

# Patienträttigheter i Norden

Lars Fallberg

Nordens viktigaste bidrag till att stärka patienters rättigheter är utan tvekan systemet med patientförsäkringen. Härigenom har möjligheten för patienter som skadats i hälso- och sjukvården att få ekonomisk kompensation ökat dramatiskt utan tvister om skadestånd och krav på utpekande av syndabockar. Trots att de nordiska länderna befinner sig relativt långt fram när det gäller lagstiftning av patienträttigheter bygger dessa i huvudsak på vårdpersonalens skyldigheter snarare än patientens rättigheter. Den nuvarande kvasirättighetslagstiftningen är knappast något skydd för "svaga" patientgrupper när stat, landsting, fylken, amt och kommuner tvingas till prioriterings- och effektivitetsåtgärder. Till icke-juridiska policydokument av moralisk karaktär utan rättsverkan kan bli räknas väntetidsgarantier.

Lars Fallberg är jurist och forskare vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg och har varit verksam vid WHO i Köpenhamn, för vars räkning han studerat patienträttigheter i olika länder.

som sin främsta uppgift att rädda liv och arbeta för en god folkhälsa. Det råder därför en avvaktande tveksamhet till den gryende rättighetsrevolutionen och dess möjliga konsekvenser. Men nya krav på patientautonomi för att själv kunna bestämma över sin kropp och vilka ingrepp eller behandlingar som ska göras är för starka för att kunna hejdas (Annas 1992).

Rättigheterna syftar till att förbättra patientsäkerheten och öka den enskildes självbestämmanderätt. Norden ligger väl framme när det gäller att tillvarata patienters rättigheter (Fallberg 1996). Sedan Finland antog sin lag om patienträttigheter 1992 har övriga nordiska länder utom Sverige antagit liknande lagstiftning. WHO slår i en rapport från europakontoret fast att Norden är en av de mest aktiva regionerna i Europa ifråga om patienträttslig lagstiftning (WHO 1995, Fallberg 2000). Frågan om den enskildes ställning i förhållande till hälso- och sjukvårdssystemen upptar också större delen av World Health Report 2000 (WHO 2000).

## Introduktion

En revolution pågår inom hälso- och sjukvården. Det är medborgare och patienter, som inte längre accepterar att bli sedda som "en diagnos". De ställer nu krav på respekt för den enskildes autonomi och personliga preferenser, vilket kan skilja sig från vårdpersonalens förväntningar. Personalen ser

## Bakgrund

Det finns flera skäl till ett ökande intresse för patienträttigheter i Europa (Abbing 1992, Leenen 1994). Bland de viktigare faktorerna märks den medicinteknologiska utvecklingen kombinerat med att vi lever längre än tidigare. Förbättrade möjligheter att rädda liv, bota sjukdomar och lindra smärta kom-

binerat med ökande krav från allmänheten innebär behov för effektivare resursanvändning. Vid inledningen av 2002 kan konstateras att behovet av prioriteringar i sjukvården aldrig varit större, samtidigt som betydelsen av patienters rättssäkerhet är viktigare än någonsin (Björk & Rosen 1994).

Individens krav på fysisk och psykisk integritet handlar bl a om att vårdpersonal inte skall inkräkta på enskilda individers rätt att själv fatta beslut om ingrepp eller undersökningar. Men det handlar lika mycket om att överlåta rätten att bestämma till personalen. Integritet handlar också om att respektera individens kulturella, politiska eller religiösa uppfattningar. Krav på opartiskhet innebär en professionell bedömning av den vårdsökande, som görs oberoende av vänskap, släktskap, sympatier eller liknande. Det gäller "vård på lika villkor".

Möjligheten till kontroll är en annan central fråga för rättssäkerheten. Här finns skillnader mellan extern och intern kontroll. Den externa kontrollen utövas främst genom möjligheten att pröva saker i domstol eller liknande organ. Till den interna kontrollen hör rätten att få tillgång till information dokumenterad i personakter och journaler hos myndigheter och vårdgivare. Möjligheten att läsa sin medicinska journal är ett sätt för patienten att kontrollera motiv för och utfall av den givna vården i relation till det möjliga och det förväntade.

