

## Vårdens skyldigheter – vad säger lagen?

En god vård ska kännetecknas av att den är individfokuserad, jämlik och säker.<sup>1</sup> För att kunna leva upp till och erbjuda en god vård har regionerna och vårdgivarna i Sverige en lagstadgad skyldighet att bland annat se till att människor som söker hjälp inom hälso- och sjukvården får;

- individuellt anpassad information
- möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ och hjälpmedel,
- möjlighet att få en ny medicinsk bedömning,
- en fast vårdkontakt,
- en individuell plan,
- möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården

### Rättighetslagar kontra skyldighetslagar

De lagar som reglerar hälso- och sjukvården och den hjälpsökandes ställning inom vården är bland annat hälso- och sjukvårdslagen (HSL), patientlagen (PL), patientssäkerhetslagen (PSL), lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), patientdatalagen (PDL) samt offentlighets- och sekretesslagen (OSL).

När det gäller lagarna ovan så är dessa så kallade skyldighetslagar, det vill säga lagar som anger vårdens skyldigheter. Vi har i skrivande stund inga rättighetslagar inom vården, alltså lagar som anger hjälpsökandes rättigheter i kontakten med vården.

Det finns ingen entydig definition av begreppet **rättighetslag** men innebörden av begreppet handlar om att en lag är formulerat på ett sätt som anger den enskildes specifika rättigheter. Beslut fattade enligt en rättighetslag går att överklaga till domstol och få beslutet ändrat.

En **skyldighetslag** däremot anger vilket ansvar och vilka skyldigheter en myndighet har, till exempel en region när det gäller vården. Detta innebär att man som hjälpsökande inte har rätt till en viss vård men att regionen är skyldig att erbjuda vård enligt lagstiftning. Ett beslut fattat enligt en skyldighetslag kan inte heller överklagas till domstol för att få beslutet ändrat.

Jag har in denna artikel försökt samla ihop det som står i de lagar som reglerar vården och dess skyldigheter gentemot de hjälpsökande. Jag har i min sammanställning utgått ifrån följande övergripande områden, som alla på sitt sätt ska bidra till att regioner och andra vårdgivare ska kunna erbjuda individfokuserad, jämlik och säker vård.

1. Självbestämmande och integritet
2. Information
3. Ny medicinsk bedömning
4. Fast vårdkontakt och samordning av insatserna
5. Val av behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare

---

<sup>1</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

6. Journalföring och dokumentation
7. Klagomål mot hälso- och sjukvård och vårdpersonal
8. Vårdskador och patientskadeförsäkring

## 1 Själbestämmande och integritet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2 a § 3 p. HSL) samt patientlagen (4 kap. 1 § PL) ska hälso- och sjukvårdslagstiftningen alltid utgå från frivillighet. I lagstiftning finns det en tydlig distinktion att den hjälpsökandes självbestämmande och integritet ska respekteras. Detta innebär att hälso- och sjukvården inte får ges utan den hjälpsökandes samtycke, om detta inte framgår i annan lagstiftning. En sådan lagstiftning inom psykiska ohälsan och psykiatriens område är bland annat lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

När det gäller förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård regleras dessa i LPT (3 § LPT) enligt följande;

*Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt*

1. *har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller*
2. *behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).*

*En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.*

I LPT står dock att tvångsvård inte får ges om *patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning.*

## Beslutskompetens

Ett inom vården använt begrepp i samband med samtycken är *beslutskompetens*. Begreppet syftar till den hjälpsökandes förmåga att förstå den information som lämnas samt att överblicka konsekvenserna av sitt beslut. Beslutskompetens ses också som en förutsättning för att man ska kunna ta ställning till olika behandlingsalternativ och ge ett giltigt samtycke.

Skulle vårdpersonalen göra en bedömning att den hjälpsökande saknar beslutskompetens finns det idag inga särskilda regler om ställföreträdande beslutsfattare. Det råder idag även en oklarhet kring huruvida ställföreträdare i form av till exempel god man eller förvaltare har juridisk och formell rätt att fatta beslut i frågor rörande medicinsk vård och behandling. Detta innebär i praktiken att det blir vårdpersonalens bedömning och kompetens som blir avgörande för vård och behandling när en person bedöms (av vårdpersonalen) sakna beslutskompetens.

## Barns och vårdnadshavares ställning inom vården

När det gäller barn så är huvudregeln att det är vårdnadshavarna till barnet som ansvarar för att barnet får sina behov tillgodosedda. Detta gäller även inom hälso- och sjukvården, vilket anges i bland annat i föräldrabalken (FB). Har barnet två vårdnadshavare ska dessa tillsammans bestämma i frågor rörande barnets personliga angelägenheter, däribland hälso- och sjukvård (6 kap. 11 och 13 §§

FB). I mindre viktiga frågor, i akuta situationer och då det inte finns anledning att anta att vårdnadshavarna har olika åsikt kan det räcka med samtycke från endast en vårdnadshavare. Detta förutsatt att den andre inte aktivt motsätter sig beslutet.<sup>2 3</sup> Grundprincipen är dock att samtycke ska hämtas från båda vårdnadshavarna.

Är det så att någon av vårdnadshavarna motsätter sig vården, och barnet själv inte anses vara beslutskompetent, saknas nödvändigt samtycke för den föreslagna vården. Är det så att barnet har två vårdnadshavare och endast en av dessa samtycker till en åtgärd till stöd för barnet har socialnämnden rätt att besluta att åtgärden får vidtas trots att den ena vårdnadshavaren motsätter sig detta. Socialtjänstens rätt gäller bland annat i frågor om psykiatrisk eller psykologisk utredning samt behandling som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (6 kap. 13 a § FB).

