



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Skydd eller chimär?

Patientlagen ur ett äldre- och kapabilitetsperspektiv

Lisa Rutgersson

Juridiska Institutionen

Juristprogrammet, höstterminen 2019

HRO800, Examensarbete, 30 hp

Handledare: Therese Bäckman

Examinator: Lotta Vahlne Westerhäll

Förkortningar

f.	och följande sida
ff.	och följande sidor
FL	Förvaltningslag (2017:900)
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
Ibid.	på samma ställe
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
PL	Patientlag (2014:821)
Prop.	Regeringens proposition
PSL	Patientsäkerhetslag (2010:659)
RF	Regeringsform (1974:52)
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
SOU	Statens offentliga utredningar
u.å.	utan år
UNDP	Förenta nationernas utvecklingsprogram
WHO	Världshälsoorganisationen

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	5
1.1 Bakgrund	5
1.2 Syfte och frågeställningar	6
1.3 Metod	7
1.4 Material	9
1.5 Avgränsningar	11
1.6 Disposition	11
2 TEORETISKA OCH TERMINOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER	12
2.1 "Äldre" och äldrerätt	12
2.1.1 En åldrande befolkning	12
2.1.2 Vem är äldre?	12
2.1.3 Olika perspektiv på åldrande	13
2.1.4 Sköra äldre	14
2.2 Sårbarhetsteori	15
2.3 Kapabilitetsteori	15
2.3.1 Vad kan människor vara och göra?	15
2.3.2 Kapabilitetsteorins användningsområde	17
2.3.3 Kapabilitet, hälsa och hälsokapabilitet	17
3 VÄRDEN OCH PRINCIPER I PATIENTLAGEN	19
3.1 Inledning	19
3.2 Den svenska hälso- och sjukvården	20
3.2.1 Lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet	20
3.2.2 Struktur och grundläggande begrepp	20
3.3 Historisk bakgrund	21
3.3.1 Läkaren vet bäst?	21
3.3.2 Ett gryende patientperspektiv	22
3.3.3 Från åskådare till aktiv deltagare	23
3.4 Vård som rättighet?	24
3.5 Utgångspunkter i patientlagen	26
3.5.1 Inledning	26
3.5.2 Vårdkvalitet	26
3.5.3 Vård på patientens villkor	26
3.5.4 Information och kommunikation	28
3.5.5 Ökad valfrihet	28
3.6 Den etiska plattformen	29
3.6.1 Människovärdesprincipen	29
3.6.2 Behovs- och solidaritetsprincipen	29
3.6.3 Kostnadseffektivitetsprincipen	30
3.7 Analys	31
3.7.1 Sköra äldre i patientlagen	31
3.7.2 Sköra äldre och sårbarhet	32
3.8 Sammanfattning	35
4 TILLGÅNG TILL VÅRD	36
4.1 Inledning	36
4.2 Vem är patient och hur blir man patient?	36
4.3 Hur lång tid tar det att bli patient?	37
4.4 Vad kan man göra om man vill ha en ny bedömning?	39
4.5 Hälsokapabilitet och tillgång till vård	40
4.5.1 Hur bör tillgången till vård bedömas?	40

4.5.2 Aktivitet – en dekrypteringsnyckel till vård?	41
4.5.3 Får behovsprincipen genomslag?	43
4.6 Sammanfattning	45
5 VALFRIHET	46
5.1 Inledning	46
5.2 Det fria vårdvalet	46
5.3 Hälsokapabilitet och valfrihet	48
5.3.1 Hur bör valfriheten bedömas?	48
5.3.2 Den digitala klyftan	48
5.3.3 Socioekonomiska faktorer som hinder	50
5.4.4 Administrativa hinder	51
5.4 Sammanfattning	51
6 DELAKTIGHET	51
6.1 Inledning	51
6.2 Patientens rätt till information	52
6.3 Samtycke och samråd	53
6.4 Val av behandlingsalternativ	54
6.5 Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt	54
6.6 Hälsokapabilitet och delaktighet	55
6.6.1 Hur bör delaktigheten bedömas?	55
6.6.2 Vem ska få vara delaktig?	56
6.6.3 Självbestämmandets gränser	57
6.6.4 Samrådets gränser	58
6.6.5 Hälsonormer	61
6.7 Sammanfattning	62
7 KLAGOMÅLSMÖJLIGHETER	62
7.1 Inledning	62
7.2 Klagomål till vårdgivaren	62
7.2.1 Utredning, förklaring och ursäkt	62
7.2.2 Patientnämnder	63
7.3 Klagomål till IVO	64
7.3.1 IVO:s uppdrag	64
7.3.2 Klagomål	64
7.4 Fler klagovägar?	66
7.4.1 Förvaltningsbesvär?	66
7.4.2 JO och JK?	67
7.5 Hälsokapabilitet och klagomålsmöjligheter	67
4.5.1 Hur bör klagomålsmöjligheterna bedömas?	67
7.5.2 Klagomålsinstans	68
7.5.3 Patientnämndernas roll	69
7.5.4 Ursäkt eller botgörelse?	70
7.6 Sammanfattning	71
8 AVSLUTNING	71
8.1 Sammanfattning av granskningens resultat	71
8.2 Reflektioner	72
8.2.1 Patient kontra kund	72
8.2.2 Juridik kontra medicin	73
8.2.3 Effektivitet kontra tillgång och kvalitet	74
8.3 Slut	75
KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING	76

1 Inledning

1.1 Bakgrund

I denna uppsats ska den svenska patientlagen granskas kritiskt ur ett äldreperspektiv. Ämnesvalet kan motiveras med hjälp av två olika underliggande omständigheter.

För det första: den växande åldrande befolkningen har beskrivits som en av vår tids stora utmaningar, vilket medför nya uppgifter för samhället i allmänhet och hälso- och sjukvården i synnerhet.¹ I en tid då vi måste rusta oss för att ekonomiskt klara av allt fler i pensionsålder måste vi samtidigt säkerställa att vården uppfyller krav på kvalitet och tillgänglighet för äldre. Frågan är särskilt angelägen för sköra äldre, en grupp som inbegriper de äldre som till följd av nedsatt funktion i kroppens fysiologiska system redan har eller kan komma att få ett stort vårdbehov.

För det andra: sedan 2015 finns bestämmelser som riktar sig till patienter samlade i patientlag (2014:821) (PL), som tillkom efter kritik av bristen på patientperspektiv i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det uttalade syftet med lagen var att stärka patientens ställning och göra patienten mer aktiv i vården. I förarbetena till lagen framhävs särskilt respekt för patientens självbestämmande, behov av information och rätt till valfrihet. Vården ska därtill ges på lika villkor för hela befolkningen. PL tillerkänner inte patienter några legala rättigheter, utan är istället konstruerad som en skyldighetslagstiftning där huvudmän, vårdgivare och vårdpersonal åläggs särskilda plikter till förmån för patienter. PL riktar sig till patienter av alla åldrar.

Denna uppsats tar avstamp i dessa två förutsättningar: sköra äldres vårdbehov och patientlagstiftningens allmängiltighet med ett särskilt fokus på betydelsen av patientens personliga aktivitet i sammanhanget. Den första utgångspunkten motiverar att den andra utgångspunkten granskas kritiskt – med tanke på den kommande demografiska utvecklingen framstår det som relevant att rikta strålkastarljuset mot sköra äldres ställning i vården. Jag ställde mig själv frågan om patientlagens utformning har påverkats av det överhängande ”hotet”, och om de rättsliga arrangemangen är anpassade även till sköra patienter. Vilken roll ges den sköra patienten – autonom och aktiv eller behövande och sårbar? I denna uppsats kommer det teoretiska verktyget kapabilitet att användas som övergripande ramverk för att undersöka dessa frågor. Kapabilitet är, kortfattat, ett begrepp som beskriver vilken förmåga den enskilda individen har att uppnå för henne värdefulla tillstånd. I en analys av hälso- och sjukvårdslagstiftningen ur ett äldreperspektiv

¹ Scott, *Äldrerätt*, s. 25

² Sandgren, *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare: ämne, material, metod och argumentation*, s. 50

innebär det att den brännande frågan är i hur stor mån lagstiftningen möjliggör för sköra äldre att uppnå de nivåer av hälsa som de själva strävar efter, eller koncist uttryckt: ha hälsokapabilitet.

1.2 Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna uppsats är att kritiskt granska patientlag (2014:821) (PL) ur ett äldreperspektiv. Granskningen ska utgå från konceptet kapabilitet och patientgruppen sköra äldre. Mer specifikt kan syftet alltså sägas vara att analysera huruvida PL främjar eller försvagar sköra äldres hälsokapabilitet. Att anlägga ett äldreperspektiv innebär alltså i denna kontext att betrakta lagstiftningen utifrån de äldres position. Jag ämnar inte ta ställning till hur den väntade demografiska utvecklingen bäst bemöts eller ge förslag på framtida lagstiftning eftersom det skulle vidga uppsatsens omfattning i allt för hög grad. Uppsatsen får istället förstås som en slags probleminventering som möjligtvis kan ligga till grund för framtida diskussion.

För att uppnå syftet måste jag först och främst beskriva mina teoretiska utgångspunkter och särskilt vad kapabilitet innebär. Därefter ska följande underfrågor besvaras.

Frågeställning 1: vilka centrala värden och principer ligger till grund för patientlagen? Kan värdegrunden problematiseras ur ett äldreperspektiv?

Med ledning av den första frågeställningen ämnar jag undersöka i vilken kontext patientlagen tillkom, hur det har påverkat lagens inriktning och målsättningar, och om dessa utgångspunkter går att kritisera utifrån den sköra äldres patientens position. Genomgången lägger grunden för den fortsatta analysen.

Frågeställning 2: hur är bestämmelserna om tillgång, valfrihet, delaktighet och klagomål konstruerade i patientlagen?

För att kunna säga någonting om sköra äldres hälsokapabilitet i relation till patientlagen krävs att jag kartlägger hur de rättsliga konstruktionerna är utformade i patientlagen. Syftet är att i möjligaste mån utreda bestämmelsernas substantiella innebörder, vilka som omfattas av bestämmelserna och vilka motiveringar de nuvarande utformningarna vilar på.

Frågeställning 3: tillvaratas och skyddas sköra äldres ställning i patientlagen?

Slutligen krävs att jag undersöker relationen mellan fynden från den andra frågeställningen och sköra äldre patienter. Detta ska ske genom att med hjälp av kapabilitetsteorin granska sköra äldres befogenheter gentemot hälso- och sjukvården avseende tillgång, valfrihet, delaktighet och klagomål.

Tillsammans ska dessa tre frågor hjälpa mig att svara på hur PL kan påverka sköra äldres hälsokapabilitet.

1.3 Metod

Denna uppsats kan, vad avser metod, i en mening sammanfattas som rättsanalytisk. Jag ska utveckla detta nedan.

För att kunna uppnå syftet och svara på frågeställningarna räcker det inte med att enbart redogöra för de rättsliga arrangemangen. En sådan redovisning skulle inte säga mycket om hur lagstiftningen relaterar till sköra äldres position i vården eftersom utredande arbeten, ofta genom så kallad rättsdogmatisk metod, typiskt sett inte uppehåller sig vid effekterna av gällande rätt.² Syftet kräver en extern blick på rätten utifrån den äldre människans perspektiv.³ För att kunna dra slutsatser av den typ som syftet kräver måste jag således kunna föra en mer fri argumentation ur olika synvinklar.⁴ Båda metoderna fyller dock varsin funktion i denna uppsats. För att kunna säga någonting om rätten (analysen) måste jag först också försöka återge rätten (föremålet för analysen). I denna uppsats används därför två olika tillvägagångssätt: ett utredande och ett analyserande.

De utredande delarna syftar till att i möjligaste mån klargöra det aktuella rättsläget med hjälp av lagtext, förarbeten och doktrin. Man skulle därför kunna säga att en rättsdogmatisk metod har använts i dessa delar.⁵ Det finns däremot en del invändningar mot begreppet rättsdogmatik, till exempel att det är svårt att definiera vad rättsdogmatik egentligen innebär och att det därför är ett vanskligt begrepp.⁶ Jag ska här inte kommentera den rättsdogmatiska metodens existensberättigande utan nöjer mig istället med att konstatera att begreppet innebär omdiskuterat. För att undvika missförstånd vill jag därför närmre beskriva vad jag faktiskt gör i de utredande delarna. Dessa delar är ägnade att fungera som avstamp för analysen. I

² Sandgren, *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare: ämne, material, metod och argumentation*, s. 50

³ Mattsson och Numhauser-Henning, *Äldrerätt*, s. 18

⁴ Sandgren, *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare: ämne, material, metod och argumentation*, s. 51 f.

⁵ *Ibid.*, s. 45 ff.

⁶ Sandgren, *Är rättsdogmatiken rättsdogmatisk?* s. 649

utredningsavsnitten har lagtext, förarbeten och doktrin använts för att så långt som möjligt fastställa vad de relevanta regleringarna påbjuder och hur de fungerar. Liknande förfaranden brukar beskrivas som att fastställa ”gällande rätt”, men även det kan hävdas vara ett vanskligt begrepp.⁷ Den information som presenteras har givetvis genomgått en urvalsprocess som, trots en ambition om att vara så objektiv som möjligt, inte med säkerhet är immun mot mina egna föreställningar. Man skulle därför kunna hävda att det är en uttolkning, snarare än ett fastställande, av gällande rätt som görs.⁸ Däremot har målet trots allt varit, att så långt som det är möjligt, klarlägga patientlagens olika konstruktioner och förmåner.

För att kunna granska PL kritiskt krävs en friare form av argumentation än vad den rättsdogmatiska metoden tillåter. Därför har den rättsanalytiska metoden, som anlägger en syn på rätten som mer öppen och som möjliggör studier ur en viss infallsvinkel, valts.⁹ Att personliga ingångsvärden präglar rättstolkning och kunskapsinhämtning får större betydelse för de analyserande delarna, eftersom dessa uppfattningar i hög grad har påverkat mitt ämnesval, frågeställningar och val av teori. Därför är det också angeläget att jag synliggör mina utgångspunkter.¹⁰ Min uppfattning är att negativa stereotyper av äldre är ett problem, särskilt med beaktande av den allt större åldrande befolkningen i världen, och att ålder och skörhet principiellt inte bör vara någonting som begränsar möjligheten till vård. Därför har jag valt Amartya Sens kapabilitetsmetod (”capability approach”) och Martha A. Finemans sårbarhetsteori (”vulnerability theory”) som teoretiska glasögon, vilka båda behandlar idéer om autonomi, individers förmåga att fungera och relationen mellan regelverk och handlingsfrihet. Kapabilitetsteorin bidrar med verktyg för att analysera hur patientlagstiftningen, i kombination med och till följd av olika äldreperspektiv, kan skapa eller eliminera faktiska friheter för äldre i vården. Som ett led i detta används sårbarhetsteorin för att problematisera vanliga föreställningar vi har om äldre och hur det påverkar lagstiftningen. Dessa två synvinklar skapar alltså förutsättningar för att kunna betrakta lagstiftningen på ett sätt som inte är möjligt enbart med en traditionell rättsdogmatisk strategi.

Det är de rättsliga konstruktionerna i PL som redogörs för och analyseras. Lagen innehåller en bredd av olika bestämmelser som jag har grupperat i fyra olika kategorier: tillgång, valfrihet, delaktighet och klagomålsmöjligheter. Dessa kategorier kan också representera fyra olika vårdetapper: först måste klargöras om patienten över huvud taget har ”rätt” och tillgång till vård,

⁷ Sandgren, *Är rättsdogmatiken rättsdogmatisk?* s. 650

⁸ Svensson, *De lege interpretata*, JP, 2014, s. 213 f.

⁹ Sandgren, *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare: ämne, material, metod och argumentation*, 51 f.

¹⁰ Svensson, *De lege interpretata*, JP, 2014, s. 214 ff.

därefter måste bedömas var vården ska ske, följt av frågor om hur mycket patienten har att säga till om själv och slutligen måste utredas hur patienten kan gå till väga om hon inte är nöjd med den vård hon fått eller inte fått. Samtliga områden går att djupdyka i men ambitionen är att genom denna uppsats ge en övergripande bild av sköra äldres ställning i patientlagen ur ett kapabilitetsperspektiv.

Jag vill slutligen klargöra ytterligare två utgångspunkter. Jag är medveten om att hälso- och sjukvårdslagstiftningen inte ensamt formar vården. I många fall har med största sannolikhet den interna organisationen och styrningen mer påverkan på den dagliga driften än vad lagstiftningen har. Alla problem som uppstår inom vården löses därför inte heller med hjälp av lagstiftning. Jag är också medveten om att hälso- och sjukvården är en del av ett brett politiskt system där vården ständigt måste vägas mot varandra i det praktiska livet. Med det sagt får denna uppsats läsas som en ansats att främst undersöka den rättsliga sidan av ansvarsfördelningen och hur lagstiftningen kan relatera till vården, men med förbehållet att vården utgör ett komplext system där problem och lösningar kan vara avhängiga många olika faktorer.

1.4 Material

För att undersöka vårdprocessens rättsliga konstruktioner har de utredande delarna fokuserat på lagtext och tillhörande förarbeten. I denna uppsats är utgångspunkten PL, vilken dock hänvisar till patientsäkerhetslag (2010:659) (PSL) och hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL), varför dessa också måste utredas till viss del.

Forskningsprojektet The Norma Reserach Environment vid Lunds Universitet var tidiga med att diskutera äldrerätt i en europeisk och svensk kontext. Därför har framför allt två antologier från projektet använts i de avsnitt som behandlar äldre och äldrerätt. Materialet har använts för att skapa en övergripande bild av äldrerätten som område, vilka frågor som är typiska för äldrerätten och vilka värdekonflikter som kan uppstå när man talar om äldres ställning på olika arenor.

Kapabiliteter är inte direkt observerbara, utan bygger på antaganden och analys.¹¹ Därför kan det i vissa fall finnas anledning att inkludera data om olika utfall i analysen. Visst empiriskt material har därför använts, främst The Commonwealth Fund's 2017 International Health Policy Survey of Older Adults in 11 Countries (IHP-undersökningen).¹² IHP-undersökningen är användbar dels

¹¹ Sen, *Inequality Reexamined*, s. 52

¹² Se The Commonwealth Fund, *2017 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults*, 2017

eftersom svarandena är 65 år eller äldre, dels eftersom den behandlar frågor om vården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) gjorde i anslutning en sammanställning och tolkning av studien vari resultaten återfinns.¹³ I denna uppsats har IHP-undersökningen använts som underlag och incitament för att påvisa att en fördjupande kapabilitetsanalys kan behövas, men några slutsatser om den sköra äldre patientens hälsokapabilitet har inte dragits på basis av empiriskt material. På grund av IHP-undersökningens omfattning har bara utvalda, relevanta delar kunnat hänvisas till.

Uppsatsen behandlar inga rättsfall. Det beror på att de situationer som är föremål för analys (det vill säga bristande efterlevnad av PL:s bestämmelser) som huvudregel inte är överklagbara och således i princip aldrig prövas rättsligt. Innan 2011 kunde Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ålägga enskilda yrkesutövare disciplinpåföljd. På grund av att systemet är borttaget sedan snart 10 år och för att uppsatsen inte ska bli för omfattande har dessa ärenden valts bort. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) prövar visserligen patientklagomål, men de avser som huvudregel inträffade vårdskador och syftar till att förbättra patientsäkerheten. Eftersom denna uppsats fokus är PL, och inte patientsäkerhet och PSL, behandlas inte heller sådana ärenden i framställningen.

I analysdelarna har verk av olika föreläsare för kapabilitetsteorin använts. Amartya Sen har skrivit mycket om ämnet och tenderar att bli väldigt teknisk. Jag anser att sådana mer matematiska metoder inte behövs för att tillämpa teorin i denna kontext. Därför har Sens mer pedagogiska verk *Inequality Reexamined* varit den främsta kunskapskällan. För att kombinera hälsoperspektivet med kapabilitetsteorin har Jennifer Prah Rugers bok *Health and Social Justice* och artikel *Health Capability: Conceptualization and Operationalization* använts. Martha Nussbaums idéer i *Creating Capabilities* har hjälpt att i vissa delar bredda perspektivet ytterligare. Ingrid Robeyns sammanfattande verk *Wellbeing, Freedom and Social Justice* har använts i vissa delar för att kunna säga något om kapabilitetsteorin mer generellt. I de delar som tillämpar sårbarhetsteorin har framför allt artiklar av Martha Albertson Fineman använts som källor.

Vårdanalys genomförde år 2017 i en rapport en omfattande granskning av den nya patientlagens effekter och konstaterade att PL inte har stärkt varken patientens rättsliga eller faktiska ställning.¹⁴ Sammanställningen innehåller statistik och analys. Vårdanalys drar däri vissa liknande slutsatser som jag gör i denna uppsats. Skillnaden mellan rapporten och denna uppsats är att i denna

¹³ Vårdanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre*, 2017

¹⁴ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017

uppsats tillämpas såväl ett äldreperspektiv som en kapabilitetsteori. Vårdanalys mest centrala synpunkter behandlas i analysen.

1.5 Avgränsningar

Hälso- och sjukvården och tillhörande lagstiftning är ett stort område och vissa avgränsningar kommer därför behöva göras. Inledningsvis ska sägas att uppsatsen skrivs utifrån en svensk kontext. Vissa hänvisningar görs till internationella dokument, men eftersom syftet är att analysera den svenska lagstiftningen görs inga komparationer med andra länders system. Inte heller görs någon undersökning av hur förenlig svensk rätt är med EU-rätt.

Patientlagen är uppsatsens fokus. Följaktligen träffas många olika vårdsituationer av analysen. Däremot utelämnas kopplingar till patientskador, socialtjänst, tandvård, privat vård, personuppgifter och journalföring, psykiatrisk vård och vård som ges på äldreboenden från framställningen. Därtill utelämnas även patientgruppen äldre med nedsatt beslutsförmåga. Dessa områden kräver särskilda typer av överväganden som riskerar att bli för extensiva för en uppsats med detta syfte och av denna omfattning.

Eftersom syftet är att analysera patientlagen kommer inte mer ingående redogörelser för HSL och PSL att göras. Dessa lagrum har betydelse för patientens ställning men fullständiga redogörelser skulle grumla uppsatsens ändamål. Patientlagen existerar dock inte i ett rättsligt vakuum och bestämmelser från andra lagar på hälso- och sjukvårdsområdet kommer behöva behandlas för att patientlagens innehåll ska bli förstäligt. HSL och PSL kommer därför att genomgripande hänvisas till i kombination med PL.

1.6 Disposition

Uppsatsens delar bygger på varandra och är ämnade att läsas i kronologisk ordning. I kapitel 3 ges en utredande och introducerande bild av den historiska bakgrunden till PL och de centrala principer och värden som PL vilar på. I slutet av kapitlet följer en analys där sårbarhetsteorin används för att problematisera fynden. Kapitlet behandlar uppsatsens första frågeställning. I kapitel 4-7 behandlas och analyseras bestämmelserna i PL. Analysen är fördelad på fyra olika områden som är tänkta att spegla ett typiskt vårdförlopp. Kapitel 4 handlar om vem som får och kan bli patient och vilka olika ingångar den äldre patienten har till vården. Bestämmelser som reglerar valmöjligheterna i vården behandlas därefter i kapitel 5. När den äldre väl har fått patientstatus uppstår frågan om hur stor rätt till delaktighet som den äldre patienten har i sin egen

vårdprocess, vilket redogörs för i kapitel 6. I kapitel 7 presenteras till sist den äldre patientens möjligheter att framföra klagomål på vården. Kapitel 4-7 innehåller vardera en utredningsdel och en analysdel. Kapabilitetsteorin används för att analysera vad patientlagens utformning innebär för sköra äldres handlingsfrihet i vården. Dessa kapitel besvarar den andra och tredje frågeställningen. Kapitel 8 utgör en sammanfattande diskussion och reflektion.