### **Begreppet patienträtt**

I "Principles of Biomedical Ethics" beskrivs rättigheter enligt följande: "Rights should be defined in terms of claims that demand respect" (Beauchamp & Childress 1989). Inom det rättsliga språkets olika områden varierar användningen av begreppet 'rät-

---

### *Patienträtt innehåller negativa och positiva rättigheter: rätten till något och rätten att avstå något*

---

tighet' och den allmänna meningen torde vara att begreppet är referenslöst. Inte desto mindre har det en viktig praktisk funktion, nämligen att enkelt beskriva ett existerande rättsläge, något som i annat fall måste beskrivas med sakomständigheter, vilket kan bli ohanterligt (Annas 1992).

Patienträtten har delats upp i *negativa* respektive *positiva* rättigheter, eller annorlunda uttryck som "rätten från någonting" respektive "rätten till någonting". Negativa rättigheter är till sin natur inte förknippade med kostnader utan syftar främst till att säkerställa individens rätt att fatta beslut utan inblandning av myndigheter eller andra, t.ex. arbetsgivare eller försäkringsbolag. Det handlar således om både frånvaron av hinder och rätten att avstå (Klemme 1995).

Positiva rättigheter är rätten att få del av samhällets goda, bl a rätt till sjukvård. De positiva rättigheterna bygger på en skyldighet för samhället att fördela resurser mellan medborgarna på ett rättvist sätt. Positiva rättigheter fokuserar på vad individen kan välja eller erhålla i form av gemensamt finansierade samhällstjänster och begränsas i välfärdsamhället ytterst av dess resurser (Westerhäll 1995).

Patienträttigheter kan också graderas efter sin styrka i tre eller fler nivåer.

1. Utkrävbara rättigheter. Är väl definierade och innehåller inga begränsningar relaterade till resursbrist. Överträdelse kan överklagas till domstol eller domstolsliknande organ. Utkrävbara rättigheter återfinns bl a inom socialrätten i Sverige och den norska

Kommunhelsetjenesteloven.

2. Kvasirättigheter. Skyldigheter för sjukvårdshuvudmannen, t ex att erbjuda god vård i rätt tid samt vårdpersonalens skyldigheten att informera patienter innan åtgärder vidtas.

3. Icke juridiska policydokument av moralisk karaktär. Hit räknas bl a väntlistegarantier och vårdgarantier.

## Utvecklingen i Norden

*Norge* är främst i Norden när det gäller forskning, massmedial debatt och politisk diskussion om patientens rättigheter (Kjønstad 1992; Kjønstad & Syse 1993). Under 1980-talet fanns ekonomiska möjligheter att införa vissa rättigheter för patienter. Det offentliga konsumentrådet arrangerade en rad seminarier om patientens rättigheter. Vid ett av dessa slog dåvarande hälsoministern fast att det i Norge finns "en bred enighet om att patienters rättigheter behöver stärkas".

Under 1990-talet presenterades flera förslag och utredningar om hur patienters rätt skulle kunna utvecklas (Warberg 1995). Ett större lagkomplex omfattande fyra lagar, däribland en lag om patientens rättigheter samt en motsvarande lag om vårdpersonalens skyldigheter trädde i kraft 2001. Genom de nya lagarna har Norge en av de mest utvecklade hälsolagstiftningarna i Europa när det gäller att tillvarata patienternas rätts-säkerhet .

*Finland* kom att bli det första landet i världen med en särskild lag om patientens rättigheter (Kokkonen 1994). Den finska lagen presenterades i mars 1993. Syftet med lagen är att precisera och stärka patientens rättsskydd och främja uppkomsten av för-troendefulla vårdrelationer inom hälso- och

sjukvården. Men trots att lagen innehåller s k patienträttigheter är den utformad enligt samma principer som i övriga nordiska länder. Exempelvis har patienter rätt till hälso- och sjukvård vid behov, men med den allvarliga begränsningen att det sker inom ramen för befintliga resurser (Lahti 1994).

En nyhet i den finska lagen är varje hälsoenhets skyldighet att utse en särskild patientombudsman. Denne ska informera patienten om dennes rättigheter enligt lagen och i övrigt verka för att lagens intentioner uppfylls.