## 2. Information

Grunden för att man överhuvudtaget ska kunna ta ställning och ge sitt samtycke till erbjuden vård är att man fått *god och anpassad information om vården och behandlingen samt förstått densamma*. Detta slås fast i bland annat regeringens proposition Patientlag 2013/14:106 (s. 57).

För att vården ska kunna bli säker och bygga på verklig delaktighet och medbestämmande för den som söker hjälp är det viktigt att den information som lämnas från vården är rätt och tydlig. Enligt patientlagen (3 kap. 1 § PL) ska den som söker vård alltid få en tydlig och individanpassad information om bland annat;

- sitt hälsotillstånd,
- de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
- de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
- vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
- det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
- väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
- eftervård, och
- metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Enligt samma lag (3 kap. 2 § PL) ska den hjälpsökande även få information om;

- möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
- möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
- vårdgarantin, och

---

<sup>2</sup> Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård. Meddelandeblad nr 7/2010. Socialstyrelsen, 2010.

<sup>3</sup> Barnets möjligheter att få hälso- och sjukvård samt sociala insatser när vårdnadshavarna inte är överens. Meddelandeblad nr 10/2012. Socialstyrelsen, 2012.

- möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz. (3 kap. 2 § PL)

När det gäller ett barn ska även barnets vårdnadshavare få ovan nämnda informationen.

Informationen som lämnas från vården ska alltid anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Den som ger informationen ska också så långt som det är möjligt försäkra sig om att mottagaren av informationen förstått innebörden av den. Den som lämnar informationen ska också göra detta skriftligt om det behövs eller om mottagaren ber om det (3 kap. 7 § PL).

Om informationen inte kan lämnas till den det gäller ska den istället lämnas till en närstående, så länge detta inte hindras av tystnadsplikt eller sekretessbestämmelser.

## Information om behandlingsalternativ

För att den som söker hjälp ska kunna göra relevanta och informerade val kring behandlingsalternativen behöver också informationen kring alternativen vara relevant och allsidig. Informationen behöver bland annat omfatta de olika behandlingsalternativ som står till buds samt möjliga nytto- och skadeeffekter av de behandlingsalternativen som står till buds. Du kan läsa mer om vårdens informationsskyldighet gällande val av behandling under rubriken *Val av behandling och vårdgivare* längre ner i artikeln.

## Information om val av vårdgivare och utförare

När man söker offentlig vård i Sverige är vårdgivaren och hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att informera om var och ens möjlighet att välja vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Detta enligt patientlagen (3 kap. 2 § 1 och 3) och patientsäkerhetslagen (6 kap 6 §). Om informationen inte kan lämnas till den hjälpsökande själv ska den ges till en närstående till denna, förutsatt att detta inte hindras av sekretess eller tystnadsplikt (3 kap. 5 § PL).

## Särskilda informationsskyldigheter vid tvångsvård

Beträffande tvångsvård enligt LPT får denna beslutas enbart om den hjälpsökande inte genom individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vården (2 b § LPT). Motsvarande bestämmelse finns även i lagen om rättspsykiatrisk vård (2 b § LRV).

Den som vårdas med stöd av LPT eller LRV ska få en individuellt anpassad information om sin rätt att få en stödperson som kan bistå den hjälpsökande i personliga frågor under tvångsvården samt under fyra veckor efter att tvångsvården upphört (30 § LPT och 26 § LRV). Det är chefsöverläkaren i verksamheten som ansvarar för att så sker. Det är också chefsöverläkares ansvar att se till att den hjälpsökande får information om sin rätt att få ett offentligt biträde eller utse ett ombud. Informationsskyldigheten gäller även den hjälpsökandes rätt att ansöka om att tvångsvården ska upphöra och att få vistas utanför vårdinrättningens område (30 § LRV).

När det gäller stödperson vid LPT eller LRV är det patientnämnden som utser denna (31 § LPT och 26 § LRV).

## Information till närstående

Om det inte går att lämna den lagstadgade informationen till den hjälpsökande själv kan informationen istället lämnas till en närstående till denne (3 kap. 4 § PL), förutsatt att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det (3 kap. 5 § PL). Som närstående kan räknas både anhörig och en nära vän. Om den hjälpsökande inte angivit någon närstående kan make/maka, sambo, barn, föräldrar och syskon anses vara det. Om den hjälpsökande aktivt uttryckt att ingen information får lämnas till närstående så ska vårdpersonalen respektera detta.

## Dokumentation av lämnade informationen

Enligt patientdatalagen ska den information som lämnas till den som söker hjälp, eller dess vårdnadshavare och närstående dokumenteras i dennes journal (3 kap. 6 § 5 p. PDL). Detta gäller även val av behandlingsalternativ samt informationen om ny medicinsk bedömning. Även den enskildes eventuella beslut att avstå från viss behandling ska dokumenteras i journalen (3 kap. 6 § 6 p. PDL).

## 3. Ny medicinsk bedömning

Den som drabbas av livshotande eller särskilt allvarlig skada eller sjukdom ska alltid få möjlighet till en ny medicinsk bedömning, antingen inom eller utanför den egna regionen. Vilka tillstånd som kan betecknas som livshotande eller särskilt allvarliga får avgöras från fall till fall (prop. 1998/99:4 s. 48).