2 Teoretiska och terminologiska utgångspunkter

2.1 ”Äldre” och äldrerätt

2.1.1 En åldrande befolkning

Till följd av bland annat förbättrade levnadsstandarder och medicinska landvinningar väntar en demografisk utveckling med en större andel äldre i befolkningen.¹⁵ Mellan 2015 och 2050 förväntas till exempel Europas befolkning över pensionsålder växa från 19 % till 28 %.¹⁶ Sverige, som redan har en förhållandevis stor äldre befolkning, följer samma trend men utvecklingen bedöms inte vara lika drastisk: från 19 % till 23 %.¹⁷ Denna kunskap är på intet sätt ny – de allt fler äldre och deras anspråk på vård användes till exempel som en av anledningarna till varför en ny hälso- och sjukvårdslag behövdes i början av 80-talet.¹⁸ Den åldrande befolkningen innebär en rad utmaningar för samhället. Å ena sidan måste vi trygga de äldres välmående – Agenda 2030 uppställer till exempel jämlik tillgång till grundläggande vård och hälsosamma liv för alla åldrar som mål för en hållbar utveckling.¹⁹ Å andra sidan måste vi undvika att de äldre blir en belastning för de arbetsföra.²⁰ Den åldrande befolkningen och de utmaningar den medför spänner över en bredd av områden – såväl ekonomiska som sociala, etiska och juridiska frågor aktualiseras.²¹ Äldrerätt som ett nytt rättsområde har uppstått i kölvattnet av dessa diskussioner och undersöker samspelet mellan rättsliga regler, samhället och äldre.²²

2.1.2 Vem är äldre?

Det kan vara svårt att definiera vem som är en äldre person. Ofta används åldersgränsen för pension, d.v.s. 65 år, som markör. Det innebär att i Sverige är nära 2 miljoner människor äldre.²³ Sådana gränsdragningar kan vara viktiga, eftersom de bestämmer vilka som får ta del av sociala

¹⁵ Mattson och Numhauser-Henning, *Äldrerätt*, s. 15

¹⁶ Scott, *Elder Law*, s. 33

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Prop. 1981/82:97 s. 12

¹⁹ UNDP, 3 – *God hälsa och välbefinnande*, 2015

²⁰ Mattson och Numhauser-Henning, *Äldrerätt*, s. 16

²¹ Se till exempel Thorslund, *Åldrandet och äldreomsorgens utveckling*, SMT, 2010, om att utvecklingen ställer krav på att vi resonerar kring hur mycket ansvar samhället skall ta för de äldres behov

²² Mattson och Numhauser-Henning, *Äldrerätt*, s. 17 f.

²³ SCB, *Befolkning efter ålder och kön, år 1860-2019*, 2020

förmåner, till exempel ålderspension.²⁴ En bestämd markör kan dock vara besvärlig, eftersom det leder till breda generaliseringar. Man kan dessutom tänka sig att det kan framstå som märkligt för den enskilde individen att från en dag till en annan ha blivit ”äldre”. Inom äldrerättsforskning föreslås att begreppet äldre ges en mer dynamisk och kontextuell innebörd.²⁵ Även om det kronologiska åldrandet får betydelse bör det studerade problemet få avgöra var gränsen ska gå.²⁶ I denna uppsats fyller inte en definitiv åldersgräns någon särskild funktion, eftersom ett mer generellt perspektiv anläggs på frågeställningarna. Däremot bidrar förstås en sådan avgränsning med viss tydlighet. Jag vill därför att med begreppet ”äldre” ska i denna uppsats åtminstone förstås personer över pensionsåldern, d.v.s. 65 år gamla, väl medveten om att gränserna kan vara flytande.

2.1.3 Olika perspektiv på åldrande

Det finns många sätt att betrakta äldre på. Äldre kan till exempel ses som kloka, erfarna och värdiga omvårdnad i slutskedet av livet. Ett annat synsätt menar att äldre är behövande och en börda för samhället. Ibland har till exempel, det något alarmerande, uttrycket ”silver-tsunami” använts för att beskriva den våg av åldringar som kommer att belasta välfärden framöver.²⁷ Detta perspektiv kan ta sig uttryck i förutfattade, negativa föreställningar om äldre, som med ett samlingsbegrepp kallas ålderism.²⁸ En konsekvens av ålderism kan vara åldersdiskriminering.²⁹ Som en reaktion på ålderism har motströmningar uppstått som istället förespråkar äldres rätt till ett aktivt³⁰, hälsosamt³¹ och framgångsrikt³² åldrande. Dessa nya perspektiv har fått särskilt genomslag i projektet ”Active Ageing” inom Europeiska Unionen, som syftar till att möta utmaningar med en åldrande befolkning genom att verka för att äldre ska kunna fortsätta delta på olika samhällsliga plattformar, till exempel fortsatt deltagande på arbetsmarknaden.³³

Hur uppnås en bra balans mellan äldres självständighet och statlig intervenering? Titti Mattsson och Ann Numhauser-Henning har framhållit att just denna konflikt, mellan paternalistiska synsätt

²⁴ Mattsson och Numhauser-Henning, *Äldrerätt*, s. 20 f.

²⁵ Numhauser-Henning, *Elder Law*, 2017a, s. 7

²⁶ Mattsson och Numhauser-Henning, *Äldrerätt*, s. 21

²⁷ HARBISON, *New Challenges to Ageing in the Rural North*, s. 184

²⁸ Mattsson och Numhauser-Henning, *Äldrerätt*, s. 21

²⁹ *Ibid.*, s. 22

³⁰ Se till exempel Förenta nationerna, Second World Assembly on Ageing. *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*, 2002, och WHO, *Active Ageing: A Policy Framework*, 2002

³¹ Folkhälsomyndigheten, *Hälsosamt åldrande*, 2019

³² Örebro Universitet, *Successfull Ageing*, 2020

³³ Europeiska unionens råd, *Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012): The Way Forward*, 2012, s. 7

och strävan att erbjuda äldre mer självbestämmande, är karaktäristisk för äldrerätten.³⁴ Rättslig intervention utgår också ofta från negativa generaliseringar om äldre,³⁵ men kan också avse skyddslagstiftning.³⁶ Reglering behövs förstås ibland för att olika system inte ska missbrukas. Kanske kan man också se dikotomin som en fråga om hur vi ska kunna erbjuda äldre autonomi, men också garantera erforderligt skydd. Möjligtvis kan frågeställningen jämföras med den klassiska konflikten mellan rättssäkerhet och effektivitet.

2.1.4 Sköra äldre

Äldre är inte en homogen grupp. Det kan därför vara önskvärt att avgränsa uppsatsens fokus ytterligare. Det kan man göra med hjälp av begreppet skörhet. När man tidigare har pratat om äldre med ett stort vårdbehov har man använt begrepp som ”multisjuk” och ”mest sjuka äldre”.³⁷ De tycks dock främst omfatta de som redan är sjuka och riskerar att utesluta de äldre som inte ännu har, men som snart kan komma att ha, ett omfattande vårdbehov. Därför har ordet ”skörhet”, från engelskans ”frailty”, föreslagits som ett alternativt begrepp.³⁸ Skörhet avser en åldersrelaterad försämring i multipla fysiologiska system som kan leda till sjukdomar och funktionsnedsättningar längre fram.³⁹ Det som avses är alltså en mångfald av olika sorters nedsättningar i rörlighet, fysisk aktivitet, muskelstyrka, näringsintag, balans och uthållighet, samt viktförändringar och trötthet.⁴⁰ Med hjälp av skörhetsbegreppet kan man t.ex. utveckla screenings för att upptäcka de äldre som befinner sig i riskzonen för att utveckla svårare sjukdomar framöver.⁴¹

Skörhet kan alltså på sätt och vis beskriva den stagnation i aktivitet som drabbar de allra flesta när de blir äldre, men som kan se olika ut och ha olika svårighetsgrader. Syftet med patientlagen är att stärka patientens ställning. Med hänsyn till de fysiska och kognitiva hinder som åldersrelaterade åkommor kan medföra, blir de sköra äldre därför en särskilt intressant grupp att studera. Till skillnad från den äldre som är pigg och mår bra befinner sig den äldre sköra redan i utgångsläget i en sämre position. Patientlagens patientstärkande ambitioner kan ses i ljuset av denna problematik – stärker patientlagen även den äldre sköras ställning? Skörhet som begrepp, med sin

³⁴ Mattsson och Numhauser-Henning, *Äldrerätt*, s. 22

³⁵ Mattsson, Numhauser-Henning, Ryrstedt och Rönmar, *Festskrift till Christina Moëll*, s. 223

³⁶ Mattsson och Numhauser-Henning, *Äldrerätt*, s. 22

³⁷ Wilhelmson m.fl., Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg, *Läkartidningen*, 2012, s. 826

³⁸ Ibid.

³⁹ Ferrucci m.fl., Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons: A Consensus Report, *Journal of the American Geriatrics Society*, 2004, s. 626

⁴⁰ Ibid., s. 628

⁴¹ Wilhelmson m.fl., Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg, *Läkartidningen*, 2012, s. 826

förmåga att omfatta äldre som är, och kan komma att bli, beroende av vården kan alltså fungera bra som avgränsare för att utesluta äldre kapabla och kompetenta från analysen. Denna uppsats fokuserar således på sköra äldre.

2.2 Sårbarhetsteori

Martha Albertson Fineman är en amerikansk jurist som genom att formulera sårbarhetsteorin har utmanat bilden av den autonoma individen. Den som hävdar att alla individer är autonoma, ska vara fria att göra egna val och sköta sig själva har nämligen också möjlighet att backa ur och slippa ta ansvar, menar Fineman.⁴² Bilden av den autonoma individen har kommit att missbrukas när det istället för att främja individuellt självbestämmande ger ett alibi för stater att inte åläggas ansvar, enligt Fineman.⁴³ Vi bör istället förlika oss med tanken att vi alla är, eller åtminstone någon gång kommer att bli, sårbara på ett eller annat sätt. Sårbarheten är inneboende hos alla människor och kommer till uttryck i olika behov eller beroenden, till exempel när vi blir äldre eller sjuka.⁴⁴ Här bör en distinktion dras mellan begreppen skörhet, som behandlades i avsnitt 2.1.4 och sårbarhet. Det förra avser nedsättningar av fysisk funktion, medan det senare kan ses som ett mer universellt begrepp som beskriver det inneboende beroende som alla människor förr eller senare upplever. Skörhet är således ett exempel på hur sårbarhet kan ta sig uttryck.

Teorin behandlar frågor om frihet och staters ansvar och kan användas i analys av såväl juridik som politik. Teorin kan appliceras när frågor om självbestämmande och autonomi aktualiseras, varför perspektivet blir särskilt lämpligt för dels äldrerätten, men också hälso- och sjukvården där just rätten till självbestämmande och delaktighet är två centrala pelare. Sårbarhetsteorin kommer att användas i denna uppsats för att problematisera de värden och principer som patientlagstiftningen vilar på.

2.3 Kapabilitetsteori

2.3.1 Vad kan människor vara och göra?

Den indiske nationalekonomen och nobelpristagaren Amartya Sen bygger kapabilitetsteorin på en grundläggande kritik av utilitaristiska och rawlsianska perspektiv på rättvisa, välbefinnande och jämlikhet. Sen menar att utilitarism, som förespråkar en maximering av det goda, exempelvis lycka, lägger för stor vikt vid utfall istället för faktiska friheter och tar inte hänsyn till faktorer som

⁴² Fineman, *The Vulnerable Subject*, *Emory Law Journal*, 2010, s. 258

⁴³ *Ibid.*, s. 251 f.

⁴⁴ *Ibid.*, s. 266 ff.

inte speglas i måttet på lycka.⁴⁵ Rawls idé om att jämlikhet ska bedömas utifrån primära sociala nyttigheter, till exempel rättigheter och inkomst, bortser från individuella möjligheter att tillgodogöra sig nyttigheten, enligt Sen.⁴⁶

Istället föreslår Sen en metod för att bedöma välbefinnande och jämlikhet som utgår från två centrala begrepp: ”functionings” och ”capabilities”. Det finns mig veterligen inga vedertagna svenska översättningar av Sens begrepp. Jag har därför valt att använda de direktöversatta begreppen ”funktioner” respektive ”kapabiliteter”. Funktioner avser olika tillstånd hos en människa, eller mer specifikt de olika saker som en människa kan göra eller vara.⁴⁷ Ett exempel på basala funktioner är att ha tillräckligt att äta. Men funktioner kan också avse mer avancerade tillstånd – Sen exemplifierar det med att uppnå självrespekt eller att tillhöra ett socialt sammanhang.⁴⁸ Kapabiliteter avser i sin tur vilka olika funktioner som en person kan uppnå och vilka olika valmöjligheter personen har att skapa sig kombinationer av funktioner.⁴⁹ Funktioner är således realisationen av en eller flera kapabiliteter.⁵⁰ Kapabilitetsteorin förespråkar därför att välbefinnande mäts i termer av vilka sorts kapabiliteter det finns för människor att uppnå de funktioner som de själva värderar högt.⁵¹ Bedömningen kräver därmed att fler faktorer än bara till exempel inkomst beaktas. Sen exemplifierar detta med att göra en jämförelse av välbefinnande mellan en person med en funktionsnedsättning och en person som inte har det. Trots att de båda personerna har lika stor inkomst kan personen med funktionsnedsättningen ha svårt att omsätta pengar till för honom eller henne värdefulla tillstånd.⁵²

Kapabilitetsteorin har utvecklats av bland annat Jennifer Prah Ruger, amerikansk professor i medicinsk etik och hälsopolitik, och Ingrid Robeyns, belgisk-nederländsk professor i praktisk filosofi. Martha Nussbaum, amerikansk filosof och professor i rättsetik, har dock vidtagit den mest framstående bearbetningen och behandlat teorin i flera olika verk. Det finns några skillnader mellan Sen och Nussbaums teorier. En sådan skillnad är att Sen utgår från individens frihet, medan Nussbaum baserar sina resonemang på respekt för ett värdigt liv för varje individ. Fokus på värdighet leder till att regelverk värnar om människors självbestämmande istället för att

⁴⁵ Sen, *Inequality Reexamined*, s. 6 f.

⁴⁶ *Ibid.*, s. 27

⁴⁷ *Ibid.*, s. 39

⁴⁸ *Ibid.*, s. 39

⁴⁹ *Ibid.*, s. 40

⁵⁰ Nussbaum, *Creating Capabilities*, s. 24 f.

⁵¹ Sen, *Inequality Reexamined*, s. 39 ff.

⁵² *Ibid.*, s. 28 f.

behandla människor som passiva mottagare av förmåner, enligt Nussbaum.⁵³ I denna uppsats kommer dessa fyra ansatser att användas, men framför allt Sens och Rugers.

2.3.2 Kapabilitetsteorins användningsområde

Kapabilitetsteorin kan appliceras på olika situationer eller problemområden.⁵⁴ Ofta används teorin för att diskutera mänsklig utveckling – så gör exempelvis Förenta nationernas utvecklingsprogram (UNDP) som bland annat sedan 1990 har publicerat rapporter som anlägger ett bredare perspektiv på mänskligt välbefinnande, där inte bara inkomst används som mätverktyg.⁵⁵ Även Världshälsoorganisationens (WHO) rapport ”World Report on Ageing and Health” är tydligt influerat av kapabilitetsteorin, i det att målsättningen hälsosamt åldrande beskrivs som förmågan att uppnå sådan hälsa som möjliggör för den äldre att vara och göra vad den önskar.⁵⁶ Begreppet kan även användas för att analysera smalare områden eller specifika situationer. Ruger menar till exempel att i en hälsokontext kan kapabilitetsteorin användas för att utvärdera såväl utvecklingsländer som industriländer.⁵⁷ Nussbaum pekar på kapabilitetsteorins möjlighet att påverka och styra politik och regelverk.⁵⁸

2.3.3 Kapabilitet, hälsa och hälsokapabilitet

Sen har inte listat vilka sorts funktioner och kapabiliteter som är mest värdefulla för människors välbefinnande eftersom han menar att det vore kontraproduktivt. Tanken med kapabilitetsteorin är att låta de tillstånd som människorna själva värderar högt läggas som målsättningar, varför det inte blir relevant att utforma en lista helt på basis av teori utan allmänhetens inblandning.⁵⁹ En sådan lista har dock skapats av Martha Nussbaum. Listan utgår från mänsklig värdighet och består av tio kapabiliteter som varje stat bör tillförsäkra sin befolkning på åtminstone en miniminivå,⁶⁰ vilka utgör grundförutsättningar för ett värdigt, mänskligt liv.⁶¹ Listan inkluderar bland annat liv, känslor och kroppslig integritet.⁶²

⁵³ Nussbaum, *Creating Capabilities*, s. 30

⁵⁴ I en svensk kontext finns forskningscentrumet AgeCap vid Göteborgs Universitet som bedriver forskning, med utgångspunkt i kapabilitetsteorin, om äldre och äldres rätt till ett gott och värdefullt liv, se AgeCap – Centrum för åldrande och hälsa. <https://agecap.gu.se/>

⁵⁵ UNDP, *About Human Development*,

⁵⁶ WHO, *World Report on Ageing and Health*, 2015, s. 28

⁵⁷ Ruger, *Health and Social Justice*, s. 111

⁵⁸ Nussbaum, *Creating Capabilities*, s. 19

⁵⁹ Sen, *Capabilities, lists and public reason: continuing the conversation*, *Feminist Economics*, 2004, s. 77 f.

⁶⁰ Nussbaum, *Creating Capabilities*, s. 32 f.

⁶¹ *Ibid.*, s. 32

⁶² *Ibid.*, s. 33

Denna uppsats syftar inte till att undersöka välbefinnande som en helhet. Det finns många olika kapabiliteter som påverkar livskvaliteten. Jag rangordnar inte dessa sinsemellan utan väljer enbart att titta närmare på en av många möjliga faktorer som är viktig för välbefinnande, nämligen hälsa. Sen anger själv att god hälsa är en typisk, fundamental funktion, som av självklara skäl värderas högt av många.⁶³ God hälsa möjliggör för oss att göra andra saker och det kan därmed, enligt Sen, ”förhöja friheten”.⁶⁴ Även Nussbaum inkluderar fysisk hälsa som nödvändigt för ett värdigt liv.⁶⁵

Begreppet hälsa är dock brett och svårdefinierat – WHO konstaterar till exempel att: ”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.⁶⁶ Det finns därtill i litteraturen många olika ansatser att definiera hälsa, där vissa förslag är relativt smala, medan andra nästintill likställer hälsa med välbefinnande och livskvalitet.⁶⁷ Det finns också många olika faktorer och politikområden som kan påverka hälsa, till exempel utbildning och miljöskydd.⁶⁸ För att operationalisera kapabiliteten hälsa har Jennifer Prah Ruger föreslagit att bedömningen måste inkludera det faktum att människor inte bara vill ha god hälsa, utan också förutsättningar att faktiskt arbeta mot god hälsa.⁶⁹ För att konkretisera uppsatsens fokus har jag därför valt att använda Rugers begrepp ”health capability” (hälsokapabilitet)⁷⁰ som utgångspunkt. Hälsokapabilitet avser vägen från hälsoresurser till olika hälsoutfall, och särskilt utrymmet för individen att göra egna val.⁷¹ En person som exempelvis inte har tillgång till information om sin egen sjukdom har svårt att göra val och vidta åtgärder som kan förbättra sitt tillstånd. Hon har således försämrade hälsokapabilitet. Även en person som undviker att söka vård på grund av vissa sociala eller kulturella föreställningar om vilka anspråk olika grupper har på vård har försämrade hälsokapabilitet. Den som däremot är påläst, kan göra sina synpunkter hörda och får gehör i vården har god hälsokapabilitet. För sköra äldre kan man dessutom tänka sig att hälsokapabilitet blir särskilt viktig – ju större risk för sjukdomar, desto mer angeläget med verktyg som kan möjliggöra bibehållandet av hälsa. Hälsokapabilitet är alltså inte samma sak som hälsa i sig.

Rugers begrepp kan användas för att undersöka hur olika resurser eller konstruktioner främjar eller begränsar individers möjligheter att styra över sin egen hälsa och uppnå för dem värdefulla

⁶³ Sen, *The Quality of Life*, s. 31

⁶⁴ Sen, *Health and Social Justice*, s. viii, min översättning

⁶⁵ Nussbaum, *Creating Capabilities*, s. 33

⁶⁶ WHO, Preamble, *Constitution of The World Health Organization*, 1946

⁶⁷ Ruger, *Health and Social Justice*, s. 83 ff.

⁶⁸ Ibid., s. 99

⁶⁹ Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 42

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid.

hälsomål.⁷² Vårdens funktion kan bedömas i ljuset av hur väl det säkerställer individers hälsokapabilitet.⁷³ Ytterligare en precisering i uppsatsen består därför i att det är de rättsliga konstruktionerna för tillgång till vård, valfrihet, delaktighet och klagomålsmöjligheter som ska mätas mot hälsokapabilitet. Ruger har på basis av begreppet utvecklat en modell med 49 punkter för att bedöma hälsokapabilitet hos individer.⁷⁴ Modellen består av en lista på interna och externa faktorer som kan påverka hälsokapabiliteten. Uppsatsens analysavsnitt kommer att återknyta till Rugers modell, även om inte samtliga punkter kommer kunna behandlas.

När är ett system rättvist och jämlikt enligt kapabilitetsteorin? Ruger har framhållit att hälsokapabilitet bör bedömas i termer av ”shortfall equality”.⁷⁵ Det avser en jämförelse mellan det faktiska hälsoutfallet och det optimala hälsoutfallet. Idén kan enligt Ruger likställas med Aristoteles uppfattning om att staten är skyldig att tillförsäkra att individer frodas i överensstämmelse med sin givna potential.⁷⁶ Poängen är inte att garantera samma nivå av hälsa till alla, utan utmaningen består i att fastställa det maximala, potentiella hälsoutfallet och mäta gapet mellan faktiskt och potentiellt hälsoutfall.⁷⁷ Jag menar att konceptet belyser själva kärnan i begreppet hälsokapabilitet – hälso- och sjukvårdssystemet kommer aldrig att kunna garantera alla människor samma nivå av hälsa, däremot bör systemet sträva efter en jämlikhet i möjligheter för individer att realisera sitt optimala hälsoutfall, det vill säga ha hälsokapabilitet.

3 Värden och principer i patientlagen

3.1 Inledning

I denna del ska den historiska bakgrunden till patientlag och lagstiftarens utgångspunkter i arbetet med PL redovisas på ett övergripande sätt. Avsikten är att läsaren med hjälp av denna information lättare ska kunna förstå i vilken kontext PL tillkom och hur det kan ha påverkat utformningen av lagen. Delen avslutas med ett analysavsnitt där sårbarhetsteorin tillämpas för att problematisera värdegrunden och utgångspunkterna ur ett äldreperspektiv.

⁷² Ruger, *Health Capability: Conceptualization and Operationalization*, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 43

⁷³ Ruger, *Health and Social Justice*, s. 140

⁷⁴ Ruger, *Health Capability: Conceptualization and Operationalization*, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 45 f.

⁷⁵ Ruger, *Health and Social Justice*, s. 89 ff.

⁷⁶ *Ibid.*, s. 92

⁷⁷ *Ibid.*, s. 92.

