienten eller närstående kan rapportera en sådan händelse.⁷⁴ Rapporteringen i den nationella kedjan ska dessutom ske anonymiserat avseende både patient och rapportör.⁷⁵ Systemet är uttryckligen konstruerat som icke-sanktionerande: rapportören och de sundhedspersoner som ingår i rapporteringen kan inte på grund av själva

⁷¹ Sundhedsloven § 4

⁷² Sundhedsloven § 193, stk. 1–3

⁷³ Sundhedsloven § 198, stk. 2

⁷⁴ Sundhedsloven § 198, stk. 4

⁷⁵ Sundhedsloven § 199, stk. 4.

rapporteringen utsätts för disciplinära arbetsgivaråtgärder, tillsynsreaktioner eller straffrättsliga sanktioner.⁷⁶ 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.⁷⁷ Klagöändnen som rör auktoriserade vårdpersonal yrkesutövning prövas av Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.⁷⁸

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 patientsäkerheten, bl.a. på grund av fysisk tillstånd, sjukdom/missbruk eller grov försummelse.⁷⁹ Det finns också möjligheter till mer interimistiska patientsäkerhetsåtgärder, t.ex. tillfälligt berövande av rättigheter vid misstanke om fara.⁸⁰

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.

⁷⁶ Sundhedsloven § 201

⁷⁷ klage- og erstatningsloven § 1

⁷⁸ klage- og erstatningsloven § 2.

⁷⁹ Autorisationsloven § 7

⁸⁰ Autorisationsloven § 9.

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
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 huvudmannskapet 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.

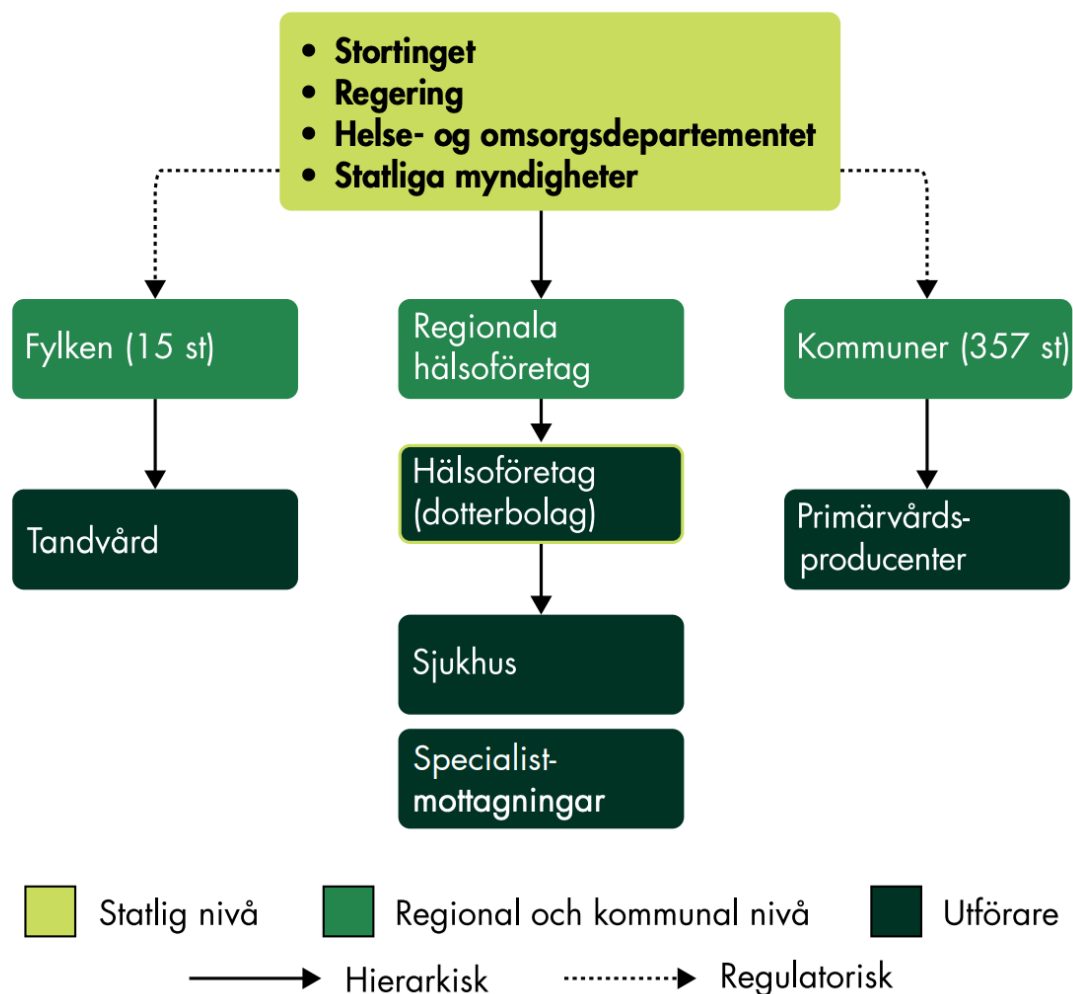
Staten äger fyra regionala hälsoföretag (RHF): Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF och Helse Sør-øst RHF. De ansvarar för att tillhandahålla specialiserad vård till invånarna i det aktuella geografiska området. Varje regionalt företag leds av en styrelse som utses av regeringen.