Vid en ny medicinsk bedömning ska den hjälpsökande ges möjlighet att få konsultera en ny läkare som inte har färgats eller påverkats av den tidigare behandlande läkaren och dess resonemang och bedömningar. Det handlar alltså inte om att samma läkare ska ompröva sitt tidigare beslut (prop. 2013/14:106 s.78 – 79).<sup>4</sup> Här gör Socialstyrelsen också en distinktion att begreppet ny medicinsk bedömning inte ska ses som synonymt med engelska begreppet "second opinion" där innebörden främst handlar om att komplettera tidigare läkares bedömning med en annan läkares bedömning.<sup>5</sup>

Ett av syftena med att få en förnyad medicinsk bedömning är att bidra till att skapa trygghet för den som behöver hjälp i särskilt svåra situationer. Detta kan till exempel handla om situationer där den hjälpsökande förlorat tilltro till sin läkare eller fått besked om en särskilt svår diagnos som denne har svårt att förlika sig med (prop. 1998/99:4 s. 30 och prop. 2009/10:67 s. 66).

Är det så att en ny medicinsk bedömning ger anledning till annan behandling än den först föreslagna ska den hjälpsökande också erbjudas sådan behandling. Detta förutsatt att behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och är ekonomiskt försvarbar (8 kap. PL).

## Regionens ansvar för ny medicinsk bedömning

Hälso- och sjukvården ska medverka till att den som önskar får tillgång till en nya medicinsk bedömning hos en vårdgivare med offentlig finansiering var som helst i landet. Detta gäller både när

---

<sup>4</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 45). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>5</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 45). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

den hjälpsökande själv vill det och om den behandlande läkaren bedömer detta vara den bästa lösningen (prop. 1998/99:4 s. 30 och 31). Den nya medicinska bedömningen ska då innebära en möjlighet att träffa en ny läkare eller ett annat vårdteam för att diskutera problemet och hur detta bäst kan avhjälpas. Möjligheten till en ny medicinsk bedömning får inte begränsas till den region där den hjälpsökande är bosatt (prop. 2013/14:106 s. 79).

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för en ny medicinsk bedömning**

Enligt patientsäkerhetslagens 6 kapitel 7 § andra stycket ska den som ansvarar för hälso- och sjukvården medverka till att den som söker hjälp får en ny medicinsk bedömning enligt patientlagens 8 kapitel 1 §. Det är också den som ansvarar för vården som ska ge information till den hjälpsökande och dess närstående om möjligheten till en ny medicinsk bedömning (6 kap. 6 § PSL).

## **4. Fast vårdkontakt och samordning av insatserna**

Att som hjälpsökande få sitt behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodosett inom vården är ofta av central betydelse för vården och dess resultat. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (29 a § HSL) ska verksamhetschefen hos varje vårdgivare utse en fast vårdkontakt om detta anses nödvändigt för att tillgodose detta behov. Verksamhetschefens skyldighet att utse en fast vårdkontakt gäller även om den hjälpsökande själv begär det. När en fast vårdkontakt utses ska den hjälpsökandes önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses så långt det är möjligt (29 a § HSL och prop. [2009/10:67 s. 61](#)).

Kravet på att den hjälpsökandes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses, och att en fast vårdkontakt ska utses, regleras också i patientlagen (6 kap. 1 och 2 §§). Noterbart i sammanhanget är att en fast vårdkontakt inte är detsamma som den fasta läkarkontakt som patienten ska få möjlighet att välja inom primärvården (6 kap. 3 § PL).

En fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan i vissa fall också vara en mer administrativ funktion som samordnar patientens vård (prop. 2009/10:67 s. 61). Att den hjälpsökande vet vem som är den fast vårdkontakten och hur denna kan nås är lika viktigt som att ha namn och kontaktuppgifter på ansvarig läkare.<sup>6</sup>

En fast vårdkontakt kan till exempel hjälpa patienten att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården. Fasta vårdkontakten kan också vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall med andra berörda myndigheter, till exempel Försäkringskassan (prop. 2009/2010:67 s. 62).

En del som har kontakt med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal och regional hälso- och sjukvård kan behöva mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontaktorna ska då kunna samverka och samordna insatser för den enskilda. Samordning av insatser och

---

<sup>6</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 56). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

förmedling av information med till exempel andra myndigheter förutsätter dock samtycke från den det gäller och att bestämmelser om sekretess beaktas.<sup>7</sup>

## Vårdgivarens ansvar för kontinuitet och samordning

Regioner, kommuner och andra vårdgivare har en skyldighet att säkerställa att det finns tydliga och förankrade rutiner i verksamheterna för hur den hjälpsökandes behov av trygghet, kontinuitet och samordning ska säkerställas. Olika vårdgivare måste också skapa rutiner för samverkan sinsemellan, till exempel mellan fasta vårdkontakter ([Prop. 2009/10:67 s. 63](#)).

## Samordning av insatserna – samordnad individuell plan

De krav som gäller för samordning av insatserna för den som söker hjälp regleras bland annat i hälso- och sjukvårdslagen (3 f § HSL) och socialtjänstlagen (2 kap. 7 § SoL). I kraven ingår bland annat skyldighet för regionen (hälso- och sjukvården) och kommunen (socialtjänsten) att tillsammans upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatserna av båda instanserna. Kravet på samordning av insatserna uttrycks också i patientlagen (6 kap. 4 §).