*Island* antog nästa nordiska patienträt-tighetslag, 1997. Den isländska patienträt-tighetslagstiftningen liknar den finska. Ett exempel är sjukvårdens rätt att överta ansvaret över minderåriga utan att hänföra frågan till domstol, i de fall vårdnadshavare vägrar att ge sitt samtycke till en intervention. Detta problem aktualiseras bl a när barn insjuknar där tillståndet kräver blodtransfusion i de situationer barnets föräldrar är medlemmar i Jehovas Vittnen.

Till skillnad från i Finland har Island gått ett steg längre när det gäller barns rättigheter i förhållande till samtyckesreglerna. Patienter har från 16 års ålder rätt att själv lämna samtycke till vård och behandling. Barn mellan 16 år och 12 år ska tillfrågas om sin inställning till vård och behandling i den utsträckning omständigheterna medger detta.

*Danmark* antog en lag om patienters rätts-ställning i oktober 1998. Den danska lagen innehåller bestämmelser som rör förhållan-det mellan sjukvårdspersonal och patienter, dvs. inga regler som riktar sig gentemot sjukvårdsorganisationen. Syftet med lagen är främst att säkerställa patienters värdighet, integritet och möjlighet till självbestäm-

mande. Den danska lagen är omfattande och reglerar svåra frågor som exempelvis situationer där patienter saknar förmåga eller kompetens att själv ge informerat samtycke samt bestämmelser för hur vårdpersonal ska agera i förhållande till personer som hungerstrejkar eller vägrar ta emot blodtransfusion. Lagen om patienters rättsställning är ett intressant exempel på hur vanligtvis formella juridiska bestämmelser de facto kan tillämpas i "mjuka" situationer. Den danska lagen ägnar även utrymme åt hur vårdpersonalen ska handskas med patienter i livets slutskede och bestämmelser i samband med tillämpning av livstestamente.

I Sverige har efter införandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag initiativen för att stärka patienters rättsställning varit begränsade. Som en del av HSU 2000 fick en grupp till uppgift att se över patientens ställning. Utredningen presenterade sina slutsatser 1997 vari bl a slogs fast att patientens rättigheter i Sverige var väl tillgodosedda (SOU 1997:154). Däremot ansåg utredningen att det fanns behov av att samla relevanta bestämmelser i en patienträttighetslag eller hälso- och sjukvårdsbalk (Fallberg m fl 1998). Flera nya bestämmelser trädde i kraft från årsskiftet 1998/99, exempelvis rätten till second opinion (när särskilda villkor är uppfyllda), möjlighet att välja primärvårdsläkare. Men hittills (januari 2002) har ännu inga konkreta planer på en lag om patienträttigheter presenterats.

## Unikt för Norden

Patienträttigheter i Norden har utvecklats från de speciella särdrag som finns i vår lagstiftning. Centralt är det förhållandet att nordiska hälso- och sjukvårdslagar är *skyldighetslagar*, d v s att den offentligt finan-

sierade vårdapparaten har skyldigheter i förhållande till medborgarna. I praktiken är det dock inte fråga om ett enkelt tvåpartsförhållande utan snarare ett triangelförhållande där patient och vårdgivare kommer överens om vård och behandling och därefter överlåter finansieringen till den tredje parten, sjukvårdshuvudmannen.

Skyldighetslagstiftningens princip innebär att patienter inte kan ställa rättskrav gentemot vården för utebliven behandling. Istället har statliga tillsynsmyndigheter (i Sverige i första hand Socialstyrelsen, Läke-medelsverket och länsstyrelserna) till uppgift se till att vårdpersonalen fullgör sina skyldigheter. Patienter kan uppmärksamma tillsynsmyndigheterna på eventuella fel och brister, vilket kan leda till en undersökning av förhållandena vid vårdenheten. Ett begränsat antal bestämmelser, bl a rätten att läsa sin journal och rätten till sekretess ger patienter möjlighet att vända sig till domstol.

Ett annat särdrag i nordisk hälso- och sjukvård – som också finns i NHS – är förekomsten av s k *vård- eller besöksgarantier*. Hitillsvarande garantier omfattar bl a att bli undersökt av läkare och att få vård och behandling inom viss tid. Men inte ens den norska vårdgarantin, den enda i Norden vilken utformats som en lagbunden *skyldighet* för sjukvårdshuvudmannen, ger individen några *rättigheter*. En norsk patient som inte fick behandling inom utsatt tid ställde

---

---

*Patienträttigheter i Norden bygger på skyldighetslagar, som innebär att vårdgivarna har skyldigheter, som patienterna inte kan ställa rättsligt grundade krav på*

---

---

krav på behandling i annat sjukvårdsområde. Patientens begäran prövades i norsk domstol 1998 men avslogs med motiveringen att bestämmelsen inte ger individen några rättigheter. I den norska patienträttighetslagen från 2001 är väntlistegarantin utformad som en utkrävbar rätt.