3.2 Den svenska hälso- och sjukvården

3.2.1 Lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet

Lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet består av ett lapptäcke av lagar och förordningar som därtill kompletteras av Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter. I denna uppsats är hälso- och sjukvårdslagen (HSL), patientsäkerhetslagen (PSL) och framför allt PL, centrala lagrum. HSL riktar sig till den som bedriver hälso- och sjukvård och anger generella målsättningar för vården och reglerar hur vården ska organiseras. Även PSL riktar sig till den som bedriver hälso- och sjukvård och får kanske främst betydelse för vårdgivaren eller vårdpersonalen. PSL anger riktlinjer för hur vården ska uppfylla krav på patientsäkerhet, vilket avser förmågan att förhindra vårdskador, 1 kap. 6 § PSL. PSL definierar också Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) uppdrag och befogenheter. I PL regleras hälso- och sjukvårdens skyldigheter gentemot patienterna. PL tillkom 2015 och i förarbetena framhålls att syftet med den nya lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning, samtidigt som man vill främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.⁷⁸ Det bör anmärkas att många av bestämmelserna i PL återfinns i HSL och PSL. Systemet med många dubbelregleringar kritiserades av lagrådet, men en sådan konstruktion valdes likväl med hänsyn främst till att bestämmelsernas grundläggande karaktär motiverade att bestämmelserna förekom på mer än ett ställe.⁷⁹

3.2.2 Struktur och grundläggande begrepp

Staten styr hälso- och sjukvården genom lagstiftning och andra normerande verktyg. Det åligger varje region,⁸⁰ och ibland kommun, (i detta sammanhang kallat huvudman) att organisera och erbjuda, som utgångspunkt, sina invånare en god hälso- och sjukvård, 7-8 kap. och 11-12 kap. HSL. I begreppet hälso- och sjukvård ingår åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna, 2 kap. 1 § HSL. Hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs av vårdgivare, vilket kan vara en myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare, 2 kap. 3 § HSL. Vårdgivare är alltså inte samma sak som behandlande läkare eller personal. Vården är uppdelad på olika instanser: primärvård, länssjukvård, regionsjukvård och nationell högspecialiserad vård, 2 kap. 6-7 §§ HSL.⁸¹ Instanserna skiljs åt beroende på kompetens. Ytterligare ett viktigt begrepp är öppen vård, vilket är allt det som inte utgörs av sluten vård, vilket i sin tur är vård som innebär intagning

⁷⁸ Prop. 2013/14:106 s. 1

⁷⁹ Ibid., s. 43 ff.

⁸⁰ Sedan januari 2020 är begreppet landsting ersatt av begreppet region, se prop. 2018/19:162

⁸¹ Vetenskapsrådet, *Det svenska sjukvårdssystemet*, 2020

vid en vårdinrättning 2 kap. 4-5 §§ HSL. Vårdcentraler bedriver till exempel primärvård, som är öppen.

3.3 Historisk bakgrund

3.3.1 Läkaren vet bäst?

Landstingens skyldighet att erbjuda vård (då enbart vård på anstalt) lagfästes första gången i 1928 års sjukvårdslag.⁸² Den dominerande synen på relationen mellan vården och patienten var dock länge att patienten skulle lyssna på läkaren, eftersom läkaren var bäst lämpad att avgöra vilka behov patienten hade.⁸³ I Kungl. Maj:ts sjukhusstadga den 20 december 1940 (nr 1045) kan man möjligtvis finna bestämmelser som skulle kunna betraktas som föregångare till dagens mer patientfokuserade lagstiftning. Där sägs till exempel att lasarettläkaren skall bemöta patienten med vänlighet och människokärlek, 1 kap. 23 § 1 st. 7 p. Vårdpersonalen skall på samma sätt fullgöra sina uppgifter på ett kärleksfullt sätt, 1 kap. 23 § 1 st. 7 p. Patientperspektivet lös dock med sin frånvaro i lagstiftningen och systemet tycks ha haft en närmast paternalistisk prägel.

1959 tillkom sjukhuslagen (1959:112) som inte heller innehöll några bestämmelser som uteslutande riktade sig till patienten. Lagen inbegrep dessutom enbart sluten vård. Öppen vård omfattades således inte av landstingens vårdskyldighet och tillhandahölls istället av till exempel den enskilda sjukhusläkaren som kunde använda sjukhusens lokaler, personal och utrustning för ändamålet, ibland mot ersättning till sjukhusen⁸⁴, eller på landsbygden av staten utsända provinsialläkare⁸⁵.

1959 års sjukhuslag ersattes sedermera av sjukvårdslagen (1962:242) och Kungl. Maj:ts Sjukvårdsstadga den 29 mars 1963 och lagstiftningen kom därmed att även omfatta öppen vård.⁸⁶ Lagrummen innehöll vissa skyldigheter för vårdgivarna men innehöll inga uttryckliga bestämmelser om patientens ställning. Det sades endast att läkaren skulle möta patienten med vänlighet, 1963 års sjukvårdsstadga 27 § 1 mom. 2 p. Vissa försök gjordes därefter för att förbättra patientens ställning. Till exempel ålades 1981 sjukvårdshuvudmännen en skyldighet att inrätta s.k. förtroendenämnder, som skulle ombesörja patienternas rättigheter och fungera som ett stöd för patienter.⁸⁷ Förtroendenämnderna kan ses som en föregångare till dagens

⁸² Rahm, *Sjukvårdslagen, sjukvårdsstadgan*, s. 20

⁸³ Johnsson, *Patientlagen: en kommentar*, s. 18

⁸⁴ Rahm, *Sjukvårdslagen, sjukvårdsstadgan*, s. 31

⁸⁵ *Ibid.*, s. 36

⁸⁶ Prop. 1981/82:97 s. 9

⁸⁷ Prop. 1981/82:97 s. 47

patientnämnder. Förtroendenämnderna kunde dock inte, i likhet med dagens patientnämnder, utöva disciplinär påtryckning på vårdgivarna.⁸⁸

3.3.2 Ett gryende patientperspektiv

Till följd av bättre levnadsstandard och högre utbildningsnivåer kom den allmänna debatten att allt mer handla om patienternas ökade krav på vården och behovet av mer förebyggande, inte bara behandlande, åtgärder.⁸⁹ Samtidigt uppmärksammade man ett trängre ekonomiskt läge och behovet av en samlad grundsyn på i vilken riktning hälso- och sjukvården skulle bedrivas.⁹⁰ Man ansåg det därför nödvändigt i början på 1980-talet att förtydliga patientens ställning och hälso- och sjukvårdens mål i lag. Resultatet blev en ny hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Lagen utformades som en målinriktad ramlag.⁹¹ I propositionen framhålls att patientens ställning skall stärkas genom att betona att vård och behandling skall ske i nära samråd med patienten och att patienten skall ha insyn i sitt eget ärende.⁹² Ytterligare en nyhet i den nya lagen var att huvudmännen för hälso- och sjukvården ålades ett mer generellt ansvar att främja befolkningens hälsa. Genom att till exempel bistå med mer information om goda levnadsvanor tänkte man att hälso- och sjukvården skulle kunna bidra till att människor tog ett större ansvar för sin egen hälsa och på så sätt förebyggde sjukdomar och skador.⁹³ I början av 1980-talet infördes även bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet som fastslog vårdgivarens och personalens skyldighet att informera patienten om sitt hälsotillstånd och eventuella behandlingar.⁹⁴ Här syns alltså ett tydligt trendbrott. Patientstärkande åtgärder hade visserligen i viss mån företagits innan tillkomsten av HSL, men den nya lagen verkade trots allt markera en riktning där patientens roll fick en större betydelse än tidigare. Man betonar till exempel att vården skall se till den enskildes självbestämmande och integritet.⁹⁵ Man pratar också om allt mer informerade och upplysta patienter och genom att införa tydligare direktiv om patientens medverkan och insyn i den egna vårdprocessen verkar man i någon mån vilja kunna möta dessa nya krav och förväntningar. Att ålägga hälso- och sjukvården ett mer folkbildande ansvar talar också för att man ser patienten som medveten om sin egen situation och förmögen att förebygga framtida ohälsa. I lagen fastslogs även generella målsättningar om att vården måste utgå från patientens samlade behov

⁸⁸ Prop. 1981/82:97 s. 47

⁸⁹ Ibid., s. 12

⁹⁰ Ibid., s. 26

⁹¹ Ibid., s. 1

⁹² Ibid., s. 48

⁹³ Ibid., s. 1, 49 f.

⁹⁴ Johnsson, *Patient säkerhetslagen och patientens rättigheter*, s. 75 ff.

⁹⁵ Prop. 1981/82:97 s. 58

och att alla skall ha rätt till god vård på lika villkor.⁹⁶ Dessa bestämmelser står sig än idag och återfinns i dagens HSL i 3 kap. 1-2 §§.

Några remissinstanser kritiserade dock HSL:s utformning som ramlag för att vara för vag. De menade att huvudmännen och vårdgivarnas skyldigheter inte var tillräckligt preciserade för att kunna utnyttjas i praktiken.⁹⁷ Regeringen framhöll dock att skyldighetsstadganden för vårdgivare- och personal, i kombination med det dåvarande systemet med förtroendenämnderna, Socialstyrelsens tillsyn och möjligheten att anmäla fel och försummelse till HSAN, i tillräcklig grad tillvaratog patientens intressen.⁹⁸

3.3.3 Från åskådare till aktiv deltagare

Trots intentionen att öka patientperspektivet i lagstiftningen riktade, och riktar, sig trots allt HSL framför allt till huvudmännen och vårdgivarna, vilket var en del av kritiken som föranledde arbetet med en ny patientlag 2013. Sedan införandet av 1982 års HSL hade flera ytterligare patientstärkande åtgärder vidtagits, såsom rätten för vissa svårt sjuka patienter att begära en s.k. second opinion (också då kallad förnyad medicinsk bedömning).⁹⁹ Trots sådana insatser ansågs patientens ställning vara svag. Vårdanalys menade till exempel att patienter inte delgavs tillräckligt med information om den egna vårdprocessen och att de inte fick en särskilt aktiv roll i möten med vården.¹⁰⁰ Patientmaktsutredningen delade Vårdanalys uppfattning och anförde att en samlad patientlag var angelägen, eftersom patienten hade blivit ”ett objekt med en diagnos utan koppling till person eller situation”.¹⁰¹ Man menade att patienten var en ”åskådare” i vårdprocessen.¹⁰²

Vad beror viljan att stärka patientens ställning på? En förklaring kan vara ett generellt fokusskifte i hur vi betraktar relationen mellan staten och medborgare. En mer hierarkisk syn har under 1900-talet fått ge vika för ett mer demokratiskt system och skapat en ökad vilja hos medborgare att vara delaktiga i de olika processer som berör dem.¹⁰³ En annan förklaring kan ligga i vilka förväntningar patienter har på vården, vilket kan hänga ihop med vad man anser sig ha rätt till i

⁹⁶ Prop. 1981/82:97 s. 26 ff.

⁹⁷ Ibid., s. 49

⁹⁸ Ibid., s. 53 f. Idag har dessa omständigheter förändrats på följande sätt: förtroendenämnder heter istället patientnämnder, tillsyn och klagomål hanteras av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och varken IVO eller HSAN prövar ansvar för enskilda personer i hälso- och sjukvårdspersonalen.

⁹⁹ Prop. 2013/14:106 s. 32 ff.

¹⁰⁰ Vårdanalys, *Vården ur patienternas perspektiv*, 2014, s. 9 ff.

¹⁰¹ Prop. 2013/14:106 s. 37

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ Rönnberg, *Hälso- och sjukvårdsrätt*, s. 31

utbyte mot skatt. Man kan tänka sig att vården förr likställdes med välgörenhet – patienten fick vända sig till den gode doktorn som bistod med sin kunskap och resurser. Samtidigt präglades förstås vården av ett närmast paternalistiskt förfarande. Om patienten inte var nöjd med den vård som läkaren erbjöd fanns det inte heller något som patienten kunde säga till om. Idag kan man istället skönja ett perspektiv hos patienter där vården snarare likställs med en kommersiell aktör och att krav på viss nivå av service ställs därefter.¹⁰⁴ Det kan sättas i kontrast till äldre generationers patienter som inte i lika hög utsträckning kände sig bekväma med att ställa krav på vården.¹⁰⁵ Lars-Åke Johnsson har beskrivit förändringen som att patienten gått från ”passiv och tacksam” till en ”krävande konsument”.¹⁰⁶

3.4 Vård som rättighet?

Vård är inte att betrakta som en rättighet i det svenska systemet och det går inte att erhålla en rättslig överprövning av vårdbeslut. Systemet skiljer sig från exempelvis Norge, där patientlagstiftningen innehåller ett antal legala rättigheter till förmån för patienten.¹⁰⁷ Den svenska ordningen bygger på de statliga utredningar som i slutet av 90-talet företogs på hälso- och sjukvårdsområdet, däribland Prioriteringsutredningen som 1995 behandlade frågor om finansiering och prioritering inom hälso- och sjukvården och HSU 2000-utredningen som 1997 gjorde en översyn av lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet.¹⁰⁸ Båda utredningar tog också ställning till frågan om vård borde vara en utkrävbar rättighet i domstol, vilket hade föranlett diskussioner under en längre tid. Utredningarna förde i huvudsak fram fyra argument mot vård som rättighet. Det första argumentet handlar om svårigheter med att precisera rättigheternas innehåll.¹⁰⁹ HSU 2000-utredningen menade att definitionsproblematiken är särskilt svår eftersom sjukvården i stor del omfattar medicinska bedömningar som hela tiden måste stämmas av med en snabb medicinsk-teknisk utveckling.¹¹⁰ Det andra argumentet handlade om tidsaspekten.¹¹¹ HSU 2000-utredningen menade att en domstolsprövning skulle vara av liten nytta, eftersom ”vinsten” (en viss vårdinsats) i många fall inte längre skulle vara aktuell efter en längre tid med handläggning och process.¹¹² Man sade här också att ett skadestånd visserligen skulle kunna vara en möjlig sanktion, men att det ju inte leder till att den omtvistade vårdinsatsen

¹⁰⁴ Rönnberg, *Hälso- och sjukvårdsrätt*, s. 31 f.

¹⁰⁵ SOU 1999:66 s. 67

¹⁰⁶ Johnsson, *Patientssäkerhetslagen och patientens rättigheter*, s. 23

¹⁰⁷ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 144

¹⁰⁸ SOU 1995:5; SOU 1997:154

¹⁰⁹ SOU 1995:5 s. 191; SOU 1997:154 s. 118 f.

¹¹⁰ SOU 1997:154 s. 119

¹¹¹ *Ibid.*, s. 119 f.

¹¹² *Ibid.*, s. 119 f.

realiseras.¹¹³ Utredningarna framförde ett tredje argument, att den som skall döma i denna typ av frågor behöver ha såväl juridisk som medicinsk kompetens.¹¹⁴ Systemet skulle därmed bidra till ökade administrativa kostnader för såväl domstolsväsende som sjukvård.¹¹⁵ HSU 2000-utredningen hänvisade även till det kommunala självstyret¹¹⁶ som ett fjärde argument mot vård som utkrävbar rättighet – en rättighetslagstiftning skulle inskränka kommuner och landstings möjligheter att fatta demokratiska beslut om hälso- och sjukvårdens prioriteringar och resurser.¹¹⁷

Diskussionerna handlade främst om en generell rätt till vård, men Prioriteringsutredningen laborerade även med alternativa utformningar. Man menade att vård som rättighet skulle kunna gälla särskilt utvalda prioriteringsgrupper eller vara generell för diagnostik och bedömning men restriktiv för behandling och omvårdnad. Det skulle också kunna innebära en obligatorisk rätt till en second opinion, eller ange särskilda tidsgränser för olika åtgärder. Prioriteringsutredningen landade dock i att nackdelarna med en rättighetslagstiftning vägde över fördelarna, även när det gällde en begränsad rättighetslagstiftning.¹¹⁸

Ytterligare en statlig utredning, Ansvarskommittén, behandlade frågan i mitten av 2000-talet. I sitt slutbetänkande avseende samhällsorganisationens struktur bidrog man med en något mer positiv inställning. Man lyfte möjligheten att vidga rättighetsbegreppet och låta införa fler klagomålsmöjligheter, sanktioner och garantier. Man menade att det skulle stärka patientens position utan att belasta domstolarna.¹¹⁹

Frågan behandlades inte på nytt i och med Patientmaktsutredningens arbete med patientlagen 2013. Direktivet till Patientmaktsutredningen föreskrev att överväganden om en rättighetslagstiftning inte omfattades av uppdraget.¹²⁰ Utredningen lämnade trots allt en kort redogörelse som i allt väsentligt hänvisade till de argument som redogjorts för ovan.¹²¹ Dagens patientlagstiftning är således inte en rättighetslagstiftning och det går inte att utkräva vård eller överklaga ett vårdbeslut till domstol.

¹¹³ SOU 1997:154 s. 119 f.

¹¹⁴ SOU 1995:5 s. 191; SOU 1997:154 s. 119

¹¹⁵ SOU 1995:5 s. 191

¹¹⁶ Se 14 kap. 2 § Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform och 1 kap. 2 § Kommunallag (2017:725)

¹¹⁷ SOU 1997:154 s. 120

¹¹⁸ SOU 1995:5 s. 191

¹¹⁹ SOU 2007:10 s. 144

¹²⁰ SOU 2013:2 s. 20

¹²¹ Ibid., s. 159

3.5 Utgångspunkter i patientlagen

3.5.1 Inledning

Inför PL:s tillkomst 2015 befäste Patientmaktsutredningen några centrala utgångspunkter som skulle vara ledande i arbetet med att utforma den nya lagen, vilka också fastslogs i propositionen.¹²² Nedan skall de övergripande kvalitetskraven och de tre utgångspunkterna redogöras för.

3.5.2 Vårdkvalitet

Patientlagstiftningen innehåller flera överlappande bestämmelser om hur vårdens kvalitet skall säkras. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är att erbjuda befolkningen god hälsa och god vård på lika villkor, som också respekterar alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet, 3 kap. 1 § HSL och 1 kap. 6 § PL. Vidare skall vården förebygga ohälsa, 3 kap. 1 § HSL. Den vård som ges skall enligt PL och PSL vara av god kvalitet, sakkunnig, omsorgsfull och stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, 1 kap. 7 § respektive 6 kap. 1 §. Med vetenskap och beprövad erfarenhet skall förstås som att varje yrkesutövare måste se till de gångbara kunskaper som ges inom ramen för utbildningen och som kan härledas från praktiska erfarenheter.¹²³ Det måste innebära att kravet kan variera beroende på situation, person, område och tidpunkt. Vården skall därtill vara lätt tillgänglig, respektera den enskildes självbestämmande och integritet och främja dennes delaktighet, 2 kap. 1 §, 4 kap. 1 § och 5 kap. 1 § PL. De här uppräknade bestämmelserna i PL återfinns i allt väsentligt i 5 kap. 1 § HSL som sammanfattar innebörden av begreppet god vård.

3.5.3 Vård på patientens villkor

I förarbetena framhålls att ett fokus på vårdeffektiviseringar har lett till att patientens ställning har hamnat i bakgrunden. Det saknades ett helhetsperspektiv på patientens sjukdomsbild, vilket påverkade såväl vården av patienten som patientens upplevelse.¹²⁴ Som exempel nämner man patienter som slussas mellan olika vårdinstanser och som saknar en fast kontakt inom vården.¹²⁵ Här sätts alltså patientens ställning i kontrast till intern produktivitet. Istället lyfter man möjligheten att börja betrakta patienten som en egen resurs.¹²⁶ I förarbetena konstateras inledningsvis att det är de medicinska professionerna, vårdgivarna och sjukvårdshuvudmännen

¹²² SOU 2013:2 s. 64 ff.; prop. 2013/14:106 s. 36

¹²³ Johnsson, *Patientsäkerhetslagen och patientens rättigheter*, s. 114.

¹²⁴ Prop. 2013/14:106 s. 36 f.

¹²⁵ Ibid., s. 37

¹²⁶ SOU 2013:2 s. 16; prop. 2013/14:106 s. 36

som ansvarar för de medicinska besluten och prioriteringarna inom vården,¹²⁷ men man framhåller att patientens medverkan bör leda till såväl kvalitets- som effektivitetsvinster.¹²⁸ Denna utgångspunkt kommer till uttryck på några olika platser i PL. I 4 kap. 1 § sägs att patientens självbestämmande och integritet skall respekteras och vården skall så långt som möjligt utformas i samråd med patienten och utgå från patientens önskemål och förutsättningar, 5 kap. 1 §. Bestämmelserna som avser patientens delaktighet och vårdens kvalitet finns även att hitta i 6 kap. 1 § PSL, där hälso- och sjukvårdspersonal även åläggs att visa patienten omtanke och respekt. Det innebär att personalen bland annat skall idka medmänsklighet och empati gentemot patienten.¹²⁹ Kravet på omtanke och respekt gäller även när en patient är till exempel besvärlig.¹³⁰

Detta synsätt står enligt förarbetena i relation till de senaste årens framväxt av nya teoribildningar på hälso- och sjukvårdsområdet som sätter patienten i ett nytt ljus.¹³¹ Ett exempel är patientcentrerad vård som menar att patienten bör betraktas som en partner till vårdgivaren. Det innebär samtidigt att man kan ställa ökade kunskapskrav på patienten.¹³² På Vårdhandboken, Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) informationssida som framför allt riktar sig till vårdgivare,¹³³ utvecklas konceptet och man talar istället om personcentrerad vård – patienten får inte reduceras till en sjuk kropp eller en diagnos, utan fokus bör ligga på patienten som människa och hennes resurser och behov.¹³⁴ Synsättet kan sättas i kontrast till tidigare mer paternalistiska former av vård, där patienten var mottagare av läkarens råd. Man hänvisar i förarbetena till studier som påvisat ett samband mellan patientens ökade delaktighet och en förbättrad vårdupplevelse, färre felbehandlingar och kostnadseffektivitet.¹³⁵

Ibland föreslås att patienter istället bör betraktas som kunder. Det skulle innebära stor valfrihet för patienten och en skyldighet för vårdapparaten att stå till svars vid fel eller försummelse. Motståndare till begreppet hävdar att ekonomiska termer i vården fördunklar andra humanistiska värden.¹³⁶ I förarbetena till patientlagen avstyrks att vård skulle kunna fungera som en rättighet.

¹²⁷ SOU 2013:2 s. 64 f.

¹²⁸ Ibid., s. 80

¹²⁹ Johnsson, *Patientsäkerhetslagen och patientens rättigheter*, s. 126 f.

¹³⁰ Ibid., s. 127 f.

¹³¹ Prop. 2013/14:106 s. 36

¹³² Ibid., s. 36 f.

¹³³ Vårdhandboken, *Vem kan använda Vårdhandboken?*

¹³⁴ Vårdhandboken, *Personcentrerad vård*, 2020

¹³⁵ SOU 2013:2 s. 76 f., 199

¹³⁶ Se Bergstad, *TVå inlägg på samma tema, Läkartidningen*, 2002, s. 267

Man säger även att patienten aldrig ensam kan besluta om vilken vård som skall ges.¹³⁷ Det framstår därför som att man inte vill ge systemet karaktären av en kund-säljare-relation.

3.5.4 Information och kommunikation

Behovet av mer informerade patienter påtalades redan i motiven till HSL 1981.¹³⁸ I propositionen till PL lyfts frågan igen och man säger att kunskap är ett sätt att stärka patientens makt och inflytande.¹³⁹ Genom information kan patienten förstå sin situation och sina behov och kommunicera dessa till hälso- och sjukvården. Kunskap förbättrar också patientens möjligheter att efter överväganden välja mellan olika vårdinstanser och vårdgivare.¹⁴⁰ Kunskapen kan vidarebefordras antingen på ett övergripande plan, till exempel genom internet, eller direkt mellan personal och patient. Man menar att det i det förra fallet är viktigt att informationen kommer från offentliga aktörer, eftersom det annars finns en risk för att patienter själva sprider information om vård eller personal.¹⁴¹ I det senare fallet åligger det verksamhetschefen att se till att personal ger den information till patienten som är befogad, till exempel genom att förhindra att ”negativa attityder och kulturer i organisationen” sprids.¹⁴² Bestämmelser om patientens rätt till information finns i 3 kap. PL, där det bland annat sägs att patienten skall få information om sitt hälsotillstånd och det förväntade vård- och behandlingsförloppet, 3 kap. 1 § PL.