Det som ska framgå av en samordnad individuell plan (SIP) är bland annat vilka insatser som behövs; vilka insatser respektive huvudman ska svara för; vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen; samt vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Inom psykiatrisk tvångsvård ska chefsöverläkaren undersöka om den hjälpsökande har behov av stöd från socialtjänsten. Detta ska i möjligaste mån ske i samråd med patienten (16 § första stycket LPT). För den som tas in för psykiatrisk tvångsvård ska en vårdplan snarast upprättas efter det att han eller hon tagits in för tvångsvård (16 § andra stycket LPT).

## Samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård

När det gäller in- och utskrivning i samband med slutenvård ska regionerna och kommunerna ha i samråd framarbetade rutiner för vårdplanering för den hjälpsökande. Hur detta ska se ut regleras bland annat i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Rutinerna för in- och utskrivning ska finnas dokumenterade och vara enhetligt utformade inom ett län eller en region (2 kap. 3 § SOSFS 2005:27).

När det gäller vårdplaneringen vid in- och utskrivning vid slutenvård är det den behandlande läkaren i den slutna vården som ska fastställa hur denna ska genomföras. Detta efter samråd med den hjälpsökande, närstående och företrädare för berörda enheter. Det som bland annat ska framgå i vårdplaneringen är om den hjälpsökande har medverkat i vårdplaneringen eller inte; om närstående har medverkat i vårdplaneringen eller inte; målsättningen med insatserna; samt hur och när insatserna ska följas upp (3 kap. 4 § SOSFS 2005:27).

Inom den psykiatriska tvångsvården ska vårdplanen bland annat ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av insatserna ska bestå (16 § LPT). En vårdplan ska alltid så långt som möjligt upprättas i samråd med

---

<sup>7</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 56). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

den det gäller. Samråd ska också ske med närstående till den hjälpsökande om detta inte är olämpligt.

All vårdplanering ska dokumenteras i patientjournalen i den slutna vården (3 kap. 7 § PDL).

## Överföring av information vid in- och utskrivning

När en hjälpsökande skrivs in eller ut i slutna vård ska information om dennes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst överföras mellan berörda enheter inom den slutna vården och den öppna vården samt socialtjänsten. Detta förutsatt att det inte finns sekretesshinder för detta (SOSFS 2005:27). Informationen som överlämnas ska innehålla dels vårdplanen, dels övriga väsentliga uppgifter, till exempel:

- vilka som varit ansvariga för patientens vård, behandling och rehabilitering inom den slutna vården,
- den hjälpsökandes aktuella hälso- och funktionstillstånd,
- den hjälpsökandes upplevda hälsotillstånd,
- riskbedömning utifrån den hjälpsökandes hälsotillstånd,
- närstående, förvaltare eller god man, och
- andra kontinuerliga läkarkontakter än de som är namngivna i vårdplanen.

Den hjälpsökande ska, om det inte finns sekretesshinder, få informationen skriftligt vid utskrivningen. Vid behov ska den även ges i annan form (4 kap. 3 § SOSFS 2005:27).

## 5. Val av behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare

”När det finns flera behandlingsalternativ som överensstämmer 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.” Så lyder formuleringen i patientlagens 7 kapitel 1 §. Enligt samma lag (2 § p. 1 PL) ska man som hjälpsökande alltid få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ. Man ska också som hjälpsökande inom vården alltid få möjlighet att avstå från en behandling (4 kap. 2 § PL).

Även i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) framkommer att när flera behandlingsalternativ finns så ska regionen och/eller kommunen ge den hjälpsökande möjlighet att välja det alternativ som denne föredrar. Behandlingsalternativen som man som hjälpsökande ska få välja emellan ska dock alltid överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet. Alternativen ska även vara medicinskt motiverade och vara till nytta för den hjälpsökande utifrån dennes problem som föranleder kontakten med vården. Nyttan av en behandling ska i sammanhanget ses utifrån individens utgångspunkt och omfatta både hälsa och livskvalitet.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Regeringens proposition (1998/99:4): Stärkt patientinflytande (s. 27). Sveriges regering, 1998.  
<https://www.regeringen.se/49bbe7/contentassets/81e809a2f81e4729b84a06752d4f671f/starkt-patientinflytande>.



När det gäller val av behandlingsalternativ och uppföljningen av ett valt alternativs effekter så ska den hjälpsökande alltid ses som experten och i de flesta fall den som är bäst på att bedöma dessa.<sup>9</sup>

I samband med val av behandlingsalternativ ska vårdgivaren också ta ställning till hur man i regionen eller kommunen ser på tillämpningen av de rekommendationer och prioriterade behandlingsmetoder som ges i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för olika diagnosområden.<sup>10</sup>

Riktlinjerna kan i sammanhanget ses som just rekommendationer, vilket även bekräftas av Kammarrätten som i dom 2018 konstaterar att Socialstyrelsens nationella riktlinjer inte är bindande; främst riktar sig till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer; samt inte är avsedda att ensamt utgöra underlag för beslut som gäller enskilda patienter, utan att sjukvårdspersonal i varje enskilt fall ska ta hänsyn till individens särskilda behov och önskemål.<sup>11</sup> Detta ger vårdgivaren/regionen möjlighet att även medverka till val av behandlingsalternativ som ligger utanför Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Vad gäller de rekommendationer som framkommer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer är bedömningarna som ligger till grund för dessa gjorda på gruppnivå och man måste alltid göra en individuell bedömning i det enskilda fallet.<sup>12</sup>

## Barns rätt att bestämma

Enligt både barnkonventionen och patientlagen (4 kap. 3 § PL) ska barn ha både rätt att uttrycka sina åsikter och få dessa validerade utifrån sin ålder och mognad. Detta gäller i alla frågor som rör barnet. Vårdnadshavaren har dock rätt och skyldighet att bestämma i frågor som gäller barnets personliga angelägenheter, däribland hälso- och sjukvård, fram till det att barnet blir 18 år och myndig.