Idag tillämpas någon form av nationell vård- eller besöksgaranti i Norge, Sverige och Danmark. De bygger på skyldighetslagstiftningens principer och överenskommelser mellan staten och huvudmännen om "rätt" för personer som väntat en viss tid på behandling att erbjudas vård hos annan huvudman än den ordinarie, under förutsättning att det där finns kapacitet.

Den som felbehandlats i sjukvården och önskar stämna sjukvården kan göra detta enligt civilrättsliga bestämmelser. Skadeståndslagarna är dock konstruerade på sådant sätt att enskild vårdpersonal inte är föremål för skadeståndskrav. Istället är det sjukvårdshuvudmannen i egenskap av arbetsgivare, dvs. landstingen, kommunen, fylket eller amtet som är ansvarig för fel eller misstag av vårdpersonalen. Endast om felet skedde pga. uppsåt eller grov oakt-samhet kan vårdpersonalen bli skyldig utge skadestånd.

Bl a på grund av just svårigheterna att få ekonomisk ersättning genom skadestånds-process i civil domstol introducerade Sverige 1975 *patientskadeförsäkringen* (No Fault Patient Insurance Scheme). Några år senare introducerades *läkemedelsförsäkringen* för skador relaterade till läkemedel (1978). Idén med försäkringen är att kompensera den skadade patienten utan att en "skyldig" eller "syndabock" behöver pek-  
kas ut. Därigenom slipper enskilda patienter införskaffa bevis och hitta medicinsk

---

---

*Idén med patientförsäkringen är att skadade patienter kompenseras utan att en "skyldig" eller "syndabock" behöver pek-  
kas ut*

---

---

expertis utan kan istället anmäla skadan till patientförsäkringen. Försäkringskonsortiet undersöker därefter vad som inträffat och samlar samtidigt kunskap för preventiva åtgärder.

Även i Finland infördes 1987 en patientförsäkring med den svenska som förebild. Norge följde efter med en avtalsbaserad patientskadeförsäkring 1988 som numera är reglerad i lag. Även Danmark införde patientförsäkringen 1992, här i form av lag. Island införde under 2001 en nationell patientförsäkring enligt den modell som finns i övriga nordiska länder.

## Likt och olikt i Norden

### Lagarnas syfte

Att mänskliga rättigheter är grundvalen till patienträttigheter framgår av de inledande bestämmelserna till flera nordiska patienträttighetslagar. I den isländska lagen om patienters rättigheter anges bl a att syftet med lagen är att "säkerställa särskilda rättigheter i enlighet allmänna bestämmelser om mänskliga rättigheter...". Diskriminering på grund av kön, ålder, social status m.m. förbjuds uttryckligen. Men förutom mer generella bestämmelser om mänskliga rättigheter nämner såväl den isländska som den norska lagen att de ska stärka individernas rättssäkerhet genom att förse dem med rättigheter. Ett annat syfte är att tillgodose en rättvis fördelning hälso- och sjukvård. Bestämmelserna om en rättvis fördelning av sjukvårdens tjänster är generell

hållna och det är oklart vad som avses med "rättvisa" i detta sammanhang.

### Information

De nordiska ländernas bestämmelser om patienters rätt till information varierar främst ifråga om konkretisering av vad vårdpersonalen ska informera om. I den svenska hälso- och sjukvårdslagen anges kortfattat att patienten ska informeras om "sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns." Konkreta bestämmelser om informationens innehåll saknas sålunda. De finska bestämmelserna om information är utformad på ett liknande sätt. Men till skillnad från svensk lagstiftning anges dock att patienten också ska informeras om olika behandlingsalternativ och dess effekter. Mer konkret och tydlig är den danska lagen. Där sägs bl a att "informationer ska omfatta upplysningar om relevant förebyggande vård- och behandlingsåtgärder, alternativa behandlingsmöjligheter samt konsekvenserna av om ingen behandling sätts in överhuvudtaget". Dessutom anges att information ska lämnas om behandlingen medför ökad risk för allvarliga komplikationer eller biverkningar.