3.5.5 Ökad valfrihet för patienten

Ytterligare ett sätt att stärka patientens ställning är enligt förarbetena att erbjuda valmöjligheter för patienten. Sådana valmöjligheter avser till exempel val av vårdcentral och möjligheten att söka vård i en annan region eller utomlands. Patienten kan då själv sortera bland vårdgivare. För att valfriheten skall bli reell krävs att det finns ett utbud, att det finns transparent kunskap om vårdens kvalitet och medicinska resultat och att den kunskapen når patienten. Regeringen exemplifierar det sistnämnda kravet med webbplatsen 1177.se. För att valfriheten skall bli reell krävs alltså god tillgång till information och kunskap.¹⁴³ Bestämmelsen om patientens möjlighet att välja utförare finns i 9 kap. 1 § PL.

¹³⁷ Prop. 2013/14:106 s. 72

¹³⁸ Prop. 1981/82:97 s. 58 f.

¹³⁹ Prop. 2013/14:106 s. 37

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Ibid., s. 38

¹⁴³ Prop. 2013/14:106 s. 38

3.6 Den etiska plattformen

Den svenska hälso- och sjukvårdens prioriteringsgrunder bygger än idag på den etiska plattform som definierades av Prioriteringsutredningen i slutet av 90-talet.¹⁴⁴ Plattformen omfattar tre centrala principer, vilka i inbördes ordning är: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen skall alltså beaktas innan behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur får företräde framför kostnadseffektivitetsprincipen.¹⁴⁵

Anledningen till att man ville tydliggöra de centrala värderingarna i lagstiftningen var den konflikt man då stod inför; å ena sidan den allt mer informerade och krävande befolkningen, å andra sidan det faktum att sämre ekonomiska tider väntade.¹⁴⁶ Man menade att principerna egentligen inte tillförde någonting nytt, och att de kunde ses som en slags kodifiering eller förtydligande av ett redan etablerat synsätt.¹⁴⁷ Prioriteringar har man alltid behövt göra i vården, men med tanke på de kommande ekonomiska utmaningarna menade man att det behövdes skarpare riktlinjer för hur sådana prioriteringar skulle gå till.¹⁴⁸ De tre principer man slutligen valde återfinns idag i PL och HSL.

3.6.1 Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipens roll i hälso- och sjukvården framstår antagligen som relativt självklar. Den kommer till uttryck i 3 kap. 1 § 2 st. 1 men. HSL och 1 kap. 6 § 2 st. 1 men. PL: ”Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. Principen innebär att alla människors lika värde skall respekteras och att var och en skall ges vård just på grund av detta inneboende värde. Andra personliga faktorer såsom ålder och utbildning får inte användas för att neka någon vård eller att prioritera någon framför någon annan. Prioriteringsutredningen menade att denna princip är den allra viktigaste i hälso- och sjukvården.¹⁴⁹

3.6.2 Behovs- och solidaritetsprincipen

Nästa princip på listan är behovs- och solidaritetsprincipen. Den säger att den med störst behov skall få hjälp först: ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde

¹⁴⁴ SOU 1995:5; prop. 1996/97:60

¹⁴⁵ Prop. 1996/97:60 s. 54

¹⁴⁶ Ibid., s. 7

¹⁴⁷ Ibid., s. 40

¹⁴⁸ Ibid., s. 19

¹⁴⁹ Prop. 1996/97:60 s. 20

till vården”, 3 kap. 1 § 2 st. 2 men. HSL och 1 kap. 6 § 2 st. 2 men PL. I propositionen till HSL definieras begreppet ”behov”. Behov kan, enligt Prioriteringsutredningen, bara gälla sådant som patienten har faktisk nytta av. En patient kan alltså inte ha behov av åtgärder som inte är till någon nytta för hennes tillstånd. Prioriteringsutredningen menar att det finns två typer av behov: hälsorelaterade behov och livskvalitetsrelaterade behov. Att ådra sig en skada som kräver operation är ett hälsorelaterat behov. Det är någonting som går att bota eller åtgärda. Den person som istället har en kronisk sjukdom som inte går att bota kan istället ha livskvalitetsrelaterade behov, dvs. åtgärder som trots den kroniska sjukdomen förbättrar livskvaliteten. Exempel på sådana åtgärder är smärtstillande medicin eller fysioterapi. Prioriteringsutredningen menar att det kan vara svårt att särskilja de två typerna av behov, och det är inte heller någonting som måste göras. Istället bör en sammanvägning av samtliga typer av behov göras. Den som efter en sådan avvägning har det största behovet av vård skall prioriteras.¹⁵⁰

3.6.3 Kostnadseffektivitetsprincipen

Den sista principen i den etiska plattformen, som alltså skall beaktas allra sist, är kostnadseffektivitetsprincipen. Kostnaden skall mätas mot effekten – i dessa fall förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Idag finns principen i 4 kap. 1 § HSL: ”Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet skall vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet”. Flera remissinstanser varnade för att de smalare ekonomiska ramarna för hälso- och sjukvården skulle göra det svårt att tillgodose de behov som blir resultatet efter en avvägning av människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen. Kostnadseffektivitet skulle eventuellt komma att få ett ännu starkare genomslag i praktiken än vad man kunde förvänta sig. Prioriteringsutredningen framhöll dock att principen skall beaktas framför allt vid jämförelse av olika metoder av samma sjukdom och i det enskilda fallet. Då måste behovs- och solidaritetsprincipen få gå före. Däremot yrkade man på en generell ansträngning att arbeta mot en mer kostnadseffektiv organisation och verksamhet för vården i sin helhet. En sådan åtgärd kan till exempel handla om förbättrad samordning mellan olika enheter.¹⁵¹

¹⁵⁰ Prop. 1996/97:60 s. 17 ff.

¹⁵¹ Ibid., s. 21 f.

3.7 Analys

3.7.1 Sköra äldre i patientlagen

I kapitel 2 nämndes att dragkampen mellan mer självbestämmande för äldre och statliga interveneringar är ständig förekommande i frågor som rör äldre. Hur gestaltar sig den konflikten i patientlagen? Har något perspektiv getts företräde?

PL innehåller inga bestämmelser som är riktade specifikt till äldre patienter. Den enda åtskillnad som görs mellan olika patientgrupper är de bestämmelser som avser situationer när patienten är ett barn.¹⁵² Inte heller förarbetena ger några entydiga svar på om äldre skall ges en särskild ställning i hälso- och sjukvården. Tre hänvisningar görs till gruppen äldre: de första två avser att information till patienten kan behöva anpassas om patienten är äldre och att en fast läkarkontakt kan vara extra viktig just för äldre.¹⁵³

Den tredje hänvisningen görs inledningsvis i såväl SOU:n som i propositionen och avser själva motiven för att införa en ny patientlag. Där sägs: ”Sett utifrån den demografiska utvecklingen i samhället som bl.a. innebär att andelen äldre i befolkningen förväntas öka med 30 procent mellan 2010 och 2050, finns det all anledning att bygga system i hälso- och sjukvården och omsorgen som på ett effektivt sätt utnyttjar alla befintliga resurser”.¹⁵⁴ En första tolkning av konstaterandet är att vi bör rusta hälso- och sjukvården och omsorgen så att vi bättre kan ta hand om den växande, äldre befolkningen. Men vad är ”resurser”? Avses här ekonomiska medel eller organisatoriska metoder? Svaret ges i den fortsatta läsningen: ”Under de senaste åren har därför patienten och dennes roll i hälso- och sjukvården lyfts fram som en – än så länge – relativt outnyttjad resurs. Även den tekniska utvecklingen i vården påverkar och stärker patienters möjligheter att i allt högre grad ta ansvar för sin hälsa och i viss mån även sin egen behandling”¹⁵⁵ (i propositionen sägs istället: ”Under de senaste åren har därför patienten och dennes roll i hälso- och sjukvården lyfts fram som en viktig källa till kunskap”).¹⁵⁶ De resurser som avses är alltså patienten själv. Min tolkning av denna redogörelse är således att man uppmärksammar de demografiska utmaningarna och menar att en högre grad av patientmedverkan kommer att fungera avlastande för den allt mer pressade hälso- och sjukvården. Detta uttalande verkar dock

¹⁵² I hälso- och sjukvården skall till exempel barnets bästa beaktas, 1 kap. 8 § PL, och barnets vårdnadshavare skall delges information om vården, 3 kap. 3 § PL

¹⁵³ SOU 2013:2 s. 272; prop. 2013/14:106 s. 100 ff.

¹⁵⁴ SOU 2013:2 s. 80; prop. 2013/14:106 s. 36

¹⁵⁵ SOU 2013:2 s. 80

¹⁵⁶ Prop. 2013/14:106 s. 36

inte enbart ta sikte på äldre patienter, utan den växande äldre befolkningen används istället som en förklaring till varför en högre grad av patientmedverkan behövs generellt.

Eftersom inget explicit äldreperspektiv görs gällande, kan istället det generella patientperspektivet säga oss någonting om vilken roll äldre får i patientlagen? Det görs ingen tydlig åtskillnad mellan äldre patienter och andra patienter, varför det bör kunna hävdas att äldre är underkastade samma utgångspunkter och värderingar som övriga patienter. Som framgår av föregående kapitel är det en tämligen fri och aktiv patient som framträder i patientlagens förarbeten och lagtext, särskilt med hänvisning till utgångspunkterna för patientlagen (självbestämmande, rätt till information och valfrihet). Det stämmer väl överens med idén om patienten som en resurs i sig själv som hänvisades till i stycket ovan. Det harmonierar också väl med den strömning som förespråkar äldres aktiva deltagande, autonomi och möjlighet att fungera på olika samhällsliga arenor som andra människor. Att ett explicit äldreperspektiv saknas i patientlagens förarbeten och lagtext kan i sig tolkas som ett ställningstagande för att ålder inte skall ha någon betydelse i sammanhanget. ”Att inte ta ställning är också att ta ställning” sägs ibland. Möjligtvis kan man säga att patientlagen i detta avseende antar ett åldersneutralt förhållningssätt.

3.7.2 Sköra äldre och sårbarhet

Kapabilitetsteorin efterfrågar förstärkta möjligheter för enskilda att uppnå de hälsomål som de själva värderar högt. Man skulle därför kunna säga att patientlagen står i överensstämmelse med kapabilitetsteorin – patienten skall få utöva självbestämmande, skall få interagera i vården, vilket rimligtvis borde öka förutsättningarna för patienter att åstadkomma olika nivåer av hälsa. Så är det med största sannolikhet också för de patienter som har kapacitet nog att faktiskt utöva sådant självbestämmande och deltagande. Denna uppsats är dock inriktad på sköra äldre patienter och frågan är hur väl sköra äldre patienter matchar bilden av den aktiva patienten.

Det råder viss oenighet kring vilka epitet vi skall sätta på äldre. Ofta beskrivs äldre som antingen behövande som kräver skydd, eller fullständigt självgående.¹⁵⁷ Det senare kan motiveras med att vi bör bekämpa ålderism genom att konstatera att äldre skall ses som vilka personer som helst och att ålder inte skall vara en begränsning. Det kan exemplifieras med EU:s projekt om aktivt åldrande, som förespråkar att äldre skall kunna fortsätta delta på olika samhällsliga arenor och att äldre skall få ha kontroll över sina liv så länge som möjligt.¹⁵⁸ Å andra sidan går det att ifrågasätta

¹⁵⁷ Mattsson och Katzin, *Elder Law*, s. 120

¹⁵⁸ Europeiska kommissionen, *Active ageing*

hur realistiska sådana målsättningar är.¹⁵⁹ Vill eller kan äldre vara aktiva? Det har till exempel hävdats att mål om ett aktivt åldrande snarare skapar ålderism, eftersom det dras en skiljelinje mellan de som åldras aktivt och de som åldras passivt.¹⁶⁰ För att belysa problemformuleringen kan man använda Martha Finemans teori kring begreppet sårbarhet. Fineman tar avstamp i den amerikanska kontexten¹⁶¹ och menar att det, avseende relationen mellan stat och individ, har uppstått ett ideal om ett autonomt subjekt.¹⁶² Fineman kritiserar detta ideal och menar att det möjliggör för stater att slippa ta ansvar för befolkningen i autonomins namn.¹⁶³ Här skall inte diskuteras huruvida liknande ideal finns i det svenska samhället i sin helhet, men det går att hävda att den bild av patienten som målas upp i förarbetena har många beröringspunkter med konceptet av den autonoma individen som Fineman kritiserar. Fineman definierar autonomi som förväntningar om självförsörjande och oberoende hos individer, där det också saknas begränsande regleringar.¹⁶⁴ Även om förarbetena i patientlagen inte uttryckligen hänvisar till patienten som autonom kan man ändå hävda att i idéerna om självbestämmande, valfrihet, deltagande m.m. ligger det föreställningar om patienten som aktiv, ansvarstagande och handlingsfri.

Fineman menar att sådana presentationer av individer inte utgör en korrekt representation av den mänskliga naturen.¹⁶⁵ Vi bör istället förlika oss med tanken på att alla människor bär på en universell, inneboende sårbarhet som kan yttra sig på olika sätt och i olika skeenden av livet.¹⁶⁶ Med ett sådant antagande kommer en ökad skyldighet för stater att möta de behov som denna sårbarhet för med sig.¹⁶⁷ När sårbarheten inte sopas under mattan kan den istället öppna upp för utveckling, kreativitet och självförverkligande, enligt Fineman.¹⁶⁸ Det står i kontrast till

¹⁵⁹ São José m.fl., A critique of the Active Ageing Index, *Journal of Aging Studies*, s. 54

¹⁶⁰ *ibid.*, s. 50. Här kan även hänvisas till teoribildningar inom kritisk gerontologi, där syftet bland annat är att ifrågasätta existerande normer och mönster avseende åldrande och dess effekter. En tillämpning av ett kritiskt gerontologi-perspektiv ligger utanför ramen för denna uppsats, men för en sammanfattning av ämnesområdet och exempel på hur man kritiserar rådande gerontologiläror, se Holstein och Minkler, Self, Society and the "New Gerontology", *The Gerontologist*, 2004

¹⁶¹ Det bör poängteras att det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet, som Fineman utgår från, skiljer sig i stora delar från det svenska. Till skillnad från den svenska offentligt finansierade sjukvården är många sjukhus i USA privatägda och medborgarna erhåller sjukförsäkringar från till exempel sina arbetsgivare eller bekostar vården ur egen ficka. Även om man inte kan likställa USA och Sverige i detta fall är det teoretiska ramverk som Fineman byggt trots allt allmänt och generellt hållet och bör kunna tillämpas i denna kontext.

¹⁶² Fineman, The Vulnerable Subject, *Emory Law Journal*, 2010, s. 263

¹⁶³ *Ibid.*, s. 259

¹⁶⁴ *Ibid.*, s. 259

¹⁶⁵ Fineman, Elderly as vulnerable, *Elder Law Journal*, 2012, s. 88

¹⁶⁶ Fineman, The Vulnerable Subject, *Emory Law Journal*, 2010, s. 268 f.

¹⁶⁷ *Ibid.*, s. 255 f.

¹⁶⁸ Fineman, Elderly as vulnerable, *Elder Law Journal*, 2012, s. 96

argumentationslinjer där sårbarhet likställs med svaghet, vilket i sin tur är lika med oförmåga.¹⁶⁹

Fineman efterfrågar inte nödvändigtvis formell jämlikhet i möjligheter, inte heller lika utfall, utan menar att stater genom samhällseliga institutioner bör skapa verktyg som hjälper individer att bilda sig viss resiliens mot den oundvikliga sårbarheten.¹⁷⁰ Min tolkning är inte att Fineman förespråkar statlig inblandning per se, utan snarare att staten, där det behövs, hjälper individer att bli autonoma så långt det är möjligt. Autonomi och säkerhet står inte i motsatsförhållande till varandra, utan säkerhet krävs för att autonomi skall kunna utövas.¹⁷¹ Problemet är således inte autonomi som mål i sig, utan Fineman frågar sig om det kan finnas dolda agendor när autonomi-retoriken tillämpas.¹⁷²

Äldre är givetvis precis som resten av samhället en mångfacetterad grupp och det kan därför anses vara kontraproduktivt att enligt sårbarhetsteorin stigmatisera en hel grupp som sårbar. Men eftersom sköra äldre per definition befinner sig i ett sårbart läge (som kan vara av olika allvarlighetsgrader) kan Finemans ramverk användas för att diskutera det åldersneutrala perspektivet i patientlagen. Med Finemans terminologi skapar det autonoma idealet stigman kring det som inte faller inom mallen.¹⁷³ Naturliga tillstånd och positioner, som exempelvis sjukdom som kommer med ålder, riskerar således att förbises. Ansvaret förskjuts från staten till den privata sfären, till exempel familjen, som i sin omhändertagande roll också blir sårbara.¹⁷⁴

Traditionellt brukar grupper som inte matchar autonomi-idealet underkastas mer paternalistiska åtgärder, till exempel förmyndarskap.¹⁷⁵ Däremot kan patientlagen möjligtvis anses utgöra del av en trendriktning i det avseendet eftersom lagstiftaren tycks lägga andra förväntningar på äldre.¹⁷⁶ Som en reaktion på gamla paternalistiska förhållningssätt har självbestämmande och delaktighet blivit centrala värden i lagstiftningen, vilken också anlägger ett ålders neutralt synsätt. Det framstår som om lagstiftaren varit mån om att inte begränsa eller diskriminera tillgången till vård på basis av ålder. Det vore alltså svårt att hävda att den sårbarhet som härstammar från sköra äldres hälsotillstånd besvaras med paternalism i PL. Däremot kan man hävda att aktivitetsidealet i lagstiftningen effektivt döljer sådan sårbarhet, vilket i slutändan också innebär att sårbarheten inte

¹⁶⁹ Numhauser-Henning, *Elder Law*, 2017b, s. 89

¹⁷⁰ Fineman, The Vulnerable Subject, *Emory Law Journal*, 2010, s. 251, 257, 269

¹⁷¹ Mattsson och Katzin, *Elder Law*, s. 128

¹⁷² Fineman, *The Autonomy Myth: a theory of dependency*, s. 21

¹⁷³ Fineman, Elderly as vulnerable, *Elder Law Journal*, 2012, s. 87

¹⁷⁴ *Ibid.*, s. 87, 100

¹⁷⁵ *Ibid.*, s. 84 f.

¹⁷⁶ Mattsson och Katzin, *Elder Law*, s. 131

bemöts med rätt åtgärder. Det kan vara en lika otillfredsställande lösning som paternalistiska ingrepp.

Sårbarhetsteorin kastar ljus på att sköra äldre är sårbara på grund av sina åkommor, men förväntas åldras aktivt och delaktigt, även i hälso- och sjukvården. Lösningen (patienten, däribland den äldre, som resurs) plockas från själva problemet (den ökade andelen äldre).¹⁷⁷ Sårbarhetsteorin och kapabilitetsteorin kan användas för att tillsammans ifrågasätta patientlagens verklighetsbeskrivning eftersom de båda efterfrågar en ökad medvetenhet om människors olika förutsättningar. Den som är sårbar har större anledning att efterfråga hälsokapabilitet, eftersom möjligheten att arbeta mot hälsa krävs för att bemöta sårbarheten. Staters förmåga att besvara och hantera sköra äldres sårbarhet blir således ett sätt att främja hälsokapabilitet. När variationen i sårbarhet inte beaktas uppstår risker att individer som inte passar in i mallen utestängs från möjligheten att nå olika hälsolivåer.¹⁷⁸

3.8 Sammanfattning

Den historiska utvecklingen uppvisar en tydlig trend där lagstiftningen lägger allt större fokus vid patientens roll. Dagens patientlagstiftning, där patienten framställs som en deltagare snarare än en åskådare i vården, måste jämföras med äldre tiders mer paternalistiska ordning. Eftersom lagtext och förarbeten lägger vikt vid patientens självbestämmande, valfrihet och rätt till information och delaktighet är det en bild av en aktiv patient som framträder. Denna bild förstärks av att man i propositionen talar om patienten som en resurs i vårdprocessen, vilket framställs som en metod för att möta den demografiska utvecklingen. De förmåner som patientlagen föreskriver måste dock alltid mätas mot den etiska plattformen – patientens behov måste styra prioriteringar. Med hjälp av sårbarhetsteorin går det att ifrågasätta hur välanpassad den aktiva patienten är till den sköra patientens situation. Teorin belyser att lagstiftning som utgår från patientens vilja och förmåga att vara aktiv riskerar att marginalisera svaga grupper som inte når upp till kraven som ställs.

I nästa delar skall fyra olika vårdetapper och dess tillhörande regelverk i patientlagen undersökas mer konkret mot bakgrund av fynden i detta kapitel. Patientlagen utgår sålunda från en aktiv patient – hur tar det sig uttryck i de rättsliga konstruktionerna och vad innebär det för den sköra äldre patientens ställning? Kapabilitetsteorin skall användas i analysen.

¹⁷⁷ São José m.fl., *Social policy and the capability approach*, s. 48

¹⁷⁸ *Ibid.*, s. 47

4 Tillgång till vård

4.1 Inledning

Hälso- och sjukvården skall vara lätt tillgänglig, står det i 2 kap. 1 § PL. Tillgång till vård är en första förutsättning för att ett vårdbehov skall kunna tillgodoses. Den som får vård har ofta goda chanser att förbättra sin hälsa. God tillgång till vård är därför en förutsättning för hälsokapabilitet. Systemet innehåller dock ett antal begränsningar vilka skall behandlas genom en redogörelse för följande frågor: 1) vem är patient och hur blir man patient? 2) hur lång tid tar det att bli patient? och 3) vad man kan göra om man vill ha en ny bedömning? I slutet av kapitlet följer ett analysavsnitt där kapabilitetsteorin tillämpas.

4.2 Vem är patient och hur blir man patient?

Ordet ”patient” förekommer frekvent i lagrum på hälso- och sjukvårdsområdet men lagstiftningen erbjuder ingen definition av begreppet. Historiskt kommer ordet från det latinska verbet *pati*, som betyder ”lida” eller ”tåla”.¹⁷⁹ Betydelsen var från början ”den lidande” eller ”den som tåligt fördrar och uthärdar lidande”.¹⁸⁰ Begreppet säger alltså någonting om anledningen till varför en person söker sig till hälso- och sjukvården. Begreppet har ibland kritiserats för att det indikerar att patienten endast är en ”passiv mottagare av vård”, varför ”klient”, ”vårdtagare”, ”brukare” och ”kund” har föreslagits som alternativ.¹⁸¹ Den generella beteckningen på de individer som kommer i kontakt med vården är dock alltså patient.

Den rättsliga förståelsen av vem som är patient har, mig veterligen, inte tidigare problematiserats i någon större omfattning. Det kan kanske tolkas som att frågan inte är angelägen och att det sällan uppstår situationer som kräver förtydliganden. Avsaknaden av en definition har dock ifrågasatts i litteraturen¹⁸² – varför saknas en precisering av ett så centralt begrepp? I författningskommentaren till patientlagen berörs mycket kort patientbegreppet när man hänvisar till vissa tidigare definitionsansatser som gjordes på 90-talet.¹⁸³ Man fastställer att med patient skall förstås ”den som på eget initiativ eller på annat sätt etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt eget hälsotillstånd”.¹⁸⁴ Till exempel blodgivare skall alltså inte

¹⁷⁹ Hellquist, *Svensk etymologisk ordbok*, s. 568.

¹⁸⁰ Dahlberg och Segesten, *Hälsa och vårdande*, s. 105

¹⁸¹ Ibid.

¹⁸² Johnsson, *Patientlagen: en kommentar*, s. 37

¹⁸³ Se prop. 1993/04:149 s. 76 f.