När det gäller barns rätt att komma till tals och bestämma inom vården framkommer det i patientlagen också att vården är skyldig att så långt som möjligt klarlägga barnets inställning till aktuell vård eller behandling. Med barnets stigande ålder och utveckling ska allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § FB).

Ett barns möjlighet att självständigt önska eller neka vård beror på barnets ålder och mognad men också vilken situation och vilken typ av vård det handlar om. I vissa situationer kan barn (personer under 18 år) betraktas som beslutskompetenta och då få bestämma själva över vården. Det kan bland annat handla om delaktighet i medicinska beslut och att samtycka eller neka till vård och behandling.

När det gäller ett barns mognadsgrad och beslutskompetens så bedöms denna av respektive vårdgivare i varje enskilt fall.

---

<sup>9</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (S.42). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>10</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (S.42). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>11</sup> Psykoterapicentrum anmäler Socialstyrelsens riktlinjer. Psykoterapicentrum, hämtad 2022-08-29. <https://web.archive.org/web/20210509080754/https://www.psykoterapicentrum.se/arbetsgrupper/overklagande2018.htm>.

<sup>12</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 43). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

## Inskränkningar i valfriheten

Även om man som hjälpsökande ska ha rätt att välja behandlingsalternativ är denna rätt inte oinskränkt. Man kan till exempel inte välja ett alternativ som inte står i linje med *vetenskap och beprövad erfarenhet*. Även ekonomin spelar roll och man får inte välja ett behandlingsalternativ vars kostnad är att betrakta som orimlig i förhållande till problemet och den förväntade effekten av behandlingen.

I regeringens proposition (1998/99:4; s. 27) ges den hjälpsökande rätt att välja behandlingsalternativ även om det är dyrare än andra alternativen. Bedömningen om rimligheten i ett behandlingsval ska då vägas mot det aktuella problemets allvarlighetsgrad och toleransen mot kostnadsskillnaderna ska vara större vid allvarliga problem jämfört med om det handlar om mindre allvarliga problem eller tillstånd.<sup>13</sup>

## Vårdgivarens makt och ansvar

Det är den som har ansvaret för hälso- och sjukvården som avgör om och i så fall vilka av de önskade behandlingsalternativ som kan erbjudas den hjälpsökande.<sup>14</sup> Dock ska hälso- och sjukvårdspersonalen alltid vara lyhörd för vilken information och vilket inflytande den hjälpsökande önskar när det gäller vården och val av behandling.

Hälso- och sjukvårdspersonalen måste också enligt Socialstyrelsens riktlinjer hjälpa den som söker hjälp att värdera de olika alternativen som står till buds, ge vägledning och försäkra sig om att den hjälpsökande vet tillräckligt mycket för att kunna utöva sitt självbestämmande. Som vi konstaterat tidigare så är hälso- och sjukvårdspersonalen också ”skyldig att ge individuellt anpassad information och med sin medicinska kompetens stödja patienten i valet av behandlingsmetod (Prop. 1998/99:4 s. 28).”<sup>15</sup> Informationen inför val av behandling ska bland annat omfatta vilka alternativ som finns och de olika alternativens möjliga nytto- och skadeeffekter.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för val av behandlingsalternativ

Personalens ansvar för val av behandlingsalternativ regleras i patientsäkerhetslagens (PSL) 6 kapitel 1 §, första stycket. Där framgår det bland annat att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ respektive hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt vad som anges i 7 kap. 1 och 2 §§ patientlagen (2014:821).”

Vårdpersonalen är också alltid skyldig att informera om de behandlingsalternativ som finns, även om dessa inte skulle erbjudas vid den egna vårdenheten eller sjukhuset vid diagnostillfället.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 43). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>14</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 44). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>15</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 44). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>16</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 43). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

## Vårdgivarens ansvar för val av vårdgivare och utförare

En vårdgivare är skyldig att se till att den som söker hjälp kan få vård hos en annan vårdgivare inom garanterad tid (vårdgaranti) när det gäller besök i den specialiserade vården samt behandling inom regionens planerade vård. Erbjudandet kan avse såväl andra vårdgivare inom den egna regionen, som vårdgivare utanför regionen.<sup>17</sup>

## Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för val av vårdgivare och utförare

Skyldigheten att informera den hjälpsökande om vårdgarantin och val av vårdgivare ligger i första hand på den som har det direkta ansvaret för den aktuella vårdsituationen.

Skyldigheten att informera om valmöjligheter gäller bland annat möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Detta kan handla om både offentliga vårdgivare inom eller utom den egna regionen samt privata vårdgivare som har offentlig ersättning. Med utförare i sammanhanget menas till exempel vårdenheter eller mottagningar, såväl i en regions regi som sådana som drivs av privata vårdgivare.

## Vård i ett annat land

Enligt patientlagen (3 kap. 2 § 4 p. PL) ska man som hjälpsökande också få information om möjligheten att genom Försäkringskassan få upplysningar om vård i annat EES-land (europeiska ekonomiska samarbetsrådet)<sup>18</sup> eller i Schweiz.

Den som har rätt till vård enligt det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige har också rätt till vård i annat EES-land och under bestämda förutsättningar få denna betald av det svenska sjukvårdssystemet. Detta enligt [lagen \(2013:513\) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom europeiska ekonomiska samarbetsområdet](#). Bestämmelser om ersättning till patienter för kostnader för vård finns även i [Europaparlamentets och rådets förordning \(EG\) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen](#).