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.⁸¹

⁸¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Strukturreformer i Norden, Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland s. 18 - 19



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

Pasientjournalloven	pasientjournalforskriften	Patientjournalförordning en 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 / spesialisthelsetjenestelov en	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring	Syftet med föreskrifterna är att bidra till professionellt sunnda hälso- och omsorgstjänster, kvalitetsförbättring och patient- och brukarsäkerhet, samt att säkerställa att andra krav i hälso- och omsorgslagstiftningen följs.
spesialisthelsetjenestelov en	Föreskrifter om prioritering av hälso- och sjukvårdstjänster, rätt till nödvändig hälso- och sjukvård från	Prioritering av patienter med rätt till nödvändig vård från specialistsjukvården

	specialistvården och rätt till behandling utomlands (prioriteringsförordningen)	
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 realiserats 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. Se bild nedan.

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.

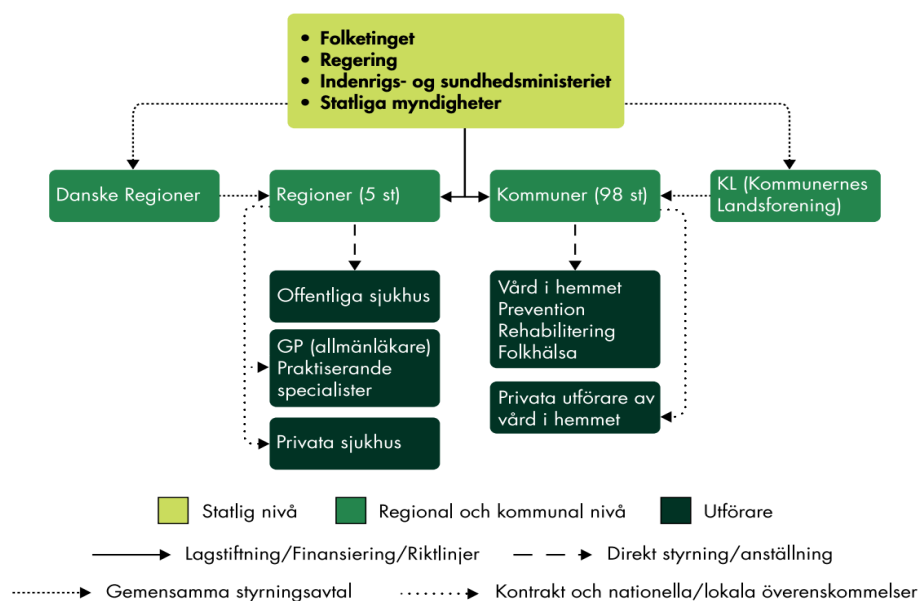
Exempelvis har Sundhedsstyrelsen ansvar för att utfärda och dra tillbaka licenser för sjukvårdspersonal. Regionerna ansvarar för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänsterna och genomföra den närmare planeringen. Staten deltar samtidigt mer i detalj i vissa delar av planeringen, och kan påverka 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.⁸²

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:

⁸² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Strukturreformer i Norden, Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland s. 30 – 31.

- 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)

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.⁸³

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.⁸⁴

Den norska regleringen anger även ett minimiinnehåll.⁸⁵ Avtalen som minimum ska omfatta 13 punkter, bl.a.: ansvar/uppgifter, samarbete vid in-/utskrivning och rehab, riktlinjer för sjukhusinläggning, kommunens “øjeblikkelig hjelp”-døgnoophold, utskrivningsklara patienter, informationsutbyte/kompetensöverföring, forskning/utbildning, jordmortjänster, lokala IKT-lösningar, förebyggande, beredskapsplaner/akutkedjan, gemensam tjänsteutveckling/planering och samarbete kring barn/unga med komplex problematik.⁸⁶

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.⁸⁷ Hälsoavtalet är ett avtal som ingås mellan regionfullmäktige och kommunerna i regionen, vilket anger ramar och mål för samarbetet mellan

⁸³ Kap 16 § 3 HSL

⁸⁴ § 6-1 helse- og omsorgstjenesteloven

⁸⁵ § 6-2 helse- og omsorgstjenesteloven

⁸⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak/innhold-i-samarbeidsavtalen/-6-2-krav-til-avtalens-innhold>

⁸⁷ § 205 Sundhedsloven

parterna, inklusive allmänmedicin, inom de områden eller målgrupper som avtalet gäller.

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.⁸⁸

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.⁸⁹

Som en del av hälsoavtalet kan samarbetsavtal ingås som beskriver arbetsfördelning och samarbete mellan aktörer, t.ex. i förhållande till en specifik målgrupp.⁹⁰ 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

⁸⁸ § 205 Sundhedsloven

⁸⁹ Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler, kapitel 3.

⁹⁰ Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler, kapitel 4

- Ledningsfunktioner, arbetsgrupper och samarbetsavtal
- Samarbetsavtal, kontaktfunktioner och arbetsgrupper.⁹¹

⁹¹ <https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesen/samarbejdsaftaler-og-forlobsprogrammer>