¹⁸⁴ Prop. 2013/14:106 s. 110; prop. 1993/94:149 s. 77.

betraktas som patienter.¹⁸⁵ Lagrådet rekommenderade att definitionen fördes över till lagtext, men en sådan konstruktion valdes inte i slutändan.¹⁸⁶

Den mest självklara och traditionella vägen till patientstatus består av att patienten tar kontakt med vården och att vårdpersonal finner det rimligt och befogat (med hänsyn till den etiska plattformen och vetenskap och beprövad erfarenhet) med en vårdinsats för att behandla, lindra eller bota en sjukdom eller skada. Enligt den etiska plattformen skall den som har störst behov av vård också få vård, så länge det inte innebär kostnader som inte står i proportion till nyttan. Patientkretsen inbegriper alltså i teorin som utgångspunkt alla som har ett behov av vård, även om patienternas behov får rangordnas. Ur ett sådant perspektiv framstår det som inte särskilt komplicerat att erhålla patientstatus, vilket det i många fall säkerligen inte heller är. Ibland kan dock praktiska hinder såsom geografiskt avstånd, öppettider och brist på personal säkerligen försämra tillgången.

Det finns alltså inget formell förfarande eller några formkrav för att få bli patient. Den kontakt som man hänvisar till i författningskommentaren preciseras inte ytterligare. Det finns över huvud taget inga bestämmelser som reglerar möjligheten att bli patient. Det har beskrivits som att individen endast har en rätt till en ”ransonerad service”.¹⁸⁷ Lagstiftaren har alltså avstått möjligheten att precisera betydelsen i lag. Samtidigt finns det inte heller några verktyg från rättsväsendets sida att bestämma vem som i det enskilda fallet är patient – den enskilde kan, som nämnts tidigare, inte hävda sin ”rätt” i domstol. Därför finns det inte heller möjlighet att genom praxis förtydliga eller precisera innebörden av patientbegreppet. Denna konstruktion leder till att ansvaret läggs på aktörerna inom hälso- och sjukvården att avgöra när en tillräcklig kontakt för att betraktas som patient har tagits. Slutsatsen måste bli att ur ett rättsligt perspektiv är den patient som hälso- och sjukvården betraktar som patient.

4.3 Hur lång tid tar det att bli patient?

Väntetiderna i vården har länge varit ett aktuellt debattämne. Den nationella vårdgarantin, som varje region är skyldig att erbjuda, är tänkt att fungera som ett hjälpmedel för att stävja vårdköerna. Vårdgarantin har funnits i olika former sedan 1990-talet,¹⁸⁸ men finns idag lagstadgad i 9 kap. HSL och 2 kap. 3 § PL. Regionen skall se till att dess invånare skall få *kontakten* med

¹⁸⁵ Johnsson, *Patientsäkerhetslagen och patientens rättigheter*, s. 22

¹⁸⁶ Prop. 2013/14:106 s. 191 f.

¹⁸⁷ Johnsson, *Patientsäkerhetslagen och patientens rättigheter*, s. 46 f.

¹⁸⁸ Prop. 2017/18:83 s. 24 f.

primärvården samma dag som den enskilde söker sådan kontakt och en *medicinsk bedömning* av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom 3 dagar efter att den enskilde har sökt kontakt, 9 kap. 1 § 1-2 p. HSL och 6 kap. 1 § 1-2 p. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80). Bedömning kan till exempel ske på distans, även om det fysiska besöket troligtvis är det mest populära alternativet bland patienter.¹⁸⁹ Regionen skall också se till att den enskilde får *besöka den specialiserade vården* inom 90 dagar efter den enskilde sökt kontakt eller remiss har utfärdats och att patienten får *planerad vård* inom 90 dagar från det att vårdgivaren beslutar om det 9 kap. 1 § 3-4 p. HSL och 6 kap. 1 § 3-4 p. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)).

Man argumenterar för vårdgarantin genom att hänvisa till att det hjälper till att styra patienter till rätt nivå i vårdkedjan och därmed avlasta akutmottagningar och öppen specialistvård.¹⁹⁰

En begränsning av vårdgarantin är dock att den inte gäller för återbesök.¹⁹¹ En patient, som till exempel är kroniskt sjuk, som väntar på uppföljning av sitt ärende kan alltså inte förlita sig på vårdgarantin för att få besök och behandling i rätt tid. Inte heller inbegriper vårdgarantin utredningar som röntgen, provtagningar och tester.¹⁹² Under arbetet med PL efterfrågade flera remissinstanser att fler delar av vårdkedjan skulle omfattas av vårdgarantin, men några förändringar skedde inte med hänsyn till att alla landsting först måste uppfylla vårdgarantins tidsgränser.¹⁹³

I sammanhanget kan också begreppet ”vårdgaranti” diskuteras. Den vårdgivare som inte uppfyller vårdgarantins tidsgränser riskerar inte att råka ut för en sanktion eller disciplinär påföljd.¹⁹⁴ Istället skall regionen, om ärendet gäller besök hos den specialiserade vården eller planerad behandling, hjälpa patienten att få vård hos en annan vårdgivare, 9 kap. 2 § HSL och 2 kap. 4 § PL. Att inte göra det är dock inte heller sanktionsgrundande. Vårdgarantin skall alltså inte ses som en ovillkorlig rätt för den enskilde patienten att få vård inom vissa tidsramar, utan möjligtvis snarare riktlinjer för hur länge en patient rimligtvis borde få vänta. Det bör också påpekas att vårdgarantin inte säger någonting om hur vården skall ges eller vilken kvalitet den skall ha – vårdgarantin avser enbart väntetiderna.

¹⁸⁹ Prop. 2017/18:83 s. 30 f.

¹⁹⁰ Ibid., s. 30

¹⁹¹ Ibid., s. 96

¹⁹² Prop. 2013/14:106 s. 96

¹⁹³ Ibid., s. 98

¹⁹⁴ Prop. 2017/18:83 s. 26

Principen om att patienten med störst behov skall prioriteras gäller jämsides vårdgarantin.¹⁹⁵ Det väcker frågan hur de två systemen skall samsas. Hur skall man prioritera mellan en patient som är allvarligt sjuk och en annan patient som har en lindrigare skada, men vars tidsramar snart löper ut? Vad gäller om den patient som behöver ett återbesök har ett större behov av vård än den som söker vård för första gången? Farhågor om dylika undanträngningseffekter framfördes av flertalet remissinstanser när vårdgarantin lagfästes 2010.¹⁹⁶ I propositionen framhåller man dock att vårdgarantin inte förändrar den fastslagna prioriteringsordningen och att vårdgarantin inte säger någonting om vilken vård som skall ges eller hur vården skall ges.¹⁹⁷ Vårdgarantin bygger på att nödvändiga beslut redan har fattats, till exempel att det föreligger ett behov av vård.¹⁹⁸

4.4 Vad kan man göra om man vill ha en ny bedömning?

Den patient som inte är nöjd med ett visst bemötande eller besked i vården kan begära en ny medicinsk bedömning, också kallat second opinion. Möjligheten att få en second opinion infördes 1999. I förarbetena till PL hänvisar man till att nya medicinska bedömningar fungerar som en trygghet för patienten, samtidigt som det bidrar till den generella medicinska utvecklingen eftersom läkare får möjlighet att konsultera varandra.¹⁹⁹ Samtidigt är det inte meningen att en second opinion skall leda till att samma läkare gör ett nytt ställningstagande efter att ha pratat med en kollega.²⁰⁰ Istället skall patienten få en ny bedömning av en ny läkare inom eller utom regionen, 8 kap. 1 § PL. Man tyckte att det var särskilt viktigt att betona detta – "förnyad medicinsk bedömning" fick därför istället heta "ny medicinsk bedömning" när reglerna fördes över till PL.²⁰¹ Systemet innebär ett ingrepp i det kommunala självstyret, men på grund av det patientstärkande syftet ansågs intrånget trots allt befogat.²⁰²

Patienten skall dels få information om möjligheten att få en second opinion, 3 kap. 2 § 2 p. PL, dels få hjälp med att få en ny sådan bedömning till stånd, 6 kap. 7 § 2 st. PSL. För att ha rätt till en second opinion krävs dock att patienten har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Innan PL:s tillkomst innehöll regeln ytterligare begränsningar: det medicinska ställningstagandet skulle innebära särskilda risker för patienter eller ha stor betydelse för dennes

¹⁹⁵ Prop. 2017/18:83 s. 32

¹⁹⁶ Prop. 2009/10:67 s. 36 f.

¹⁹⁷ Ibid., s. 40 f.

¹⁹⁸ Ibid., s. 40.

¹⁹⁹ Prop. 2013/14:106 s. 79

²⁰⁰ Ibid., s. 78

²⁰¹ Ibid., s. 78 f.

²⁰² Ibid., s. 106 f.

framtida livskvalitet.²⁰³ Patientmaktsutredningen menade dock att villkoren var onödigt snäva och valde därför att stryka dem helt.²⁰⁴ Man behöll dock kriteriet om livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada och motiverade det med att möjligheten till second opinion utgör en börda för hälso- och sjukvården och tar mycket resurser i anspråk.²⁰⁵ Dessutom menade man att en second opinion borde ha störst betydelse för just denna patientgrupp.²⁰⁶ Vad som är en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada måste dock avgöras från fall till fall, men syftet är att kriterierna skall ses ur ett kortsiktigt perspektiv.²⁰⁷ Man utvecklar inte varför en second opinion inte skulle ha lika stor betydelse för någon som inte har en särskilt allvarlig sjukdom eller skada men som ändå utstår stort lidande till följd av sjukdomen eller skadan. Lagstiftningens utformning gör därför att olika patientgrupper faller utanför rätten till en second opinion. Det gäller alltså dels de som lider av en mindre allvarlig sjukdom eller skada, dels de vars sjukdom har ett långsammare, och inte lika akut, förlopp.

4.5 Hälsokapabilitet och tillgång till vård

4.5.1 Hur bör tillgången till vård bedömas?

Det finns olika sätt för att bedöma tillgången till vård. Att granska lagstiftningens omfattning är ett sätt – alla har samma formella rätt till hälsa och sjukvård. Lagstiftningen särskiljer inte mellan olika grupper i befolkningen och såväl unga som äldre har rätt att söka sig till vården. Ytterligare ett sätt att mäta tillgängligheten till vården är att sammanställa antalet vårdcentraler, sjukhus och inrättningar som finns i spridda i Sverige – i skrivande stund finns 5486 vårdenheter.²⁰⁸ Sådana bedömningar lägger alltså fokus vid lika, formella möjligheter att få tillgång till vård. Man kan konstatera att den svenska hälso- och sjukvårdens omfattning i det avseendet överskrider den standard som råder i många andra länder. Kan man inte därför dra slutsatsen att tillgången till svensk hälso- och sjukvård är förhållandevis god, kanske till och med föredömlig?

Kapabilitetsteorin förordar en tredje bedömningsmetod som i högre grad beaktar den mänskliga mångfalden. Sen menar att det inte spelar någon roll hur jämn fördelningen av resurser är om människor inte har förmåga att omvandla resurserna till olika, för dem, värdefulla tillstånd.²⁰⁹ Resurser skall alltså inte ses som slutmålet, utan som ett verktyg för att nå slutmålet (i detta fall

²⁰³ Bestämmelsen fanns då i 3 a § HSL (1982:763)

²⁰⁴ SOU 2013:2 s. 204 f.

²⁰⁵ Ibid., s. 207

²⁰⁶ Ibid., s. 207

²⁰⁷ Ibid., s. 207

²⁰⁸ SKR, *Vården i siffror*

²⁰⁹ Sen, *Inequality Reexamined*, s. 37 f.

hälsokapabilitet).²¹⁰ Människor skiljer sig åt både avseende vad de vill ha och vad de kan göra.²¹¹ En metod som istället fokuserar på vilka faktiska möjligheter olika personer har att realisera olika mål eller tillstånd är ett bättre angreppssätt för att bedöma hur välfungerande ett system är, enligt kapabilitetsteorin. Om vi således applicerar kapabilitetsteorin på den svenska modellen för tillgänglighet till vård blir den centrala frågeställningen inte hur välutvecklad den svenska hälso- och sjukvården är (till exempel hur många vårdcentraler det finns), utan istället hur systemet möjliggör för individer att komma i faktiskt åtnjutande av den vård som finns och som sägs vara öppen för alla.

4.5.2 Aktivitet – en dekrypteringsnyckel till vård?

Det finns alltså inga formella vägar för att få tillgång till vård och det är upp till vårdpersonalen att bedöma om vård är medicinskt motiverad eller ej. En sådan ordning framstår också som befogad eftersom det är vårdpersonalen som har den medicinska kunskapen och som är bäst lämpade att göra sådana bedömningar. Vårdanalys har däremot hävdad att PL i sin helhet utgörs av så opreciserade bestämmelser att den närmast är att betrakta som en ramlag.²¹² Särskilt avseende tillgången till vård kan man hävda att ett sådant system också riskerar att i sämsta fall vara godtyckligt och orättssäkert – vad kan den enskilda patienten göra om denne misstänker att vårdpersonal på oklara grunder har nekat vård? Min tolkning är inte att kapabilitetsteorin nödvändigtvis förordar utkrävbara rättigheter i domstol, vilket i vårdsammanhang är en intrikat fråga. Diskussionens många överväganden platsar inte i denna uppsats, och det är inte heller syftet att här argumentera för att en sådan rättighetslagstiftning bör införas.²¹³ Däremot uppmärksammar kapabilitetsteorin att statligt stöd behövs för att realisera samtliga invånarens kapabiliteter.²¹⁴

Problematiken kan illustreras med hjälp av ett fiktivt exempel: en 80-årig kvinna söker vård på grund av yrsel. Läkaren hänvisar till patientens ålder och att yrsel är någonting som kvinnan får lära sig att leva med. Kvinnan vill inte krångla och går därför hem, även om hon fortfarande är orolig och känner på sig att något är fel. Vad kan kvinnan göra när hon skickas hem? Hon kan vända sig till vårdgivaren igen, men är återigen hänvisad till vårdgivarens och personalens goda vilja. Hon kan också byta vårdcentral, vilket dock kan innebära ansträngande överväganden och behandlas utförligare i avsnitt 5.2. Kvinnan skulle kunna anmäla ett klagomål till IVO, men som

²¹⁰ Sen, *Inequality Reexamined*, s. 37 f.

²¹¹ Ibid., s. 85 f.

²¹² Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 11, 111, 217

²¹³ Klagomålmöjligheter redovisas i kapitel 7

²¹⁴ Nussbaum, *Creating Capabilities*, s. 65

redovisas i avsnitt 7.3.2 är IVO endast skyldiga att pröva ärenden där en skada eller sjukdom har uppstått till följd av bristande hantering av vården – kvinnan kan alltså inte vända sig till IVO för att få vård innan sådan skada eller sjukdom inträffat.

Ett sista alternativ för den äldre kvinnan hade varit att begära en second opinion av en ny läkare. Verkytet är dock begränsat i det att det bara gäller patienter som lider av en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada, som också har ett relativt snabbt förlopp. Kvinnan i exemplet hade alltså inte haft rätt till en ny bedömning, eftersom blodbristen ännu inte hade uppdagats. En second opinion initieras dessutom av patienten själv och det innebär att patienten alltså måste ha viss kunskap om att en second opinion kan vara värdefull. Det aktualiserar frågor om hur pålästa och informerade patienter måste vara för att få en second opinion. Lagstiftningen ålägger vårdgivarna ett ansvar att informera om och medverka till nya medicinska bedömningar, men om vårdgivarna inte uppfyller sina skyldigheter förflyttas ansvaret istället till patienterna. Ansvaret avser såväl kunskap om möjligheten till en second opinion som kunskap om att den medicinska situationen fordrar en ny bedömning. Vårdanalys citerar ett inlägg från en patientenkät som kastar ljus på problematiken: ”Om mina problem är svåra att se och ställa analys på i full utsträckning: hur skall jag då veta om min läkare kan bäst eller om jag skall kräva second opinion? Jag förstår ju inte vilken utredning eller annat som är bäst.”²¹⁵

I vissa fall kan man därför argumentera för att, förutom de livshotande och allvarligt sjuka, en tredje kategori faller utanför rätten till en second opinion: de sämre pålästa patienterna. Frågeställningen är angelägen ur ett kapabilitetsperspektiv: om informationshämtning, eller snarare viss aktivitet, i praktiken fordras för att en second opinion skall kunna komma till stånd, så innebär väl det att de som har kraft och möjlighet att tillgodogöra sig information hamnar i ett bättre läge jämfört med de som inte kan utöva samma sorts aktivitet? Problemen förstärks säkerligen om det därtill föreligger språkliga barriärer. Ruger inkluderar ”hälsokunskap” i sin lista över interna faktorer som kan påverka hälsokapabiliteten.²¹⁶ Hälsokunskap kan omfatta till exempel kunskap om sin egen hälsa, men också kunskap om hur man kan få mer information. Hälsokunskap får särskild betydelse i detta fall – den patient som bäst kan komma i åtnjutande av rätten till en second opinion måste först och främst vara den livshotande eller allvarligt sjuka, som samtidigt är aktiv och påläst om sitt eget ärende. Kan man förvänta sig sådan aktivitet från

²¹⁵ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 82

²¹⁶ Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 45, min översättning

den sköra äldre som samtidigt lider av en svår sjukdom eller skada? Eller snarare – är det rimligt att ålägga redan sjuka sköra äldre sådan aktivitet?

Äldre sköra befinner sig redan på grund av sina förutsättningar i en beroendeposition. För den äldre sköra som litar på läkarens utlåtande, eller som inte vågar ifrågasätta, kan ett felaktigt nekande till vård innebära ett avslut på personens vårdkontakter. Här synliggörs kapabilitetsteorins kritik mot olika fördelningsteorier – om man tittar på hur systemet formellt är uppbyggt framstår det som en rättvis ordning, men eftersom individuella skillnader inte tas med i bedömningen finns en risk för att de svaga marginaliseras. Trots att patientlagen inkluderar alla patienter och står för en bred tillgänglighet kan det finnas fallgropar för den äldre patient som inte vågar, orkar eller kan navigera de olika vägarna in i vården.

4.5.3 Får behovsprincipen genomslag?

Väntetider i vården är i många fall en resursfråga som inte nödvändigtvis löses genom lagstiftningens försorg. Ett sätt att bemöta resursproblematik är vårdgarantin, vilken syftar till att personer placeras på rätt plats i vårdkedjan och att vårdköerna således balanseras. Samtidigt måste vården beakta att behovsprincipen skall ges företräde framför kostnadseffektivitetsprincipen. Hälsokapabilitet förutsätter också tillgång till vård när behovet finns. En analys ur ett kapabilitetsperspektiv måste således utreda om utformningen av vårdgarantin är förenlig med behovsprincipen.

Trots vårdgarantin uppvisar svensk hälso- och sjukvård bristfällig tillgänglighet till vård enligt vissa mätningar. I en nyligen utförd översyn av vårdgarantin konstaterar till exempel regeringen att 60-79-åringar är den grupp som i lägst grad får en kontakt eller bedömning inom angivna tidsgränser.²¹⁷ Man kan dock hävda att kapabilitetsteorin leder till ohållbara slutsatser och att det är svårt att definiera när kapabiliteter är tillräckligt tillgodosedda. Föreslår inte kapabilitetsteorin ett naivt, idealiskt scenario, som i praktiken leder till att de allra svagaste och de med störst vårdbehov (sköra äldre exempelvis) ges en oändlig ström av vård utan att det egentligen gör någon nytta?²¹⁸ Man skulle kunna argumentera för att det i dagens läge helt enkelt inte finns förutsättningar för att samtliga vårdbehövande får vård eller operation inom några dagar. Man kan bemöta sådan kritik med att kapabiliteter måste vägas mot effektivitetshänsyn.²¹⁹ Ruger

²¹⁷ SOU 2017:53 s. 109. Vårdanalys var dock först med att uppmärksamma detta förhållande, se Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 124

²¹⁸ Ruger, *Health and Social Justice*, s. 187 f.

²¹⁹ Sen, *Inequality Reexamined*, s. 143 f.; Ruger, *Health and Social Justice*, s. 95

föreslår att vi först och främst måste jobba mot att säkerställa centrala hälsokapabiliteter,²²⁰ vilket enligt Ruger är förmågan att undvika tidig dödlighet och förmågan att undgå undvikbar morbiditet (till exempel sjukdom, dysfunktion, deformitet, undernäring eller funktionsnedsättning).²²¹ En icke-central hälsokapabilitet skulle till exempel vara medicinering för att motverka blygsel.²²² Ruger menar också att vårdinsatser måste prioriteras på basis av medicinsk lämplighet och medicinskt behov²²³, vilket står i samklang med den svenska behovsprincipen. Dessutom gör inte kapabilitetsteorin anspråk på att generera samma resultat för alla, utan fokus ligger istället på staters skyldighet att minimera gapet mellan individens realiserade och maximala hälsolivåer.²²⁴ Om överväganden efter kapabilitetsteorins modeller ledde till omöjliga slutsatser vore ju inte det kompatibelt med teorins själva poäng – att skapa ett ramverk för att analysera människors reella möjligheter. Jag bedömer därför att kapabilitetsteorin inte står i motsättning till vårdgarantins prioriteringar i sig och att kapabilitetsteorin inte nödvändigtvis kräver att vård skall ges inom en viss period. Vissa prioriteringar måste givetvis göras – här utifrån behovsprincipen.

Problemet är ur ett kapabilitetsperspektiv därför inte att det kan ta lång tid att få vård (såvida det inte rör sig om ett akut tillstånd förstås) utan snarare om behovsprincipen faktiskt är styrande i prioriteringarna. Vårdanalys genomförde 2015 en översyn av vårdgarantisystemet. De fastslog att vårdgarantin som utgångspunkt bör kunna vara förenlig med behovs- och solidaritetsprincipen, men att det i grunden är en ledarskapsfråga.²²⁵ Däremot pekar man även på vissa områden där man kan se tendenser till undanträngningseffekter; intervjuobjekt på till exempel neurologimottagningar menar att nybesök prioriteras framför återbesök för personer med kroniska sjukdomar.²²⁶ Även om det inte går att dra några fasta slutsatser från sådan statistik kan situationen illustreras med den externa faktorn ”förmåga att få hälsotjänster när det finns ett upplevt behov” i Rugers modell.²²⁷ Nybesök skall ges företräde framför återbesök och frågan är om nybesök alltid speglar ett större behov än återbesök. En patient som måste träffa läkaren på nytt kan ha ett större behov framför den som skall besöka vården för första gången. Det kan ses i ljuset av att många äldre i allmänhet, och sköra äldre i synnerhet, har en eller flera kroniska

²²⁰ Ruger, *Health and Social Justice*, s. 112 f.

²²¹ Ibid.

²²² Ibid., s. 106

²²³ Ibid., s. 172 f.

²²⁴ Ibid., s. 140 f.

²²⁵ Vårdanalys, *Variationer i väntan på vård*, 2015, s. 11

²²⁶ Ibid., s. 110

²²⁷ Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 46, min översättning

sjukdomar.²²⁸ Lagstiftaren hänvisar till att ansvaret ligger på vårdgivaren att göra behovsanalyser, men det tycks inte finnas några sanktioner för den som brister i det ansvaret. Lagstiftaren ger alltså nybesökspatienter ett ytterligare slags skyddsnät som saknas för återbesökspatienter. Dagens vårdgarantisystem ger inte heller någon vägledning i hur man skall prioritera mellan äldre och yngre och en översyn vore angelägen bara av den anledningen att äldre i lägre utsträckning än andra grupper får vård inom utsatt tid. Risken för undanträngningseffekter och ojämlikhet innebär givetvis en försämrad hälsokapabilitet vad avser tillgången till vård.