Det finns idag tre olika alternativ att få planerad vård med offentlig finansiering i ett annat EU/EES-land:

1. Regionen remitterar och står för kostnaden.
2. Man som hjälpsökande ansöker om förhandstillstånd hos Försäkringskassan. Ersättning kan ges för sådan vård som erbjuds inom det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige och vårdgivaren ska ingå i ett allmänt sjukvårdssystem. Dessutom ska den hjälpsökande inte kunna få vård i Sverige inom en tid som är medicinskt godtagbar med hänsyn till dennes *hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp*.
3. Man som hjälpsökande söker vård i annat land och i efterhand ansöker om ersättning via Försäkringskassan enligt artiklarna 49-50 i [fördraget om EU:s funktionssätt](#) (EUF-fördraget).

---

<sup>17</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 50). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>18</sup> I EES-länder räknas: Belgien, Bulgarien, Cypern, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Grekland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Sverige, Tjeckien, Tyskland, Ungern, Österrike. EU-, EES-, Efta och Schengenländerna. Tull, hämtat 2022-09-06. <https://tulli.fi/sv/om-tullen/tullens-verksamhet/eu-ees-efta-och-schengenlanderna>.

Möjligheten att få vårdkostnaderna ersatta gäller oavsett om vårdgivaren är privat eller offentlig. Villkoret är att vården ingår i det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige.

Vid så kallad gränssjukvård i Finland eller Norge är det dessutom möjligt att som hjälpsökande få ersättning från Försäkringskassan med stöd av [gränssjukvårdsförordningen \(1962:390\)](#).

## 6. Journalföring och dokumentation

Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård för den som söker hjälp. Journalen ska vara en informationskälla för den hjälpsökande och fungera som ett stöd i kommunikationen och samrådet mellan vårdgivare och den hjälpsökande (3 kap. 2 § PDL, 2 a § HSL).

I en patientjournal ska det framgå, och gå lätt att följa, vilka bedömningar och överväganden som har gjorts, hur utfallet av bedömningarna och besluten blivit, samt prognosen för den utförda behandlingen.

I patientdatalagen (PDL) framgår det bland annat att uppgifterna i en patientjournal ska utformas och behandlas så att den hjälpsökandes och övriga registrerades integritet respekteras. Det framgår även att de uppgifterna som finns i en patientjournal ska förvaras och hanteras på ett betryggande sätt så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Vad som ska ingå i en patientjournal finns beskrivet i patientdatalagen och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (3 kap. 5, 6 och 7 §§ PDL). Om uppgifterna finns tillgängliga ska en patientjournal alltid innehålla;

- uppgift om patientens identitet,
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
- uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt
- uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

I journalen ska det även framgå uppgift om den information som lämnats till den hjälpsökande, dennes vårdnadshavare och övriga närstående om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ samt om möjligheten till en ny medicinsk bedömning. (3 kap. 6 § 5 p. PDL).

Om den som söker hjälp drabbats av en vårdskada ska uppgifter om den information som lämnats till den hjälpsökande eller dess närstående antecknas i journalen (3 kap. 8 § PSL). Journalen ska även innehålla uppgifter om samtycken som den hjälpsökande lämnat och om dennes egna önskemål om vård och behandling.

Vidare ska patientjournalen innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes. De uppgifter som ska finnas i journalen ska föras in i journalen så snart som möjligt.

## Rätten till insyn

Var och ens rätt att ta del av sin journal är reglerad i olika lagar beroende på om vården bedrivs i offentlig eller privat regi. Inom den offentliga hälso- och sjukvården regleras rätten att få ta del av handlingar i 2 kap. tryckfrihetsförordningen (1949:105).

Man kan som hjälpsökande begära att få ta del av handlingen på plats eller att till exempel få en kopia på handlingen. Den som ansvarar för journalhandlingen ska i första hand ta ställning till om den begärda handlingen kan lämnas ut.

I sällsynta fall kan det finnas sekretess gentemot den hjälpsökande själv så att uppgifterna inte kan lämnas ut. Detta kan vara aktuellt när det är "av synnerlig vikt att patienten inte själv får tillgång till uppgifter om sitt hälsotillstånd med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen (25 kap. 6 § OSL)."<sup>19</sup> Att uppgifter inte lämnas ut till den hjälpsökande själv förekommer enligt Socialstyrelsen bara i rena undantagsfall och då oftast inom den psykiatriska vården.<sup>20</sup>

Om uppgifter i en patientjournal kan lämnas ut kan den som begärt uppgifterna begära att få ett skriftligt beslut med uppgift om hur beslutet kan överklagas. Den hjälpsökande ska också informeras om denna möjlighet.

Inom den offentliga vården är det myndigheten (den politiska nämnden eller den som fått delegation att fatta beslut för myndigheten) som fattar beslut om avslag. Om också myndigheten avslår en enskilds begäran om att få ut en journalhandling, helt eller delvis, ska den som begärt ut uppgifterna få ett skriftligt beslut som kan överklagas till kammarrätten.

Rätten till insyn i patientjournalen gäller även inom den vård som bedrivs i privat regi. Förutsatt att uppgifterna i handlingen inte omfattas av tystnadsplikten (8 kap. 2 § PDL och 6 kap 12 och 13 §§ PSL) ska den som begär ut uppgifter från journalen få dessa så snart som möjligt. Den som begär ut uppgifterna ska då få läsa journalen, skriva av den på stället eller få en avskrift eller kopia. Den som är ansvarig för journalhandlingen ska pröva om den kan lämnas ut.