Såväl den danska som den isländska lagen om patienträttigheter samt den svenska patientjournalagen anger att information som lämnats patienten, samt dennes ställningstagande ska noteras i journalen. Stadgangena hänger samman med återkommande brister i journalföringen vilket leder till att det i efterhand är svårt rekonstruera vad som inträffat. Dessutom är det problematiskt att efteråt leda i bevis om vad som faktiskt överenskommit mellan patient och läkare. När det gäller utformningen av in-

formationen har informationsbestämmelserna i samtliga nordiska länder en skrivning som understryker att informationen bör anpassas till mottagarens, dvs patientens förmåga att ta emot den och förstå dess innebörd och eventuella konsekvenser. Den norska bestämmelsen är utformad så att "Patienten ska ha den information som är nödvändig för att få insikt i sitt hälsotillstånd och innehållet i vården". Den danska lagen är mer konkret och anger att informationen ska utformas på ett "förståeligt sätt" och anpassas utifrån patientens "individuella förutsättningar, med hänsyn till ålder, mognad och erfarenhet". Förutom kravet på individuellt anpassad information är vårdpersonalen skyldig respektera när patienter inte vill ha information, vilket kommit till uttryck i alla nordiska lagstiftningar utom den svenska.

### Samtycke

Undersökning, vård eller behandling kan endast ges om giltigt samtycke föreligger från patienten ifråga. Bestämmelserna om informerat samtycke kan sägas ha tre huvudfunktioner:

- De ska ge uttryck för patientens frivillighet och egna önskemål när det gäller undersökning, vård och behandling. Bestämmelserna ska fungera som en garanti för att patienten inte blivit manipulerad, lurad eller tvingad att fatta ett visst beslut.
- De ska ge uttryck för patientens nödvändiga mognad och förståelse om situationen och vad han eller hon samtycker till.
- De ska eventuellt begränsa eller helt eliminera eventuellt straffansvar som åtgärden innebär.

Undantag från bestämmelserna om informerat samtycke finns exempelvis vid bris-

tande beslutskompetens. Därtill kan vård och behandling ges enligt nödbestämmelserna i akuta situationer .

Däremot är såväl finska som svenska bestämmelser om informerat samtycke oklara i sina formuleringar. Den finska bestämmelsen anger att behandling ska ges i samförstånd med patienten. *"Om patienten vägrar ta emot viss... behandling, ska den i mån av möjlighet och i samförstånd ges på annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt."* Den svenska hälso- och sjukvårdslagen anger att *"vård och behandling ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten"*. I såväl den danska som den norska lagen är samtyckesbestämmelserna mer konkreta, (§ 4-1) *"Hälsohjälp kan bara ges med patientens samtycke..."*. Den norska samtyckesbestämmelsen (§ 4-1) kompletteras med krav på att *"för att samtycket ska vara giltigt måste patienten ha fått nödvändig information om sitt hälsotillstånd och innehållet i vården"*.

Att utforma bestämmelser om informerat samtycke är förknippat med stora problem. Även om exempelvis den norska bestämmelsen förutsätter att patienten fått *"nödvändig"* information finns osäkerhet, bl a när det gäller vad som är nödvändigt i varje given situation. Men än viktigare är om patienten förstått den lämnade informationen och därtill har förmågan att placera kunskapen i ett sammanhang samt agera och fatta beslut utifrån detta.

Formen för samtycket anges i vissa länders lagar. Så anger exempelvis den danska lagen (§ 6:4) att samtycket kan vara *"skriftligt, muntligt eller efter omständigheterna tyst"*. I vare sig den finska, isländska eller svenska lagen finns uttryckt vilken form

samtycket ska ha. Däremot kräver vissa särskilt ingripande åtgärder att skriftligt samtycke tillämpas. Detta är fallet vid exempelvis organdonation och vissa fall av sterilisering. Den norska lagen (§ 4-2) anger att samtycket kan ges uttryckligt (skriftligt, muntligt) eller tyst.