4.6 Sammanfattning

Patientlagen omfattar alla patienter, oavsett t.ex. ålder eller sjukdom, och säger att den som har behov, om det är motiverat med hänsyn till vetenskap och beprövad erfarenhet, också skall få vård. Det finns inga formella vägar för en patient att få vård – det är hälso- och sjukvården som beslutar om vård är motiverad. Vårdgaranti och second opinion är två verktyg för att förbättra tillgängligheten för patienter. Det går dock att ifrågasätta verktygens ändamålsenlighet – vårdgarantin omfattar inte återbesök och kan leda till undanträngningseffekter och en second opinion kan bara begäras av allvarligt sjuka eller skadade. För att få en second opinion till stånd krävs därtill att patienten är väl insatt i sitt eget ärende och medveten om att en ny bedömning behövs. Tillgången till vård är därmed god så länge som maskineriet fungerar som det är tänkt. Vid brister har däremot sköra äldre dålig kapabilitet att få tillgång till vård – den kroniskt sjuke som väntar på ett återbesök kan till exempel inte hänvisa till vårdgarantin och har inte nödvändigtvis tillräckligt med kunskap för att begära en second opinion, alternativt att sjukdomen inte är tillräckligt allvarlig för att en second opinion skall bli aktuell. Med beaktande av att denna uppsats fokuserar på sköra äldre blir dessa implikationer än mer påtagliga. Kapabilitetsteorin efterfrågar en större medvetenhet om att individer har många olika dimensioner som påverkar deras möjligheter.²²⁹ Ålder och skörhet är sådana dimensioner. Det går därför att argumentera för att den ”breda” tillgången till vård, som enligt PL skall prioriteras efter vårdbehov, saknar skyddsnät för de svagaste grupperna och att sköra äldre patienters hälsokapabilitet avseende tillgång till vård är underminerad.

²²⁸ Vårdanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre*, 2017, s. 101

²²⁹ Robeyns, *Wellbeing, Freedom and Social Justice*, s. 15

5 Valfrihet

5.1 Inledning

I förarbetena till patientlagen sägs att valfrihet är ett sätt att stärka patientens ställning.²³⁰ Att få ha valmöjligheter är därtill en grundpelare inom kapabilitetsteorin,²³¹ varför det är angeläget att närmare undersöka de faktiska förutsättningarna för sköra äldre patienters valfrihet. I detta kapitel utreds vilka möjligheter det finns att välja mellan vårdgivare i Sverige och utomlands. Avslutningsvis analyseras om valfrihetssystemet bidrar till att stärka sköra äldres hälsokapabilitet.

5.2 Det fria vårdvalet

Ett verktyg för att öka patienters valfrihet är det fria vårdvalet, som återfinns i 9 kap. 1 § PL. Skyldigheten för regionerna att erbjuda ett fritt vårdval inom den offentligt finansierade öppenvården, såväl inom som utom regionen, är sedan 2010 lagstadgad och bygger på det som tidigare var en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).²³² En patient kan således utan hinder välja vårdgivare inom regionen samt söka sig till en vårdgivare i en annan region. Regionerna är därför skyldiga att erbjuda vård på samma villkor till samtliga patienter, även om de kommer från en annan region. Hemregionen ersätter vårdregionen för vårdkostnaden.²³³ Det innebär att patienter som söker vård i en annan region skall få ta del av alla de behandlingsalternativ som vårdgivaren erbjuder, och att de medicinska behoven, inte om patienten tillhör regionen eller ej, skall bestämma hur patienterna prioriteras.²³⁴ Däremot kan en patient inte välja annat än öppenvård i en annan region, och omfattas inte heller av den andra regionens vårdgaranti.²³⁵

Systemet inskränker det kommunala självstyret, men på grund av att syftet är att stärka patientens ställning ansågs ändå ingreppet proportionerligt.²³⁶ Däremot har vissa regioner remisskrav för särskilda medicinska områden,²³⁷ vilket kan användas som styrmedel. Det innebär att en läkare inom primärvården måste skicka patienten till den högre instansen. Om en patient som omfattas av en regions remisskrav söker vård i en annan region krävs remiss (antingen från hemregionen eller vårdregionen) även till läkaren i den andra regionen, annars behöver inte hemregionen

²³⁰ Prop. 2013/14:106 s. 83

²³¹ Se till exempel Sen, *Inequality Reexamined*, s. 41 f.

²³² Prop. 2009/10:67 s. 37

²³³ Prop. 2013/14:106 s. 87

²³⁴ *Ibid.*, s. 86

²³⁵ *Ibid.*, s. 85 f.

²³⁶ *Ibid.*, s. 106 f.

²³⁷ En sammanställning finns hos SKR: *Sammanställning över regionernas krav på remiss i öppen vård*, 2020

ersätta vårdregionen för vården.²³⁸ Sådana remissregler kan förhindra att patienten beviljas vård i en annan region.²³⁹

Den som söker vård i en annan region bekostar själv resor och boende²⁴⁰, vilket kritiserades av ett flertal remissinstanser.²⁴¹ Regeringen menade dock att ett system där det offentliga ersätter sådana kostnader skulle innebära ohållbara konsekvenser. Man pekade istället på några fördelar med valfriheten som borde kunna väga upp för kostnaderna: den som jobbar i en region slipper åka till sin hemregion för att få vård och den som bor på annan ort kan välja att få vård där dennes familj och vänner befinner sig. Närhet till familj kan vara viktig under behandling, framhöll man.²⁴²

Man motiverade det fria vårdvalet med att det stärker den enskilde patientens ställning eftersom patienten får välja utförare efter egna önskemål och att hälso- och sjukvårdsområdet kan utvecklas om det finns många olika aktörer för patienter att välja bland.²⁴³ I förarbetena anges att det är viktigt att det offentliga bidrar med kvalitetssäkrad information för att förhindra att enskilda delar med sig av till exempel omdömen av läkare.²⁴⁴ Istället hänvisas patienter till 1177.se (Vårdguiden). Det är en webbplats som drivs av ett företag ägt av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tillsammans regioner och kommuner.²⁴⁵ Vårdguiden är fritt tillgänglig för alla och erbjuder information om många olika diagnoser och vårdsystemet men också kontaktuppgifter till olika vårdgivare.

Patienter kan i vissa fall välja vård utomlands och få vårdkostnaderna ersatta. Det gäller om vården utförts i ett EES-land och om Sverige är försäkringsmedlemsstat för patienten, vilket Sverige är bland annat för de som är folkbokförda här.²⁴⁶ Det krävs också att vården skall ha tillhandahållits av hälso- och sjukvårdspersonal och att vården skulle ha bekostats av det allmänna om den hade tillhandahållits i Sverige.²⁴⁷ Ersättningsärenden prövas av Försäkringskassan. Patienten kan antingen få ett förhandstillstånd, med vilken patienten i vårdlandet intygar att endast patientavgift skall betalas, eller ett förhandsbesked, som meddelar hur mycket ersättning

²³⁸ Prop. 2013/14:106 s. 87 ff.

²³⁹ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 96

²⁴⁰ Prop. 2013/14:106 s. 89

²⁴¹ *Ibid.*, s. 83

²⁴² *Ibid.*, s. 89

²⁴³ *Ibid.*, s. 83

²⁴⁴ *Ibid.*, s. 37

²⁴⁵ Inera, *Styrning och ledning*, 2019; Inera, *1177 Vårdguiden på webben*

²⁴⁶ Prop. 2012/13:150 s. 49

²⁴⁷ 5 § lag (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet; prop. 2012/13:150 s. 49 f.

patienten kan få för vården. Patienten kan också ansöka om ersättning i efterhand.²⁴⁸ I de två sista fallen måste patienten själv inledningsvis bekosta vården. Förhandstillstånd är dessutom, enligt Försäkringskassan, svårare att få.²⁴⁹ Resor och boende står patienten själv för.²⁵⁰

5.3 Hälsokapabilitet och valfrihet

5.3.1 Hur bör valfriheten bedömas?

Det är onekligen så, att det svenska systemet erbjuder en bred möjlighet för patienter att välja bland offentligt finansierade vårdgivare nationellt och internationellt. Frågan är då, om man inte kan se systemet med valfrihet inom vården som förenligt med kapabilitetsteorin. Alla får ju samma möjlighet att göra valet – därefter är det upp till var och en hur de vill utnyttja möjligheten. Det är ett sätt att bedöma valfrihetsmöjligheterna. Som redogjort för i avsnitt 4.5.1 är dock grundbulten i kapabilitetsteorin att trots allt undersöka människors reella möjligheter utifrån individuella förutsättningar. Därför måste man se bortom de formella möjligheterna och ta i beaktning om det finns några hinder som begränsar sköra äldres möjligheter att utnyttja utbudet, det vill säga om systemet med valfrihet förbättrar eller försämrar sköra äldres hälsokapabilitet.

5.3.2 Den digitala klyftan

Om man utgår från de tre förutsättningar för reell valfrihet som propositionen till patientlagen anger (brett utbud, information om utbudet och att sådan information är begriplig) är det troligtvis ingen som ifrågasätter att det första kravet är uppfyllt. Det är oomtvistat att det finns ett utbud. De andra två förutsättningarna, att det skall finnas information om utbudet och att informationen skall vara begriplig, leder däremot till fler följdfrågor. I propositionen exemplifieras informationsbasen med Vårdguidens webbplats 1177.se. Som tidigare nämnts är hälsokunskap en förutsättning för hälsokapabilitet, enligt Rugers lista.²⁵¹ Digitaliserad information är förstås ett viktigt och enkelt verktyg för att kunna nå ut till så många som möjligt och sprida sådan hälsokunskap. Samtidigt bör vi beakta hur många äldre som känner sig bekväma med att använda internet eller över huvud taget äger en dator. Tillgången till information är inte nödvändigtvis lättillgänglig för alla. Ett exempel är att bara 62 % av de äldre i åldrarna 75-85 hade tillgång till internet i hemmet 2016.²⁵² Vårdanalys har belyst att äldre känner ett minskat

²⁴⁸ Se 14 § lag (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet; Försäkringskassan, *Patient som ska söka vård utomlands*

²⁴⁹ Försäkringskassan, *Patient som ska söka vård utomlands*

²⁵⁰ Prop. 2013/14:106 s. 89

²⁵¹ Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 45

²⁵² SCB, *Privatpersoners användning av internet och datorer 2016*, 2016

förtroende för källor på internet jämfört med yngre och att det fortfarande finns en ”digital klyfta”.²⁵³ Var kan äldre, som inte har lätt för att navigera på internet, vända sig i andra hand för att få information? Den enskilde kan självklart ringa till telefonnumret 1177 som erbjuder sjukvårdsrådgivning och som beroende på situation kan rekommendera en lämplig mottagning.²⁵⁴ Den begripliga och tillgängliga information som det hänvisas till i förarbetena, varpå den enskilde skall kunna göra ett väl övervägt vårdval, är däremot svår att lokalisera. Att stor vikt läggs vid de digitala möjligheterna kan möjligtvis ses som ett utflöde av den generella aktivitetsnorm som framträder i förarbetena till PL – den enskilde bör på egen hand med digitala hjälpmedel, till skillnad från tryckt material, inhämta kunskap. Man kan här återkoppla till sårbarhetsteorin – när den sköra äldre inte kan navigera bland tekniken läggs kanske ansvaret på dennes närstående. Den digitala lösningen har då knappast uppfyllt sitt förenklande syfte.

Nätbaserade källor är givetvis inte något problem i sig. För de som har förmåga att aktivt söka information är internet en användbar plattform. Den information som krävs för att kunna göra ett välgrundat vårdval kan dock på grund av internetcentreringen vara svåråtkomlig för sköra äldre, och denne tvingas eventuellt konsultera eller ta hjälp av anhöriga. En konsekvens av försämrade tillgång till information är att ett byte av vårdgivare eventuellt inte kommer till stånd, även om patienten hade velat det. Det går hand i hand med ytterligare en punkt på Rugers lista: den externa faktorn ”förekomst av barriärer för tillgång och utnyttjande av hälsotjänster”.²⁵⁵ Det kan exempelvis vara geografiska eller språkliga hinder.²⁵⁶ I detta fall kan man kanske se bristande information som en sådan barriär mot hälsokapabilitet. Patientlagstiftningen erbjuder alltså omfattande valfrihetsmöjligheter för den enskilde patienten, men det kan föreligga hinder för äldre att tillgodogöra sig information om utbudet, som i sin tur kan resultera i att äldre som vill byta vårdgivare inte kan eller förmår sig göra detta. Ett kapabilitetsperspektiv bidrar med alternativa ingångar till frågan – för att stärka sköra äldres kapabilitet att kunna utöva valfrihet i vården krävs att debatten i större utsträckning handlar om hur vi kan överbygga den digitala klyftan.

²⁵³ Vårdanalys, *Vem vill veta vad för att välja?* 2014, s. 11, 33 f.

²⁵⁴ 1177 Vårdguiden, *Om 1177 Vårdguiden på telefon*, 2018

²⁵⁵ Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 46, min översättning

²⁵⁶ Ibid.

5.3.3 Socioekonomiska faktorer som hinder

Ruger listar ”materiella förutsättningar”, och då bland annat ekonomiska förutsättningar, som en typ av extern faktor som påverkar hälsokapabiliteten.²⁵⁷ Denna faktor är givetvis alltid relevant när man diskuterar hälso- och sjukvården, men bör diskuteras även i detta sammanhang. Den som söker vård i en annan region bekostar resa och boende själv. Den som söker vård utomlands får i flera fall inledningsvis själv bekosta vården. Eftersom en patients ekonomiska förutsättningar styr valfrihetsmöjligheterna, kan man då tala om reell valfrihet? Frågan uppmärksammades i flera remissvar inför arbetet med patientlagen.²⁵⁸ Frågan är angelägen framför allt för de sköra äldre som lever med en låg inkomst eller som är beroende av försörjningsstöd.²⁵⁹ Även om man inte kan konstatera att en person lever i fattigdom kan begränsade resurser ändå innebära förhinder att utnyttja valfriheten. Sen beskriver det som att relativt försämrade inkomster kan orsaka fullständigt försämrade kapabilitet.²⁶⁰ I en patientenkät som Vårdanalys genomförde uppgav exempelvis 10 % av de som ville söka vård i en annan region att de avstod på grund av kringkostnader.²⁶¹

Som alltid när det gäller resurser måste förstås kapabilitetsteorin inkludera effektivitetshänsyn. Det är, precis som regeringen argumenterade i propositionen, svårt att förutse vilka merkostnader det skulle innebära om regionen skulle stå för boende och resor och frågan är möjligtvis snarare politisk än rättslig. Däremot går det att ifrågasätta i hur hög grad till exempel närhet till familj kompenserar för uppkomna kostnader för patienten – den som inte har tillräckligt goda finansiella medel kommer helt enkelt att avstå vård i en annan region eller utomlands. Begränsade ekonomiska förutsättningar innebär onekligen försämrade hälsokapabilitet i de fall regionen inte kan erbjuda den vård som behövs. Systemet tycks vila på ett antagande om oproportionerliga kostnader, men någon egentlig proportionalitetsbedömning görs inte i förarbetena. Det vore önskvärt med en närmare översyn av hur många som på grund av bristande kompetens eller utrustning i sjukvården söker sig till andra regioner men tvingas avstå på grund av för höga merkostnader, hur betungande ett system som ersätter sådana kostnader skulle bli för regionerna och om det skulle gå att försvara med hänsyn till mer utsatta gruppers vårdbehov.

²⁵⁷ Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 45, *min översättning*

²⁵⁸ Prop. 2013/14:106 s. 83

²⁵⁹ År 2017 låg ungefär 245 000 kvinnor och män över 65 års ålder under gränsen för relativt låg ekonomisk standard, vilket avser under 60 procent av medianinkomsten, se Pensionsmyndigheten, *Äldre med låga inkomster*, 2018, s. 1, 25

²⁶⁰ Sen, *Inequality Reexamined*, s. 115

²⁶¹ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 96

5.3.4 Administrativa hinder

I många regioner finns inga remisskrav alls, medan andra regioner kräver remiss för viss typ av vård. Remissystemet i Sverige presenterar således en splittrad bild. Att den som söker vård i en annan region måste förhålla sig till vårdregionens remissregler måste rimligtvis bero på respekten för det kommunala självstyret. Regionerna skall ha det främsta mandatet att ordna vården. Systemet innebär dock att vårdvalet för vissa kan ta lång tid eller helt utebli, om till exempel hemregionen inte vill utfärda sådan remiss. Det försämrar onekligen patienters hälsokapabilitet, och särskilt sköra äldre som inte har ork eller förmåga att driva ett sådant ärende. Avseende det fria vårdvalet sägs i förarbetena att det är ett proportionerligt ingrepp i det kommunala självstyret eftersom det stärker patientens ställning. Någon liknande bedömning görs inte av remissreglerna. I dessa fall tycks således det kommunala självstyret ges företräde, men det är oklart på vilka grunder.

5.4 Sammanfattning

Patienter är obehindrade att välja fritt bland vårdgivare som erbjuder öppen vård. Det är i sig förstås ett system som främjar hälsokapabilitet. Lagstiftningen måste dock ses ur den sociala kontext där den verkar. Enligt kapabilitetsteorin krävs en ökad medvetenhet om den mänskliga mångfalden. För sköra äldre innebär det att valfriheten kan vara svår att utnyttja eftersom den information som beslutet skall fattas utifrån främst är tillgänglig via internet. De äldre som inte äger ett tekniskt hjälpmedel eller som inte är bekväma med att använda internet har således försämrade möjligheter att inhämta kunskap och därefter fatta ett välgrundat vårdvalsbeslut. Lagstiftaren tycks alltså utgå från en verklighetsbeskrivning som inte nödvändigtvis gäller för alla äldre. Ibland kan vård behöva ges i en annan region eller i ett annat land. Den sköra äldre som inte har medel nog att betala utgifter för resa och boende kommer dock inte kunna utnyttja valfriheten. Sammantaget belyser kapabilitetsteorin hur lagstiftningens konstruktion främjar de redan resursstarka (kunskapsmässigt eller ekonomiskt), medan svagare grupper, såsom sköra äldre, får försämrad hälsokapabilitet.

6 Delaktighet

6.1 Inledning

I förarbetena till patientlagen betonas att patienten måste bli mer deltagare än betraktare i sina egna vårdprocesser. Individens möjligheter att få göra egna val är dessutom en central pelare i kapabilitetsteorin. I detta kapitel skall fyra olika faktorer som stärker patientens delaktighet undersökas: 1) patientens rätt till information, 2) samtycke och samråd, 3) val av

behandlingsalternativ och 4) fast vårdkontakt och fast läkarkontakt. I slutet av avsnittet analyseras den sköra äldre patientens självbestämmande med hjälp av kapabilitetsteorin.

6.2 Patientens rätt till information

Patientens rätt till information bygger på den tanke som redogjorts för i del 1 om en informerad patient som en stark patient. Det har lett till en omfattande informationsplikt för vårdpersonalen som återfinns i patientlagens tredje kapitel, där 1-2 §§ fastställer huvudparten av ansvaret:

1 § Patienten ska få information om 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 vård, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård, och metoder för att förebygga sjukdom eller skada

2 § Patienten ska 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 möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

3 kap. PL fastställer också bland annat att information skall anpassas till patientens individuella förutsättningar (6 §) och att informationsgivaren skall säkerställa att patienten förstått informationen (7 §). Patienten får avstå information och ett sådant beslut skall respekteras, 3 kap. 6 § 2 st. PL.

Den övergripande idén är att en patient som får tillräckligt mycket kunskap om sitt eget ärende kan utifrån informationen ta ställning till den vård som erbjuds. Kunskap är således en nödvändig förutsättning för att patienten skall kunna utöva sitt självbestämmande och möjliggör för patienten att formulera sina behov och ställa krav på vården.²⁶² Det ligger alltså till grund för att patienten skall kunna tillgodogöra sig de övriga förmånerna i PL. Brister i informationsplikten föranleder ingen sanktion eller disciplinpåföljd för vårdgivare eller personal.

²⁶² Prop. 2013/14:106 s. 47

6.3 Samtycke och samråd

Vård får som utgångspunkt inte ges utan patientens samtycke²⁶³ och patientens självbestämmande och integritet skall respekteras, 4 kap. 1-2 §§ PL. Det är en fundamental princip som hänger samman med det grundlagsstadgade skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp i 2 kap. 6 § RF. Innan PL:s tillkomst framgick samtyckeskravet endast indirekt i HSL och till följd av principens grundläggande betydelse ansåg man det därför viktigt att föra in den i lagtext.²⁶⁴

Patienten skall utöver kravet på samtycke även ges en möjlighet att via samråd aktivt delta i den egna vårdprocessen, 5 kap. PL. Det gäller delaktighet i utformandet och genomförandet av vården, till exempel egenvård, 5 kap. 1-2 §§ PL. Även patientens närstående skall kunna medverka vid utformandet och genomförandet av vården, så länge det är lämpligt och det är förenligt med bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt, 5 kap. 3 § PL. Vårderbjudandet skall alltså individanpassas och målet är att patienten och den som bedriver hälso- och sjukvården skall uppnå ”bästa möjliga samförstånd”.²⁶⁵ Däremot kan patienten aldrig slutgiltigt bestämma vilken vård som skall ges.²⁶⁶ Det är hälso- och sjukvården som bär det medicinska ansvaret.²⁶⁷ Några remissinstanser pekade på det faktum att vissa patienter möjligtvis kan uppleva otrygghet när de förväntas fatta beslut om den egna vårdprocessen.²⁶⁸ I propositionen understryker man dock att det är patientens val att ta på sig eller lämna över mer ansvar på den medicinskt ansvarige och att även de patienter som inte vill vara lika delaktiga skall behandlas med respekt.²⁶⁹ Hur deltagande en patient kan eller vill vara kommer att variera.²⁷⁰

Det lämnas inte några kriterier eller konkretiseringar för när samförståndet får anses vara uppnått. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) stadgas att vårdgivaren skall se till att det finns ett ledningssystem för att systematisera och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, 3 kap. 1 §. Med kvalitet avses bland annat krav och mål som följer på lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, 2 kap. 1 §. Det åligger således vårdgivaren att genom rutiner precisera innebörden av bestämmelsen. Bristande delaktighet är dock inte sanktionsgrundande.

²⁶³ Vissa i lag stadgade undantag från denna princip inkluderar till exempel tvångsvård enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

²⁶⁴ Prop. 2013/14:106 s. 56

²⁶⁵ Ibid., s. 72

²⁶⁶ Ibid., s. 72

²⁶⁷ SOU 2013:2 s. 64 f.

²⁶⁸ Prop. 2013/14:106 s. 71

²⁶⁹ Ibid., s. 72

²⁷⁰ Ibid., s. 72

6.4 Val av behandlingsalternativ

En patient kan utöva sin självbestämmanderätt genom att i vissa fall få välja mellan olika behandlingar, 7 kap. 1 § PL. För att det skall bli aktuellt krävs först att det skall föreligga två eller flera jämgoda behandlingsalternativ som alla står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. För det andra krävs dessutom att behandlingen skall framstå som befogad med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och kostnaderna för behandlingen. Man motiverar denna möjlighet med att den medicinska utvecklingen har lett till ett ökat antal behandlingsalternativ och att olika patienter ofta gör olika bedömningar av risker och nytta med behandlingar och livskvalitet.²⁷¹ Man säger: ”I dessa frågor är patienten expert och rimligen i de flesta fall bäst skickad att bedöma effekterna av de behandlingsalternativ som finns om patienten får tillgång till information”.²⁷² Här återknyter man alltså både till patientens kunskap och patientens självbestämmande. Patienten skall ha möjlighet att välja det dyraste av de olika alternativen, men kostnaden måste samtidigt stå i proportion till den förväntade nyttan.²⁷³ Nyttan är dock ett begrepp som avser både hälsa och livskvalitet och som utgår från patientens perspektiv.²⁷⁴ Om patienten söker vård i en annan region kan patienten välja bland alla tillgängliga behandlingsalternativ, även om utbudet inte är detsamma som i hemregionen.²⁷⁵ Personalen skall agera som stöd i patientens beslutsfattande, bistå med information och vägledning och se till att patienten fattar ett välgrundat beslut.²⁷⁶

6.5 Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

För att ytterligare tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet kan en ”fast vårdkontakt” utses för patienten, 6 kap. 2 § PL. En sådan kontakt skall hjälpa patienten i samtal med vården och verka för att olika åtgärder samordnas.²⁷⁷ Vårdkontakten kan vara till exempel en läkare, sjuksköterska eller psykolog, eller någon med en mer administrativ roll.²⁷⁸ En vårdkontakt skall utses så fort patienten begär det, oavsett om en sådan behövs eller inte.²⁷⁹ Hur patienten upplever sitt eget behov är alltså bestämmande. Från en fast vårdkontakt måste man skilja en ”fast läkarkontakt”, 6 kap. 3 §. Vårdkontakten och läkarkontakten utses av samma anledning – att säkerställa trygghet och kontinuitet. Läkarkontakten avser dock vad

²⁷¹ Prop. 2013/14:106 s. 75

²⁷² Ibid.