## Vid felaktiga eller missvisande uppgifter i journalen

Att de uppgifter som framkommer i psykiatrins patientjournaler är riktiga är av yttersta vikt, inte bara för vården i sig utan även för patientsäkerheten. I patientdatalagens 3 kapitel 8 § framgår det även att den hjälpsökande anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande ska detta alltid antecknas i journalen. Utöver anteckning om avvikande mening i patientjournalen kan man som hjälpsökande även få möjlighet till rättelse av felaktiga uppgifter och i vissa fall även få hela eller

---

<sup>19</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 63). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>20</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 63). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

delar av patientjournalen förstörd (8 kap. 4 § patientdatalagen).<sup>21 22</sup> Beslutet om rättelser i journalen fattas av vårdgivaren medan beslut om förstörelse fattas av Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Förutom med stöd av bestämmelserna om journalförstöring (8 kap. 4 § PDL) får de uppgifter som finns i en journalhandling inte tas bort eller göras oläsliga. När en felaktig uppgift ska rättas måste man ange när rättelsen gjordes och vem som har gjort den (3 kap. 14 § PDL).

Om en journalanteckning är signerad eller låst får innehållet enbart ändras i form av rättelse eller tas bort efter ett beslut om journalförstöring. Om en felaktig uppgift rättas måste både den felaktiga uppgiften och rättelsen synas i journalen.

## 7. Klagomål mot hälso- och sjukvård och vårdpersonal

Klagomål gällande hälso- och sjukvård och dess personal ska i första hand framföras till den verksamhet som ansvarar för vården alternativt till patientnämnden i den aktuella regionen. Vårdgivarna är skyldiga att ta emot och skyndsamt (inom fyra veckor<sup>23</sup>) svara på inkomna klagomål och synpunkter. Patientnämnden ska enligt lag vara en fristående och opartisk instans och fungera som en länk mellan den hjälpsökande och vården.<sup>24</sup>

Upplever man att klagomålet inte hanterats på ett tillfredsställande eller adekvat sätt av vårdgivaren kan klagomålet även anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som är tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården. IVO ska efter inkommen anmälan pröva och utreda klagomålen (7 kap. 10 – 18 §§ PSL).

IVO utreder i allmänhet inte händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden, om det inte föreligger särskilda skäl.<sup>25</sup> Särskilda skäl kan i sammanhanget bland annat handla om att man inte varit medveten om allvaret i den förseelse som föranlett klagomålet eller att man inte haft förmåga eller förutsättningar att bedöma allvaret i förseelsen.<sup>26</sup>

Anmälan till IVO kan skickas till *Inspektionen för vård och omsorg, Avdelning öst, Box 6202, 102 34 Stockholm*. Anmälan kan även göras via [IVO:s hemsida](#). IVO kan också erbjuda stöd inför en anmälan genom sin upplysningstjänst som nås via telefonnumret 010-788 59 91.

Efter att IVO mottagit och registrerat anmälan lämnas denna tillsammans med eventuella bifogade underlag till vårdgivaren eller den vårdpersonal som klagomålet riktas mot eller kan anses vara riktat mot. Den som anmält klagomålet har rätt att ta del av vårdgivarens svar till IVO och ska, innan IVO

---

<sup>21</sup> Felaktiga uppgifter i journalerna – detta kan du göra för att få till en rättelse. Lasse Mattila, 2020-04-30. <https://lassemattila.com/2020/04/30/felaktiga-uppgifter-i-journalerna-detta-kan-du-gora-for-att-fa-till-en-rattelse/>.

<sup>22</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 61). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>23</sup> Telefonsamtal med handläggare på IVO, 2022-06-03.

<sup>24</sup> Jag är missnöjd med hälso- och sjukvård. Inspektionen för vård och omsorg, 2022-08-26. <https://www.ivo.se/privatpersoner/missnojd-med-halso-sjukvard/>.

<sup>25</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 69). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>26</sup> Telefonsamtal med handläggare på IVO, 2022-06-03.

fattar beslut i ärendet, ges möjlighet att lämna synpunkter på det som tillförts i ärendet av vårdgivaren.<sup>27</sup>

## 8. Vårdskador och patientskadeförsäkringen

En vårdskada är en skada som uppstått inom vården och som kunde ha undvikits. En vårdskada måste alltid utredas av vårdgivaren. Vid allvarliga vårdskador ska det också göras anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. En sådan anmälan kallas lex Maria-anmälan.<sup>28</sup>

Med vårdskada avses enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid den hjälpsökandes kontakt med hälso- och sjukvården. Allvarlig vårdskada innebär att den hjälpsökande fått bestående skada eller har lett till ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.<sup>29</sup>

Enligt patientsäkerhetslagens (PSL) 3 kap. 8 § är vårdgivaren skyldig att snarast informera den som söker hjälp om att denne har drabbats av en vårdskada. Informationen vid sådana fall ska bland annat innehålla följande;

1. Att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada,
2. Vilka åtgärder vårdgivaren avser att vidta för att liknande händelse inte ska träffa igen,
3. Möjligheten för den hjälpsökande att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt 7 kap. 10 § PSL,
4. Möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt
5. Patientnämndernas verksamhet.