#### Livets slutskede

Vissa nordiska länder har infört bestämmelser i sina patientlagstiftningar som syftar till att garantera patientens rätt till självbestämmande i livets slutskede. Mest utförliga bestämmelser återfinns i den danska lagen. I denna finns dels bestämmelser kring tillämpningen av s k "livstestamenten", dels har man valt att särskilt reglera vårdpersonalens agerande gentemot patienter som hungerstrejkar eller vägrar att ta emot blodtransfusion.

Livstestamente innebär att patienten skriftligen kan ge uttryck för sin vilja med framtida vård och behandling om han/hon i framtiden riskerar att själv inte kunna utöva sitt självbestämmande. Ett särskilt register har upprättats i Danmark där livstestamenten registreras och dit patientens läkare vänder sig när situationen så kräver. Lagen anger att vårdpersonalen måste respektera döende patienters viljeförklaring ifråga om livsuppehållande åtgärder om detta registrerats i registret för livstestamenten.

Ifråga samtliga länder gäller om personer som hungerstrejkar eller vägrar ta emot blodtransfusion att vårdpersonalen inte får gå

---

*I Danmark registreras livstestamenten och vårdpersonalen måste respektera döende patienters viljeförklaring ifråga om livsuppehållande åtgärder om detta registrerats*

---

emot patientens önskemål, även om det kan leda till att vederbörande avlider, förutsatt att patienten informerats om konsekvenserna av sitt agerande.

### Förnyad medicinsk bedömning

Rätten till en förnyad medicinsk bedömning eller s k second opinion, ger patienter möjligheten att besöka en annan läkare än den undersökande, för att få dennes uppfattning om diagnos, behov av vård eller behandling m.m. Detta kan exempelvis vara fallet när patientens förtroende för läkaren sviktar eller när patienten ställer upp allt för höga förväntningar på utfallet av vård och behandling. Möjligheten att vända sig till en annan läkare än den egna för en förnyad medicinsk bedömning finns sedan länge i de flesta nordiska länder, utan att det kommit till uttryck i lag. Lagreglerad rätt till second opinion finns i Island, Sverige och Norge.

### Barns rätt att lämna informerat samtycket

När beslut om vård eller behandling ska fattas för den som är under 18 år har det länge ansetts rimligt att föräldrarna skall företräda barnen. Men under de senaste 10-15 åren har barnets rättigheter i sjukvården uppmärksammats allt mer. I ett rättssamhälle anses det numera rimligt att involvera även minderåriga i beslut om den egna kroppen, med hänsyn taget till barnets mognad och utveckling. Kritik har riktats mot möjligheten för minderåriga att samtycka till exempelvis kosmetiska ingrepp. Bl a finns de som menar att 16-åriga flickor generellt knappast kan anses mogna att själv fatta beslut om bröstförstoringar. Både danska, norska och isländska patienträttighetslagar innehåller bestämmelser som anger att minderåriga har

---

---

*Danska, norska och isländska patienträttighetslagar anger att minderåriga har rätt att bestämma om sin vård eller behandling redan när de fyllt 16 år (15 år i Danmark)*

---

---

rätt att lämna sitt informerade samtycke till vård eller behandling redan när de fyllt 16 år (15 år i Danmark).

### Diskussion

Nordens viktigaste bidrag till att stärka patienters rättigheter är utan tvekan systemet med patientförsäkringen (Fallberg & Borgenhammar 1997). Härigenom har möjligheten för patienter som skadats i hälso- och sjukvården att få ekonomisk kompensation ökat dramatiskt. Många länder har försökt kopiera patientskadeförsäkringen men hittills är det i Europa bara Danmark, Finland, Norge och Sverige som har patientförsäkring av "no fault" karaktär. I de amerikanska delstaterna Utah och Colorado försökte sjukvårdsmyndigheterna införa en motsvarighet till den nordiska patientförsäkringen men blev tvungna att överge sina planer efter kraftiga protester från lobbyister, som företrädande advokatintressen (Danzon 1994; Horwitz & Brennan 1995). I Florida finns en variant av patientförsäkringen men som endast omfattar förlossningsrelaterade skador.