²⁷³ Ibid., s. 76

²⁷⁴ Ibid., s. 76

²⁷⁵ Ibid., s. 76

²⁷⁶ Ibid., s. 76 f.

²⁷⁷ Ibid., s. 99

²⁷⁸ Ibid., s. 99

²⁷⁹ Ibid., s. 99

namnet antyder – möjligheten att få träffa samma läkare. Man menar att en sådan möjlighet hjälper till att skapa en förtroendefull relation mellan läkare och patient, och vilket är särskilt viktigt för äldre.²⁸⁰ Patienten kan dock bara begära en fast läkarkontakt inom primärvården. Verkytet är således begränsat till framför allt vårdcentraler.

6.6 Hälsokapabilitet och delaktighet

6.6.1 Hur bör delaktigheten bedömas?

Självbestämmande och samråd är förutsättningar för att patienter skall kunna nå de hälsomål de själva värdesätter. Den motsvarande posten på Rugers lista hänvisar till den externa faktorn ”hur hälso- och sjukvårdssystem interagerar med individen för att bygga och möjliggöra hälsokapabilitet”.²⁸¹ Ett sätt att bedöma hur mycket patientdelaktighet ett hälso- och sjukvårdssystem tillåter är att titta på de formella förutsättningarna i lagstiftningen. I en svensk kontext stadgas explicit att vården så långt det är möjligt skall utformas i samråd med patienten. En kapabilitetsanalys kräver dock att patientens samlade kapabilitet undersöks. Bestämmelsen måste således betraktas i sin sociala kontext.

Kapabilitetsteorin lägger stor vikt vid det individuella valet. Såväl Nussbaum som Ruger grundar sina framställningar på Aristoteles idé om ”human flourishing”. Konceptet liknar kapabilitet i hög grad och förordar att det är statens skyldighet att beakta medborgarnas sårbarhet och tillförsäkra dem möjligheter att vara och göra vad de vill så långt som det är möjligt, vilket hjälper individen att frodas.²⁸² Här syns även tydliga paralleller till sårbarhetsteorin. Ruger konkretisar denna idé genom att dela upp begreppet hälsokapabilitet i två olika delar: ”health agency”, vilket kan översättas till ”hälsomakt”, och ”health achievement”, vilken kan översättas till ”hälsoutfall”.²⁸³ Hälsomakt avser förmågan att göra val för sin egen hälsa och hälsoutfall är resultatet av de valen.²⁸⁴ Om valet att äta smärtstillande medicin är hälsomakt, så är det smärtstillande resultatet hälsoutfallet. Applicerat på delaktighet innebär det att det måste finnas en reell möjlighet för den sköra äldre att göra val vilka också får verklig betydelse i vårdprocessen. Frågan blir härmed i vilken mån patientlagen möjliggör sådan interaktion mellan patient och den medicinskt ansvarige som skapar hälsokapabilitet för de sköra äldre (och hjälper denne att frodas).

²⁸⁰ Prop. 2013/14:106 s. 99

²⁸¹ Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 46, min översättning

²⁸² Nussbaum, *Creating Capabilities*, s. 127 f.; Ruger, *Health and Social Justice*, s. 45

²⁸³ Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 42, min översättning

²⁸⁴ Ibid.

6.6.2 Vem skall få vara delaktig?

Diskussioner om individen som aktör ("agency" i kapabilitetslitteraturen) förekommer i princip i alla version av kapabilitetsteorin.²⁸⁵ Nussbaum hävdar till exempel att kapabiliteten praktiskt tänkande är en av de viktigaste kapabiliteterna, eftersom den föregår de flesta andra. Om människor är välnärda och mår bra, men inte har möjlighet att planera och resonera kring sin egen hälsa innebär det att staten infantiliserar sina invånare, eftersom de, i strid med mänsklig värdighet, saknar möjlighet att utöva inflytande, menar Nussbaum.²⁸⁶ Det råder ingen konsensus om hur mycket makt en individ bör tillerkännas²⁸⁷, men varje variant av kapabilitetsteorin bör inbegripa någon form av erkännande av individen som aktör.²⁸⁸

Sen lägger stor vikt vid individens rätt att få göra egna val.²⁸⁹ Han menar att det är av mindre vikt hur olika tillstånd åstadkoms, så länge det finns frihet att åstadkomma.²⁹⁰ I hur hög utsträckning skall individer sedermera behöva känna konsekvenserna av sina val? Man skulle kunna tänka sig, att på grund av att individens frihet att göra egna val är en så central pelare i kapabilitetsteorin, så borde rimligtvis individen också behöva möta de konsekvenser som följer på vissa val. I en hälsokontext argumenteras till exempel ibland för att personer som har förebragt sig sina medicinska åkommor genom medvetet risktagande, till exempel rökning, borde betala högre patientavgifter eller klara sig själva.²⁹¹ Man skulle kunna hävda att individen, genom risktagande, förbrukat sin rätt att få utöva inflytande i vården. Individens frihet att göra egna val kan ur ett sådant perspektiv vara en förklädd välsignelse. Min tolkning är att kapabilitetsteorin tillskriver individer ett visst mått av ansvar för sina handlingar eftersom fokus ligger på friheten att få göra olika val. Ruger argumenterar dock för att det bland annat kan vara svårt att avgöra hur frivilliga vissa handlingar egentligen är – är rökning ett eget val eller ett ofrivilligt beroende?²⁹² Enligt Ruger är kapabilitetsteorin i en hälsokontext inte angelägen om att skuldbelägga människor, utan snarare skapa bra förutsättningar för individer att istället göra goda val för sin egen hälsa.²⁹³ Ur ett kapabilitetsperspektiv kan man se det som att alla individers hälsokapabilitet skall stärkas, vilket alltså även inkluderar sköra äldre som kan ha ådragit sig ohälsa genom riskfyllt beteende.

²⁸⁵ Robeyns, *Wellbeing, Freedom and Social Justice*, s. 64

²⁸⁶ Nussbaum, *Creating Capabilities*, s. 39

²⁸⁷ Robeyns, *Wellbeing, Freedom and Social Justice*, s. 64

²⁸⁸ Ibid.

²⁸⁹ Sen, *Inequality Reexamined*, s. 148 ff.

²⁹⁰ Ibid., s. 148

²⁹¹ Ruger, *Health and Social Justice*, s. 153

²⁹² Ibid., s. 153 f.

²⁹³ Ibid., s. 154 f.

6.6.3 Självbestämmandets gränser

Ruger menar att vi måste uppmärksamma ”informationsasymmetrin” i vården.²⁹⁴ Vårdgivarna har mer kunskap om medicin generellt och den enskilda patientens hälsotillstånd. Även om vårdgivarnas inrådan behövs för att patienten skall nå lyckosamma hälsoutfall, måste individer också enligt Ruger tillerkännas hälsomakt, där patienterna tillåts utöva inflytande över omvandlingen av hälsoresurser till hälsoutfall.²⁹⁵ För att leva upp till kapabilitetsteoris krav måste alltså sjukvårdssystemet till viss del möta patienters önskemål. Patientlagen syftar till att stärka patienten som en aktiv deltagare och det framstår alltså som om lagstiftaren har beaktat patientens möjlighet att få göra egna val. När det gäller samtycke till om vård över huvud taget skall ges är regelverket tydligt – endast i få, lagstadgade fall, får en patient påtvingas vård. I övriga fall skall samtycke alltid föreligga. Det bör inte råda några tvivel om att en sådan ordning stärker patientens hälsokapabilitet.

När det gäller utformandet av behandling och medicinering är det mer oklart. Patientlagen ger direktiv om att bästa möjliga samråd skall uppnås. Det finns dock restriktioner för alla de val som en patient kan göra i sina egna vårdprocesser. En behandlingsåtgärd måste stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket är ett kriterium som saknar rättsligt innehåll och som måste bestämmas av den medicinska professionen.²⁹⁶ I propositionen till PL konstateras också att patienten aldrig ensam kan få fatta det slutgiltiga beslutet.²⁹⁷ Om man skall hårdra det kan man alltså hävda att patienter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet inte har hälsomakt avseende behandling och medicinering. Patienten får inte välja fritt mellan åtgärder som leder till, för henne, värdefulla tillstånd. Här måste man dock återknyta till Sens tanke om att kapabilitetsteorin inte kan användas isolerat utan även måste ta hänsyn till effektivitet. Ruger menar också att vård måste ges på grundval av medicinsk lämplighet och medicinskt behov.²⁹⁸ Det är i grund och botten den medicinskt ansvarige som har den medicinska kunskapen. Ett system som tillät patienterna att fritt välja behandlingsåtgärd eller medicinering skulle antagligen leda till negativa konsekvenser för såväl patienter som vårdgivare. Därför är det inte hållbart att kräva fritt självbestämmande för alla patienter i kapabilitetsteorin namn. Att självbestämmandet är begränsat till att endast gälla samtycke till vård bör alltså kunna anses stå i överensstämmelse med kapabilitetsteorin.

²⁹⁴ Ruger, *Health and Social Justice*, s. 62, 169, *min översättning*

²⁹⁵ *Ibid.*, s. 62

²⁹⁶ Vahlne Westerhäll, *Vetenskap och beprövad erfarenhet – juridik*, s. 25

²⁹⁷ Prop. 2013/14:106 s. 72

²⁹⁸ Ruger, *Health and Social Justice*, s. 172 f.

6.6.4 Samrådets gränser

Trots att patienten inte har fri bestämmanderätt skall ändå bästa möjliga samråd uppnås med patienten. Hur skall det gå till? För att patienten över huvud taget skall kunna vara en aktiv deltagare i vårdprocessen krävs enligt propositionen till PL att det ställs ökade kunskapskrav på patienten. Det understöds av vårdgivarnas omfattande informationsplikt. Däremot är det förstås viktigt att patienten inte känner otrygghet i de val som ska fattas, vilket var en farhåga som lyftes i remissvar till PL.²⁹⁹ Likaså menar Sen att devisen ”ju fler valmöjligheter, desto bättre” inte alltid gäller – ibland kan för många valmöjligheter till och med försämra en individs välbefinnande.³⁰⁰ För kapabilitetsanalysen blir det därför angeläget att pröva om delaktigheten begränsas av de krav som ställs på den sköra äldre patienten.

I takt med ökad ålder förekommer naturligt viss försämring av kognitiva förmågor, till exempel språk, intelligens och minne.³⁰¹ Vissa drabbas därtill av demenssjukdomar. Sköra äldre är dessutom sköra just på grund av en eller flera fysiologiska nedsättningar. Denna åldersrelaterade försämring i funktion kan vara viktig att beakta när man talar om äldre och deras aktivitet i vården. Man bör vara försiktig med att göra allt för stora generaliseringar, men det bör inte vara kontroversiellt att påstå att vissa äldre saknar vilja, förmåga eller motivation till att delta aktivt i vården på det vis som förutsätts i förarbetena. Det får ses mot bakgrund av resultaten i IHP-undersökningen. 72 % av de tillfrågade uppgav att de blev involverade i beslut så som de önskade – det kan jämföras med Nya Zeelands resultat på 93 %. Sverige fick den näst sämsta siffran av samtliga deltagande länder.³⁰² På samma sätt uppgav 84 % av de tillfrågade att läkaren och den medicinska personalen förklarade saker på ett lättbegripligt sätt, vilket placerade Sverige längst ned på listan.³⁰³ Däremot uppgav 75 % att det är enkelt att nå sjukvårdspersonal för att ställa frågor och få information, vilket var ett jämförelsevis högt resultat.³⁰⁴ Resultaten föranleder dock frågan om den aktiva patienten som framträder i förarbetena är en eftersträvanvärd position, trots alla de positiva associationer som begreppet oftast för med sig. Här kan man återknyta dels till sårbarhetsteorin och dess kritik mot idealiseringen av den autonoma individen och analysen avseende second opinion i avsnitt 4.4. Lagstiftningen utgår från en aktiv och deltagande individ – missgynnas inte då de patientgrupper som inte passar in i mallen?

²⁹⁹ Prop. 2013/14:106, s. 71

³⁰⁰ Sen, *Inequality Reexamined*, s. 59

³⁰¹ Forte, *Åldrande och minne: naturligt eller sjukligt glömske?* 2014, s. 3

³⁰² Vårdanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre*, 2017, s. 46

³⁰³ Ibid.

³⁰⁴ Ibid., s. 74

Enligt förarbeten och lagtext skall patienten kunna avstå information och delaktighet om denne så vill och detta val skall respekteras. Informationen skall också anpassas till patienten och dennes förutsättningar. Det framstår alltså vid första anblick som att lagstiftningen trots allt fångar upp de patienter som inte passar in i mallen av den aktiva patienten. Däremot har PL kritiserats, till exempel av Vårdanalys, för att i princip vara en ramlag, särskilt med beaktande av den generella avsaknaden av tillsyn av PL och att vårdgivarnas skyldigheter är tämligen opreciserade.³⁰⁵ Bestämmelser med innebörden att vården skall se i samråd med patienten har därtill sedan 1980-talet funnits i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.³⁰⁶ 1 kap. 5 § PL är i princip en ordagrann kopia av 3 § i 1981 års HSL. Patientens delaktighet utgår alltså från en äldre och allmänt hållen bestämmelse. Det rimmar illa med patientlagens syfte att främja patientens delaktighet – det framstår som kontraproduktivt att behålla den ursprungliga bestämmelsen, som ger tillämparen stort tolkningsutrymme, utan ytterligare tillägg eller modifieringar om man samtidigt vill åstadkomma en förändring.

Det finns en spänning här i det att en lagstiftning som detaljstyr kan försvåra för vården att bedriva det vardagliga arbetet. Utifrån äldre HSAN-avgöranden kan man visserligen se att läkare traditionellt har haft svårt för att lyssna på patienter, men det har hävdats att för en välfungerande dynamik krävs att patienter förstår att vården inte är ändlös.³⁰⁷ Det är förstås en relevant invändning. Därtill kan ju en effektiv vårdapparat också ha ett eget värde för sköra äldres hälsokapabilitet eftersom de flesta hälsotillstånd givetvis gynnas av att vård sätts in så snabbt som möjligt. Att bestämmelserna är oprecisa och att det därtill saknas ytterligare, heltäckande normgivning gör det dock än mer angeläget att skyldigheterna i lagstiftningen faktiskt efterlevs. Ruger, som förespråkar en balans mellan patientinput och personalens medicinska kunskap, framhåller vikten av skyddsnät, till exempel när det finns ekonomiska incitament att leverera vård på ett visst sätt.³⁰⁸ En patients hälsokapabilitet avseende delaktighet måste i dagsläget anses variera beroende på situation, vårdgivare och personal, vilket i sig kan uppfattas som ojämnt. Detta får särskild relevans mot bakgrund av att Vårdanalys menar att det fortfarande är oklart inom vården varför patientens ställning skall stärkas – kulturer och attityder motverkar att patientens ställning prioriteras.³⁰⁹ Sådana attityder uppmärksammades även i förarbetena till PL,

³⁰⁵ Se till exempel Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 11

³⁰⁶ Prop. 1981/82:97 s. 50

³⁰⁷ Johnsson, *Patientsäkerhetslagen och patientens rättigheter*, s. 36

³⁰⁸ Ruger, *Health and Social Justice*, s. 178

³⁰⁹ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 150 ff.

men man menade att det främst var en fråga för verksamhetschefen och dennes ledarskap.³¹⁰ Den mänskliga faktorn måste givetvis alltid beaktas, men om lagstiftningen gör anspråk på att främja samtliga patienters delaktighet måste den rimligtvis också i möjligaste mån begränsa att patienters hälsokapabilitet styrs av kvaliteten på relationen mellan patienten och läkaren.

Här får dock påpekas att systemet med fast läkarkontakt och fast vårdkontakt onekligen främjar äldres hälsokapabilitet, eftersom det är två verktyg som bidrar till förbättrad kontinuitet och samordning, vilket rimligtvis borde vara särskilt viktigt för den sköra äldre med multipla sjukdomar. Den fasta läkarkontakten är en relativt outnyttjad resurs – i Sverige har 60 % av alla äldre en fast läkarkontakt, vilket enligt IHP-undersökningen var det lägsta resultatet av alla bedömda länder.³¹¹ Andelen varierar också kraftigt mellan regioner – från 36 % till 76 %.³¹² Det är svårt att bedöma om siffran är låg på grund av bristande information eller litet behov. Resultatet kan dock ses mot bakgrund av Vårdanalys patientenkät, där 45 % uppgav att de fått information om möjligheten att få en fast läkarkontakt.³¹³ Möjligtvis kan dessa utfall ses som ytterligare en indikator på att breda och opreciserade bestämmelser i lagstiftningen riskerar att försvaga sköra äldres hälsokapabilitet.

Vårdanalys har påpekat att många av de skyldigheter som framgår av PL saknar adressat.³¹⁴ Vad gäller samtycke och delaktighet nämns till exempel inga subjekt i lagtexten, förutom patienten. I propositionen sägs att det är ”den som bedriver hälso- och sjukvård” som skall uppnå samförstånd med patienten och skyldigheten att informera patienten åläggs den som har det direkta medicinska ansvaret.³¹⁵ Är det huvudmän, vårdgivare eller vårdpersonal som avses? Det kan alltså vara svårt att avgöra vem som har ansvaret i det specifika fallet, såväl för aktörer inom vården som för patienten. Vårdanalys pekar på att det visserligen är befogat att alla instanser tar ansvar, men att det finns en risk att det abstrakta ansvaret leder till att ingen tar ansvar för att fullgöra skyldigheterna.³¹⁶ Ur ett kapabilitetsperspektiv blir problematiken särskilt angelägen eftersom det riskerar att försvaga substansen i skyldigheterna vilket i sin tur försämrar möjligheten för den sköra äldre att delta i vården på sina egna villkor.

³¹⁰ SOU 2013:2 s. 71

³¹¹ Vårdanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre*, 2017, s. 42

³¹² Ibid., s. 90

³¹³ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 57

³¹⁴ Ibid., s. 125

³¹⁵ Prop. 2013/14:106 s. 72, 47 f.

³¹⁶ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 125

Samlat innebär tolkningsutrymmet i bestämmelserna att det finns en risk att det uppstår en diskrepans mellan å ena sidan vårdgivarens och personalens, å andra sidan patientens, uppfattning av hur patient skall vara, bete sig eller förbereda sig. Det kan till exempel vara att läkaren har en utgångspunkt (en påläst, deltagande patient) medan patienten har en annan (vill få sina problem lösta så fort och smidigt som möjligt). Några potentiella scenarion är att behandlingsåtgärder helt uteblir, förvirring i kontakter med vården uppstår eller att patienter faller mellan stolarna. På detta sätt synliggörs hur ett fokus på individens självbestämmande, aktivitet och delaktighet i lagstiftningen utan, vad man skulle kunna kalla ”stödhjul” eller styrning, trots allt begränsar sköra äldres förmåga att utnyttja patientlagen på samma sätt som mer resursstarka och kapabla patienter skulle kunna göra.

6.6.5 Hälsonormer

I bedömningen av på vilka premisser sköra äldre kan delta i sin egen vårdprocess kan även hälsonormer beaktas. Ruger pekar på hur sådana normer kan påverka individuellt beteende och listar ”tro på sin egen förmåga att nå hälsoutfall, även under ofördelaktiga omständigheter” som en intern faktor som skapar hälsokapabilitet.³¹⁷ Hittills har denna framställning främst handlat om hur tolkningsutrymmet och aktivitetsidealet i PL riskerar att utestänga sköra äldre från vård, men det kan även finnas anledning att beakta hur rådande ideal influerar sköra äldres egna förhållningssätt och beteenden gentemot vården. Det finns i forskningen visst stöd för att äldre anpassar sig till rådande paradig, exempelvis att den ökade andelen äldre innebär en ekonomisk belastning för samhället, genom att avstå från att betrakta sig själva som värdefulla.³¹⁸ I en hälsokontext kan man möjligtvis argumentera för att sådana uppfattningar förstärks om den sköra äldre möts av en övergripande retorik som varnar för en ”silver-tsunami”, samtidigt som patientlagstiftningen premierar aktiva och informerade patienter. Om den sköra äldre patienten ges en bild av att patienter *skall* vara aktiva och deltagande (för att avlasta samhället), men inte kan identifiera sig som det, så uppstår en risk för att den sköra äldre helt enkelt inte kommer att anse sig användbar i vården. Det innebär med största sannolikhet att vården inte blir så bra som den hade kunnat bli, alternativt att den sköra äldre helt avstår vård i ett försök att undvika att vara en belastning. Resonemanget bygger givetvis till stor del på spekulationer, men genom att föra upp hälsonormer på dagordningen, och hur de kan gestalta sig i att patienter skall vara aktiva för att kompensera för den börda de lägger på samhället, kan vi laborera med hur patientlagen eventuellt förstärker sådana normer.

³¹⁷ Ruger, Health and Social Justice, s. 148 ff.; Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 45, *min översättning*

³¹⁸ Harbison, *New Challenges to Ageing in the Rural North: A Critical Interdisciplinary Perspective*, s. 185

6.7 Sammanfattning

Patientlagen stadgar att patienten skall få utöva samtycke och få vara delaktig i vårdprocessen, vilket skapar skyldigheten för den medicinskt ansvarige att ge patienten tillräckligt med information. Hälsokapabilitet kräver frihet för patienter att få göra egna val och patientlagen framstår därmed som ett främjande regelverk. Patienten har som huvudregel rätt att bestämma om vård skall ges eller inte. När det gäller hur vården skall ges är det dock aldrig patienten som fattar det slutgiltiga beslutet, även om det anges att största möjliga samråd skall uppnås. Patientens delaktighet återknyter till utgångspunkterna i patientlagens proposition som önskade att patientens egna resurser bättre skulle tillvaratas. Man tycks således förutsätta att sådana resurser finns att hämta hos varje patient. Eftersom patientens delaktighet måste avgöras från fall till fall är reglerna allmänt hållna. För den sköra äldre som inte identifierar sig som en aktiv patient kan det uppstå en diskrepans mellan verkligheten och den förväntan som kommer till uttryck i lagstiftningen. Det uppstår därför en risk för att patienten och vårdgivaren eller personalen inte har samma uppfattning eller förståelse av relationen dem emellan. Det bäddar för försämrad interaktion som i förlängningen försvagar sköra äldres hälsokapabilitet.

7 Klagomålsmöjligheter

7.1 Inledning

Som nämnt ovan finns ingen möjlighet att överklaga beslut inom hälso- och sjukvården eller kräva vård genom att vända sig till domstol. För hälsokapabilitet måste dock krävas att patienten i befogade fall har möjlighet att få ändring till stånd. Det är därför angeläget att undersöka vilka andra klagovägar som står till buds. Den enskilde patienten som vill klaga på vården har två möjligheter: klagomål direkt till vårdgivaren eller IVO. I detta avsnitt utreds båda typer av klagomål. Avsnittet avslutas med en analysdel.