Är det så att den hjälpsökande begär det, eller inte själv kan ta emot informationen, ska informationen lämnas till en närstående till den hjälpsökande. Den information som har lämnats i samband med en vårdskada ska alltid antecknas i patientjournalen.<sup>30</sup>

### Lex Maria

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är vården skyldig att upprätta en anmälan enligt lex Maria när det inträffat en händelse där en hjälpsökande drabbats av, eller utsatts för en risk att drabbas av en allvarlig skada eller en allvarlig sjukdom. Detta ska ske snarast efter att händelsen inträffat.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 70). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>28</sup> Anmälan om vårdskada – lex Maria. 1177 Vårdguiden, 2020-03-23. <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/anmalan-om-vardskada-lex-maria/>.

<sup>29</sup> Lex Maria och Lex Sarah. Vårdhandboken, 2021-03-26. <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/avvikelse--och-riskhantering/lex-maria-och-lex-sarah/>.

<sup>30</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 67). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>31</sup> Lex Maria och Lex Sarah. Vårdhandboken, 2021-03-26. <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/avvikelse--och-riskhantering/lex-maria-och-lex-sarah/>.

I samband med att den hjälpsökande får informationen om vårdskadan ska denne också få möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen. Möjligheten att beskriva den hjälpsökandes upplevelse gäller även när informationen lämnas till en närstående till den hjälpsökande (7 kap. 1 § SOSFS 2005:28). Vid en anmälan enligt lex Maria är dock den hjälpsökande aldrig en formell part i det anmälda ärendet.

## Patientskadeersättning och patientförsäkringar

Om man drabbas av en patientskada i samband med hälso- och sjukvården kan man i vissa fall få rätt till ekonomisk ersättning. Detta enligt patientskadelagen (1996:799).

Vårdas man inom regionsfinansierad offentlig eller privat vård betalas patientskadeersättning ut av patientskadeförsäkringen Löf (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag). Löf försäkrar närmare 90 procent av vårdgivarna i Sverige och samtliga regioner har tecknat ett avtal med bolaget. Som hjälpsökande är man automatisk försäkrad genom vårdgivaren.

För att man ska få patientskadeersättning måste det finnas orsakssamband mellan skadan och vården. Skador orsakade efter 1 januari 2015 måste anmälas inom tio år från den tidpunkt som skadan orsakades. För de skador orsakade innan detta datum måste anmälan göras inom tre år från det att man fått kännedom om; att skadan är objektivt märkbar; att skadan kan ha ett samband med behandling; att patientskadeersättning är möjlig; samt vilken försäkringsgivare ersättningskravet ska ställas till. Det finns en yttersta tidsgräns på tio år som räknas från den tidpunkt då skadan orsakades.<sup>32</sup>

Det man kan få ersättning för genom Löf är bland annat;

- skador som hade kunnat undvikas
- skador som orsakats av felaktig eller försenad diagnos
- vissa olycksfallsskador i samband med hälso- och sjukvård eller sjuktransport
- skador som orsakats av felmedicinering

Den som anser sig ha blivit skadad av ett läkemedel har rätt att vända sig till [Svenska Läkemedelsförsäkringen AB](#) för att få sin sak prövad. Svenska Läkemedelsförsäkringen AB är en sammanslutning av företag och organisationer som tecknat försäkringen och som också äger försäkringen genom det samägda bolaget LFF Service AB.<sup>33</sup>

Den som skadas av en oförsäkrad vårdgivare kan få ekonomisk ersättning genom ideella föreningen Patientförsäkringsföreningen (PFF) som sedan kräver tillbaka skadeersättningen från vårdgivaren.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Löf – en patientförsäkring för alla; Om försäkringen. Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2022-08-26. <https://lof.se/patient/om-forsakringen>.

<sup>33</sup> Om Svenska Läkemedelsförsäkringen. Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, 2022-08-26. <https://www.lff.se/om-svenska-lakemedelsforsakringen/>.

<sup>34</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 69). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.



## Personcentrerad vård och evidensbaserad praktik - avslutande reflektioner

För ca 2 500 år sen formulerade "läkekonstens fader", grekiska läkaren Hippokrates, krav på god vård, den s.k. "Hippokratiska eden". Krav som i sin kärna fortfarande är aktuella. Även om eden idag sällan används i sin ursprungliga form tjänar den som grundval för andra liknande eder och lagar som definierar god medicinsk praktik och moral. Den hippokratiska eden kan sammanfattas med följande punkter:

- ALDRIG skada
- OM MÖJLIGT bota
- OFTA lindra
- ALLTID trösta

Att göra gott och inte skada är ett stort ansvar och kräver en hög teoretisk, praktisk och relationell kompetens. En kompetens som bland annat handlar om att se och förstå orsakssambanden bakom människors lidande, men också att känna till alternativa lösningar samt vad forskning har visat eller vad beprövad erfarenhet pekar på. Det handlar också om att man som vårdpersonal ska se sig som företrädare för patientens intressen, och visa ödmjukhet och respekt för patientens rätt till självbestämmande.<sup>35</sup>

Enligt Socialstyrelsen ska den gängse utgångspunkten inom vården vara att patienten är expert på sin egen situation.<sup>36</sup> Även detta förpliktigar och manar all vårdpersonal att inta ett personcentrerat perspektiv där den hjälpsökandes kontextuella livsomständigheter, erfarenheter och önskemål ska väga mycket tungt. Ett sådant förhållningssätt är inte bara en förutsättning för god och effektiv vård utan också i linje med Socialstyrelsens definition av evidensbaserad praktik.<sup>37</sup>

Lasse Mattila

---

<sup>35</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 74). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>36</sup> Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal (s. 75). Aktuell från januari 2015. Socialstyrelsen, 2015.

<sup>37</sup> Att arbeta evidensbaserat. Socialstyrelsen, 2019-05-04. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/arbete-evidensbaserat/>.