### Lokal demokrati och stärkta rättigheter

Ett hinder mot stärkta patienträttigheter i Norden har att göra med lokaldemokratis utveckling i Norden (Fallberg 2000). Av tradition har de nordiska länderna utvecklat ett starkt lokalt självstyre som balanserats



med central lagstiftning. Den starka lokal-demokratien har haft en hämmande effekt på patienträttigheternas utveckling. Utkrävbara patienträttigheter innebär minskat manöverutrymme för lokal- eller regionalpolitiska överväganden. Slutsatsen blir att patienträttigheter som beslutas på nationell nivå och som kommer till uttryck som utkrävbara rättigheter beskär lokalpolitikernas ekonomiska makt

### Starka och svaga grupper

Vissa forskare anser att införandet av en lagskyddad rätt skulle innebära en förstärkning av framför allt "starka patientgrupper". En sannolik konsekvens är att dessa patienters *efterfrågan* snarare än *behov* av vård blir styrande för fördelningen av vårdens resurser. Enligt resonemanget tar starka och verbala patienter för sig på bekostnad av svaga och mindre försigkomna individer.

Å andra sidan finns det de som hävdar att aktiva och medvetna konsumenter är en resurs för varje tjänsteproducerande verksamhet. De menar bl a att den viktigaste effekten av krävande kunders agerande är inte att de tränger undan mer passiva individer, utan att de istället banar väg för en bättre verksamhet som kommer alla till godo.

### Patientorganisationerna

Patientorganisationerna har i Norden hittills varit en förhållandevis "tyst" aktör. Som en del av folkrörelsen har deras argumentation gentemot hälsopolitiker och andra beslutsfattare varit försiktig. I Sverige har offentliga bidrag fått till följd att flera stora organisationer utvecklat en omfattande centralbyråkrati medan aktiviteten i lokalföreningar i vissa fall varit obetydlig

(Bernbäck 1996). Signaler om minskade resurser till handikapporganisationerna och ett minskat ekonomiskt beroende gentemot staten kan innebära en framtida vitalisering i diskussionerna med sjukvårdens beslutsfattare.

### Patienters rättigheter - och skyldigheter

Även om både vårdpersonal och allmänhet är ense om att det är viktigt att skapa bättre balans i förhållande mellan patient och vårdapparat, har den snabba utvecklingen lett till vissa motreaktioner. Politiska mål som frihet att välja vård, jämlik fördelning av vårdens resurser och effektiv hushållning med tillgängliga resurser är i princip oför- enliga.

Går det att ställa krav på patienter? Och om så är fallet, hur ska i så fall patientens ansvar utformas? Den isländska patienträttighetslagstiftningen visar att det är möjligt men frågan kvarstår vilka påtrycknings- möjligheter som finns gentemot patienter som vägrar att följa lagen.

### Slutsats

Vi kan konstatera att de nordiska länderna har kommit en bit på väg när det gäller att tillvarata individernas rättigheter i sjukvården. Men vid en närmare analys av gällande bestämmelser framkommer att det fortfarande finns mycket kvar att göra. Resurserna kommer alltid att vara begränsade och det är därför viktigt att bevaka patienternas rättssäkerhet. Osäkerhet innebär risk för godtycke från vårdgivarens sida vid fördelning av sjukvårdens tjänster. Klara bestämmelser om vad patienter har att förvänta sig i kontakterna med sjukvården är viktigt. Även om vi tar för givet att patienterna bör få information av visst slag och att samtycke är en förutsättning för undersökning,

vård och behandling måste detta klart komma till uttryck i lagstiftningen.

Trots att Norden befinner sig relativt långt fram när det gäller lagstiftning av patienträttigheter är dessa i huvudsak vårdpersonalens skyldigheter snarare än patientens rättigheter. Hittills har sjukvårdens beslutsfattare mer eller mindre reflexartat värjt sig mot varje försök att gå från ord till handling avseende införande av lagreglerade patienträttigheter. Den nuvarande kvasirättighetslagstiftning är knappast något skydd för "svaga" patientgrupper när landsting, fylken och sjukvårdsområden tvingas till radikala prioriterings- och effektivitetsåtgärder. Under sådana omständigheter blir kanske frestelsen stor för politiker och vårdgivare att satsa på majoritetsåkommor och på ekonomiskt produktiva människor i arbetsför ålder. Frågan är om inte en rättighetslagstiftning borde antas just för att säkerställa individens möjligheter att få del av en hälso- och sjukvård med begränsade resurser?

### **Aktuella offentliga texter om patienträttigheter.**

#### **Danmark**

Bekendtgørelse om livstestamenter. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 782 f 18 september 1992.

Lov om patienters retsstilling. Lov nr. 482 af 1. juli 1998.

Lov om patientforsikring med dertil knyttede bekendtgørelser og vejledninger. September 1992. Vejledning om aktindsigt i helbredsoplysninger. Sundhedsministeriets vejledning nr. 193 af 7. december 1993.

#### **Finland**

Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till lag om patientens ställning och rättigheter. RP 185/91.

Lag om patientens ställning och rättigheter. Nr 785/1992.

#### **Island**

Act on the rights of patients' No 74/1997.

#### **Norge**

Erstatning ved pasientskader. NOU 1992:6.

Lov om pasientrettigheter. NOU 1992:8.

Pasienten først! Ledelse of organisering i sykehus. NOU 1997:2.

Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987:23.

Prioriteringer på ny. NOU 1997:18.

Lov om pasientrettigheter. Ot prp nr 12 (1998-99)

Samarbeid og styring. St. meld. nr. 50 (1993-94). S.176-178.

#### **Sverige**

Patientskadelag. SOU 1994:75.

Patienten har rätt. SOU 1997:154.

Stärkt patientinflytande. Prop. 1998/99:4.

Patientens ställning. Prop. 1997/98:189.

### **REFERENSER**

Abbing R. Doctors' rights and patients' duties. *Medicine & Law* 1992;11:629-632.

Annas GJ. The rights of patients. 2<sup>nd</sup> ed. uppl. Totawa-New Jersey: Humana Press, 1992.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press, 1989.

Bernbäck CG, Lindvall B, Grönlund J. Granskning av statens bidrag till fyra handikapporganisationer. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.

Björk S, Rosén P. Vården i vården. Stockholm: Landstingsförbundets förlag, 1994.

Danzon PM. The Swedish patient compensation system. Lessons for the United States. *The Journal of Legal Medicine* 1994;15:199-247

Horwitz J, Brennan TA. No-fault compensation for medical injury: A case study. *Health Affairs* Winter 1995. 165-179.

Fallberg LH. Patienträttigheter – ett nordiskt perspektiv. *Nordisk Medicin* 1996;3:67-70.

Fallberg LH, Borgenhammar E. The Swedish no-fault patients insurance scheme. *European Journal of Health Law* 1997;4:279-286.

Fallberg L, Ericsson A, Bergvall MJ. Har patienten rätt? En kommentar till delbetänkande från

- HSU 2000. Läkartidningen 1998;95:3752-3754.
- Fallberg L. Patients' Rights in the Nordic Countries. *European Journal of Health Law* 2000;6:123-143
- Fallberg L. Patients' Rights in Europe: Where do we stand and where do we go? *European Journal of Health Law* 2000;7:1-3.
- Leenen H. The rights of patients in Europe. *European Journal of Health Law* 1994;1:5-13.
- Kjønstad A, Syse A. Pasientrettighetene i Norge. Framvekst og utviklingsmuligheter. Lov og Rett, 1993.
- Kjønstad A. Pasientrettighetenens framvekst. I: Kjønstad A, Syse A. (Red): Helseprioriteringer og pasientrettigheter". Oslo: ad Notam Gyldendal, 1992.
- Klemme Nielsen M. Lagskyddad rätt till patientstatus: ett sätt att stärka vårdsoökandes rättssäkerhet? *Läkartidningen* 1995;92:3765-3766.
- Kokkonen P. The new Finnish law and the European Union. *European Journal of Health Law*. 1994;2:127-135.
- Lahti R. Towards a comprehensive legislation governing the rights of patients: The Finnish experience. In: Patient's Rights. Informed consent, access and equality. (Red. Westerhäll L & Phillips C) Stockholm: Nerenius & Santéus Publishers, 1994.
- Warberg L. Norsk Helserett. Oslo: Tano, 1995.
- Westerhäll L. Patienträttigheter. Stockholm: Nerenius & Santéus, 1994.
- WHO. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. Copenhagen: World Health Organization Office for Europe, 1995.
- WHO. The World Health Report 2000 Health Systems: Improving performance. WHO: Geneva, 2000.