7.2 Klagomål till vårdgivaren

7.2.1 Utredning, förklaring och ursäkt

Sedan 2018 skall patienters (och närståendes) klagomål på vården i första hand riktas direkt till den vårdgivare man vill klaga på. Bestämmelserna återfinns i 11 kap. 2 a § PL och 3 kap. 8 a-b §§ PSL. Förr kunde patienten anmäla klagomål direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), men till följd av ett högt tryck och långa handläggningstider ansåg man det därför bättre om

klagomålen gick direkt till vårdgivaren.³¹⁹ Handläggningen skulle därmed bli mer effektiv, bidra till ett stärkt patientsäkerhetsarbete och leda till utveckling av hälso- och sjukvården.³²⁰ Som tidigare nämnt är patientsäkerhet ett mått på hur väl vårdgivarna arbetar för att förhindra vårdskador. Det är alltså inte samma sak som skyldigheterna i PL, även om PSL- och PL-skyldigheterna säkert i många fall överlappar. I förarbetena motiveras lagförändringen bland annat med forskning som pekar på att patienter är mer villiga att acceptera en händelse om de får en förklaring eller ärlig ursäkt direkt från vårdgivaren.³²¹

Det nya systemet innebär alltså att den patient som vill klaga på att vårdgivare inte lever upp till skyldigheterna i PL i första hand riktar sig till just den vårdgivare som det gäller. Vårdgivaren har en skyldighet att besvara klagomålet så snart som möjligt och skall i sitt svar ge en förklaring till vad som inträffat, och, beroende på ärende, förklara hur man skall förhindra liknande händelser i framtiden. Vårdgivaren bör även be om ursäkt om ett misstag har begåtts eller om det förekommit olämpligt beteende.³²² Vårdgivarna är i övrigt fria att själva avgöra hur ett klagomål ska hanteras, till exempel om en utredning ska tillsättas.³²³ Ett klagomål leder alltså inte nödvändigtvis till att några åtgärder vidtas i den enskilda patientens ärende. Däremot skall alla klagomål besvaras, även sådana som vårdgivaren anser vara omotiverade.³²⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) anger visserligen att inkomna klagomål skall fungera som underlag för när vårdgivaren skall bedöma om verksamhetens processer och rutiner säkrar verksamhetens kvalitet,³²⁵ men i övrigt finns inga nationella riktlinjer för hur klagomålshandlingen skall ske.

7.2.2 Patientnämnder

För att stödja patienter som vill rikta klagomål till vårdgivaren finns patientnämnderna som står under regionernas och kommunernas regi. Deras verksamhet regleras i lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (som också hänvisas till i 11 kap. 1 § PL). Det sägs att det i varje kommun och region³²⁶ skall finnas en eller flera patientnämnder, vars främsta syfte är att bistå patienter i att föra fram klagomål till vårdgivare och få klagomålen besvarade, 2 § 1 st. Patientnämnderna skall därtill hjälpa patienter att tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården,

³¹⁹ Prop. 2016/17:122 s. 25

³²⁰ Prop. 2016/17:122 s. 32

³²¹ Ibid., s. 30

³²² Ibid., s. 30

³²³ Ibid., s. 30 f.

³²⁴ Ibid., s. 31

³²⁵ 5 kap. 3 a § och 8 § SOSFS 2011:9

³²⁶ Kommunen får överlåta sin patientnämndsverksamhet till regionen mot en avgift, 5 § lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

främja kontakterna mellan patient och vårdpersonal, rapportera iakttagelser och avvikelser och verka för att sprida information om patientnämnderna, 2 § 2 st.

Patientnämnderna är alltså inte ytterligare ett klagomålsinstitut, utan kan sägas fungera som en neutral medlare mellan patient och vårdgivare. Som man anger i lagtexten skall patientnämnderna kunna verka för en bättre relation mellan patient och vårdgivare i det enskilda fallet. Ett exempel är att patientnämnderna skall kunna hjälpa till att lösa låsta positioner mellan patient och vårdgivare.³²⁷ Man definierar dock inte patientnämndernas mandat i relation till vårdgivaren. Det måste förstås som att patientnämnderna inte kan utöva någon sorts påtryckning på vårdgivarna eller framföra formell kritik.³²⁸

7.3 Klagomål till IVO

7.3.1 IVO:s uppdrag

IVO är den myndighet som sedan 2013 utövar tillsyn över hälso- och sjukvården, vilket innebär att IVO skall granska verksamheter och dess personal och hur väl de uppfyller krav och mål enligt lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet, 7 kap. 3 § 1 st. PSL. IVO skall: 1) lämna råd och ge vägledning, 2) kontrollera att brister och missförhållanden avhjälpas, 3) förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, och 4) informera och ge råd till allmänheten, 7 kap. 4 § PSL. IVO kontrollerar framför allt patientsäkerhet och tillsynen avser i mindre grad hur väl vårdgivarna efterlever bestämmelserna i PL.³²⁹ Det bedrivs inte heller någon systematisk nationell tillsyn av PL:s bestämmelser av någon annan aktör.³³⁰

7.3.2 Klagomål

Patienter³³¹ kan vända sig till IVO med sina klagomål, efter att först ha riktat ett klagomål direkt till vårdgivaren, 7 kap. 11 § PSL. Enligt 7 kap. 11 § 1 st. 1 p. PSL måste dock vissa kriterier vara uppfyllda för att IVO:s utredningsskyldighet skall aktiveras. Det krävs först och främst att en kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom uppkommit i samband med hälso- och sjukvård. Sådan skada eller sjukdom kan ha uppkommit genom aktivt handlande, men även underlåtenhet.³³² Allvarligt lidande aktiverar dock inte utredningsskyldigheten.³³³ Därtill måste

³²⁷ Prop. 2016/17:122 s. 38

³²⁸ Se Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 136; Johnsson, *Patientsäkerhetslagen och patientens rättigheter*, s. 151

³²⁹ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 139 f.

³³⁰ *Ibid.*, s. 139 ff.

³³¹ Vårdgivare är skyldiga att informera IVO om händelser som har eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, 3 kap. 5 § PSL. Den typen av anmälningar kallas lex Maria-anmälningar.

³³² Prop. 2016/17:122 s. 55

³³³ *Ibid.*, s. 88

skadan eller sjukdomen vara bestående och icke ringa, och lett till att patienten fått ett ökat vårdbehov eller avlidit. Som exempel på ringa sjukdom eller skada, som alltså inte omfattas, ges i förarbetena mindre smärta i en viss del av kroppen, som bara uppkommer i vissa situationer.³³⁴ Skadan eller sjukdomen måste därtill ha uppkommit inom två år från anmälan, 7 kap. 11 § 4 st. PSL. IVO får dock även utreda fall där dessa förutsättningar inte är uppfyllda, 7 kap. 11 § 2 st. PSL. Om IVO anser att klagomålet är obefogat eller att frågan saknar direkt betydelse för patientsäkerheten får IVO avstå från att utreda det, 7 kap. 11 § 3 st. PSL.

Vårdanalys konstaterade 2017 att systemets konstruktion samlat leder till att IVO i praktiken inte prövar bristande tillämpning av patientlagens bestämmelser och att sådana ärenden istället lämnas över till patientnämnderna.³³⁵ Vårdanalys baserar sin slutsats även på den tidigare bestämmelsen i 3 kap. 13 § PSL som förändrades i och med klagomålsreformen 2018. Däri sades tidigare att IVO fick överlämna ett ärende till patientnämnden om det avsåg brister i kontakten mellan patient och vårdgivare. I ersättningsbestämmelsen, 7 kap. 12 § PSL, sägs istället att IVO får överlämna ärendet till vårdgivare eller patientnämnd om vårdgivaren inte ännu fått besvara klagomålet, vilket skulle kunna tolkas som en begränsning av vilka typer av ärenden som IVO får överlämna till patientnämnderna. I propositionen till nya PSL beskrivs dock innebörden av dåvarande 3 kap. 13 §, och därefter att man anser att IVO ”även” bör ha möjlighet att överlämna ärendet till vårdgivaren.³³⁶ Min tolkning är därför att man inte avser någon ändring i sak och att IVO ska kunna fortsätta överlämna ärenden som inte har direkt betydelse för patientsäkerheten till patientnämnden. Vårdanalys slutsats, att IVO sällan prövar bristande tillämpning av PL:s bestämmelser, bör därför fortfarande vara relevant. IVO och patientnämnderna publicerade dock 2019 en rapport som sammanställde inkomna klagomål 2018 som handlade om bristande delaktighet och information, vilket ju avser bestämmelser i PL.³³⁷ I rapporten konstateras att IVO och patientnämnderna samverkar för att utnyttja den kunskap som finns att hämta från patientklagomål.³³⁸ Däremot sägs också att IVO:s uppdrag framför allt härleds ur PSL, att syftet med rapporten är att förbättra patientsäkerheten och att IVO inte har utrett alla de fall som inkluderas i sammanställningen.³³⁹ Genom sitt samarbete med patientnämnderna tycks IVO trots allt i viss mån arbeta med patientlagsfrågor, men patientsäkerheten verkar vara huvudsakligt fokus.

³³⁴ Prop. 2016/17:122 s. 89

³³⁵ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 136

³³⁶ Prop. 2016/17:122 s. 61

³³⁷ IVO, *Patienternas berättelser 2018*, 2019

³³⁸ *Ibid.*, s. 8

³³⁹ *Ibid.*, s. 9 ff.

IVO skall också pröva händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning, 7 kap. 11 § 1 st. 3 p. PSL. I förarbetena exemplifierar man situationen med om hälso- och sjukvårdspersonal hade lämnat underlag till straff- eller förvaltningsrättsliga beslut men varit jävig i förhållande till den som beslutet gäller.³⁴⁰ Ett annat exempel är att patientens samtycke inte har inhämtats innan en medicinsk åtgärd.³⁴¹ För att patientens rättsliga ställning skall ha hotats krävs att konsekvenserna av handlandet har fått viss betydelse, till exempel omfattande ekonomisk.³⁴²

IVO avgör ärenden om klagomål genom skriftligt beslut, 7 kap. 18 § PSL. I beslutet skall IVO avgöra om en åtgärd eller underlåtenhet av vårdgivare eller personal är lagstridigt eller i övrigt olämpligt med hänsyn till patientsäkerheten, 7 kap. 18 § 2 st. PSL. IVO:s befogenheter inkluderar också anmälan till åtal, föreläggande (även vid vite), förbud av verksamhet och anmälan till HSAN som i sin tur prövar legitimation och behörighet, 7 kap. 23-30 §§ PSL. IVO:s befogenheter i klagomålsärenden sträcker sig alltså som längst till att avge kritik mot vårdgivare och personal och i övrigt besluta om eventuella förelägganden riktade mot vårdgivaren när denne brustit i patientsäkerhetsarbetet enligt PSL. Det skiljer sig från hur systemet såg ut innan PSL:s tillkomst 2011, då kunde nämligen hälso- och sjukvårdspersonal påföras disciplinpåföljd av HSAN om de uppsåtligt eller av oaktsamhet inte fullgjorde vissa i lagen stadgade skyldigheter³⁴³, som i vissa delar motsvarade dagens skyldigheter i PL. HSAN:s beslut kunde dessutom överklagas till allmän förvaltningsdomstol.³⁴⁴ Min förståelse är att IVO idag inte kan ålägga vårdgivaren något ansvar gentemot patienten i det enskilda fallet, däremot kan vårdgivaren förstås korrigera vården utifrån IVO:s kritik och om ärendet handlar om patientsäkerhet kan ett föreläggande om att fullgöra skyldigheter enligt PSL träffa den enskilde patientens situation. IVO:s beslut i patientärenden kan inte överklagas, 10 kap. 13 § 1-2 st. PSL.

7.4 Fler klagovägar?

7.4.1 Förvaltningsbesvär?

Ledningen av hälso- och sjukvården i kommuner och regioner utövas av så kallade nämnder (HSL 7:1). Dessa nämnder klassas som förvaltningsmyndigheter³⁴⁵ och i teorin borde därför

³⁴⁰ Prop. 2016/17:122 s. 90

³⁴¹ Ibid.

³⁴² Ibid.

³⁴³ 5 kap. 3 § lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

³⁴⁴ 8 kap. 9-10 §§ lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

³⁴⁵ SOU 2010:29 s. 113 f.

förvaltningslagens (2017:900) (FL) bestämmelser om förvaltningsbesvär vara tillämpliga (1 och 40 §§ FL). FL:s regler träffar dock bara sådana situationer som består av handläggning av ärenden (1 § FL). Åtgärder som vidtas inom den faktiska vården, till exempel en utförd operation, omfattas därmed inte av lagrummet, medan till exempel patientens ersättningsskyldighet för vården avser ärendehandläggning.³⁴⁶ Förarbetena ger ingen ledning i hur till exempel läkares beslut om att inte vidta en behandlingsåtgärd, som också förs in i journalen, skall klassas, men undersökning, utredning, diagnostik och behandling brukar inte anses utgöra ärendehantering.³⁴⁷ En patient som menar att en vårdgivare inte uppfyllt sina skyldigheter enligt PL kan alltså inte överklaga medelst förvaltningsbesvär.

7.4.2 JO och JK?

Enskilda kan vända sig till såväl JO som JK med klagomål. JO skall bland annat kontrollera att förvaltningsmyndigheterna upprätthåller regeringsformens krav på saklighet och opartiskhet och att medborgarnas fri- och rättigheter respekteras, 3 § Lag (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän. JK skall i sin tur idka tillsyn över de som bedriver offentlig verksamhet, och särskilt kontrollera att lagar, författningar och andra åligganden efterföljs, 1 § Lag (1975:1339) om justitiekanslerns tillsyn. JK:s arbete är inriktat på frågor som rör rättssäkerhet, yttrandefrihet, offentlighet och vad de kallar systemfel hos myndigheter.³⁴⁸ Däremot utreder JK nästan aldrig ärenden som består av bedömningsfrågor³⁴⁹, och JO utesluter explicit frågor om medicinska bedömningar och behandlingar från utredningsansvaret.³⁵⁰ JO och JK prövar alltså som huvudregel inte tillämpningen av bestämmelserna i PL.³⁵¹

7.5 Hälsokapabilitet och klagomålsmöjligheter

7.5.1 Hur bör klagomålsmöjligheterna bedömas?

Inledningsvis måste man först konstatera vilken koppling klagomålsmöjligheter och hälsokapabilitet har. Vad är det som skall undersökas? Ruger menar att hälso- och sjukvårdssystemets effektivitet och skyldighet att stå till svars är ytterligare en faktor som påverkar patienters hälsokapabilitet.³⁵² Där klagomålsinstitut finns kan ett klagomål exempelvis mynna ut i att vårdgivaren förbättrar sina rutiner, vilket är till gagn för framtida patienter, eller att en patient får den vård som hon på felaktiga grunder tidigare har nekats. Möjligheterna att

³⁴⁶ Prop. 2016/17:180 s. 34; Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 134; SOU 2010:29 s. 97

³⁴⁷ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 133

³⁴⁸ JK, *Tillsyn*

³⁴⁹ JK, *Alla anmälningar utreds inte*

³⁵⁰ JO, *Alla anmälningar utreds inte*

³⁵¹ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 140; Johnsson, *Patientsäkerhetslagen och patientens rättigheter*, s. 43

³⁵² Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 46

framföra ett klagomål kan på det sättet ses som skyddsnät för de situationer när vårdapparaten inte har fungerat enligt plan. Vårdgivarnas möjlighet till rättelse förstärker således patienternas hälsokapabilitet. I IHP-undersökningen uppgav 80 % av de tillfrågade att de var nöjda eller mycket nöjda med den vård som de fått under det senaste året, vilket var ett starkt resultat jämfört med de andra länderna.³⁵³ Det är ett gott betyg och det framstår därför som att klagomålmöjligheterna främst är aktuella för dels den femtedel som inte är nöjd med vården, dels de som vill klaga på att de inte får vård överhuvudtaget. Men om systemet skall vara godtagbart ur ett kapabilitetsperspektiv bör även de som är nöjda med vården ha faktiska möjligheter att klaga när ett sådant behov väl infinner sig.

Det finns många olika faktorer som påverkar ett klagomålsinstituts reella effektivitet. Det går således inte att enbart konstatera att patienter kan rikta klagomål till vårdgivare och IVO och att systemet således är tillfredsställande. Istället måste individuella förutsättningar beaktas avseende vart man kan anmäla ett klagomål, vilken hjälp man kan få med klagomålet och vad ett klagomål kan resultera i. Genom att anlägga ett kapabilitetsperspektiv på klagomålssystemet kan man undersöka om det är en ordning som hjälper sköra äldre som dittills inte lyckats realisera sina hälsomål.

7.5.2 Klagomålsinstans

Ett första problem ur ett kapabilitetsperspektiv är vart patienter kan rikta sina klagomål.

Av redovisningen ovan går att utläsa att klagomålssystemet i svensk sjukvård alltså skiljer sig åt beroende på vad klagomålet avser. Den som drabbats av en allvarlig skada eller sjukdom i samband med hälso- och sjukvård kan klaga direkt till vårdgivaren och i andra hand till IVO. Alla patienter måste i första hand vända sig till vårdgivaren, men för de som vill klaga på att vårdgivaren inte uppfyllt sina skyldigheter enligt PL eller som drabbats av en skada som inte är allvarlig kan alltså inte därtill anmäla klagomålet till IVO. Redan här föreligger en begränsning i det att det inte finns någon utredningsskyldig tredje instans för den som vill anmäla ett klagomål utan inträffad skada, till exempel avseende bristande delaktighet.

Visserligen har det varit förhållandevis vanligt att patienter i första hand anmäler klagomål till vårdgivaren.³⁵⁴ Det är dock oklart hur många som har velat klaga men som inte gjort det på grund av ovilja att ta sådan kontakt med vårdgivaren. Lotta Vahlne Westerhäll har kritiserat det nya systemet och menat att det blir märkligt när den som klagomålet avser själv skall hantera

³⁵³ Vårdanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre*, 2017, s. 30

³⁵⁴ Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 105

ärendet och avgöra vilka åtgärder som skall vidtas.³⁵⁵ Risken är förstås att ärendehanteringens skiljer sig åt beroende på handläggare, vårdgivare eller region. Förutsatt att klagomålet är befogat innebär det, lätt teatraliskt uttryckt, att den skyldige får bestämma sitt eget straff. Det borde vara tämligen självklart att ett sådant system innebär rättssäkerhetsrisker,

Det försvårar också för patienter som känner sig orättvist behandlade – det finns inga garantier att en prövning av klagomålet sker på ett objektiva och neutralt sätt. Frågan är särskilt angelägen för sköra äldre eftersom ordningen återigen i första hand tycks utgå från de mest resursstarka patienterna. Att klaga direkt till vårdgivaren kan framstå som otryggt eller till och med skrämmande, dels på grund av att det kan vara genant eller otäckt att föra en dialog om klagomål direkt med den vårdgivare man haft en besvärlig upplevelse hos, dels på grund av rädslan att klagomålet på något sätt skall försämra relationen med vårdgivaren. Enligt kapabilitetsteorin måste alla potentiella hinder för kapabilitet beaktas, även känslomässiga sådana, som exempelvis avsaknad av mod.³⁵⁶ Sköra äldre befinner sig på grund av sina sjukdomstillstånd redan i en viss beroendeställning – de är tvingade att ta hjälp av hälso- och sjukvården. Ett klagomålssystem som inte erbjuder en oberoende tredje part som prövoinstans kan framstå som att det befäster och förstärker denna maktfördelning mellan patient och vårdgivare, eftersom det återigen placerar patienten i en position som är avhängig vårdgivarens goda vilja. Patientens hälsokapabilitet försämras ytterligare av att det inte finns något systematiskt tillsynsarbete av PL.

7.5.3 Patientnämndernas roll

För att hjälpa patienter att framföra klagomål direkt till vårdgivaren och att få svar finns visserligen patientnämnderna, vars huvuduppgift är just sådan medling. Patientnämnderna kan alltså i vissa fall främja sådan interaktion med hälso- och sjukvården som krävs för hälsokapabilitet.³⁵⁷ Däremot har inte nämnderna några möjligheter att rikta kritik eller sanktioner mot vårdgivaren. Med tanke på att patientnämnderna, precis som hälso- och sjukvården, står under regionerna uppstår frågan hur oberoende patientnämnderna egentligen är.³⁵⁸ Som exempel kan patientnämnderna i Västra Götalandsregionen och Region Stockholm användas – båda uppger på sina hemsidor att patientnämnden är en opartisk instans medan Region Stockholm därtill beskriver patientnämnden som fristående.³⁵⁹ Det talar för att man gärna vill framställa

³⁵⁵ Vahlne Westerhäll, Ny klagomålshantering i vården ett juridiskt »kamouflagemåk»? *Läkartidningen*, 2017

³⁵⁶ Sen, *Inequality Reexamined*, s. 149

³⁵⁷ Ruger, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, 2010, s. 46

³⁵⁸ Se till exempel Karlsson, *Konflikten och harmonin?* s. 117 f., som visserligen handlar om patientnämndernas föregångare förtroendekommittéerna, men samma synpunkt bör kunna göras gällande även avseende patientnämnderna

³⁵⁹ Region Stockholm, *Synpunkter och klagomål på vården*; Västra Götalandsregionen, *Patientnämnderna och uppdraget*, 2019

patientnämnderna som sådana oberoende instanser. Patientnämnderna står dock trots allt under regionernas regi och det är således oklart hur effektivt eller lämpligt det är med en apparat som hjälper individer att framföra klagomål åt en annan apparat under samma organisatoriska huvudman, särskilt när det handlar om ett så grundläggande område som hälso- och sjukvården. I likhet med analysen i ovanstående stycke kan man tänka sig att maktodynamiken mellan den sköra äldre och vårdgivaren ur ett långsiktigt perspektiv förvrängs och att vårdgivarens skyldighet att stå till svars tappar reell betydelse.

7.5.4 Ursäkt eller botgörelse?

Om en patient trots allt väljer att framföra ett klagomål direkt till vårdgivaren, vad kan det leda till? Ett fiktivt exempel kan belysa systemet så som det framkommit i föregående avsnitt: en 90-årig man har nedsatt funktion i sköldkörteln. Mannen mår inte bra på den medicinering som han fått. Under ett läkarbesök upplever mannen att läkaren inte lyssnar på vad han säger och han blir hemskickad med en ordination om att fortsätta med samma medicin och dosering i ett halvår till. Mannen, som inte har någon formell rätt till en second opinion, författar ett klagomål om bristande information och delaktighet till vårdgivaren. Patienten har rätt till ett svar, men vårdgivaren kan antingen besvara ärendet med att klagomålet inte är befogat eller med en ursäkt. Vårdgivaren kan givetvis frivilligt ge mannen ett nytt läkarbesök, men det finns inga garantier. Mannen kan inte förvänta sig mer än en ursäkt. Eftersom mannen inte drabbats av en allvarlig vårdskada finns det inga skyldigheter för IVO att utreda ärendet. Exemplet aktualiserar frågor om klagomålssystemet motsvarar förväntningarna bland patienter. Lotta Vahlne Westerhäll har framfört att detta system, där vårdgivaren som ”första linjens” klagomålsinstans bemöter klagomål med att vidta förebyggande åtgärder och förklarar situationen för patienten, ger uttryck för en syn där de incidenter som klagas på är hänförliga till systembrister, vilket kan åtgärdas genom förändringar i exempelvis organisation och arbetsmiljö.³⁶⁰ Det kollektiva patientsäkerhetsarbetet tycks alltså ges företräde framför åtgärder i det enskilda fallet. Frågan är hur förankrad den avvägningen är bland sköra äldre. Sen menar att vi genom samhällelig debatt bör utforma innehållet i kapabiliteter och skapa sociala värden.³⁶¹ För sköra äldre, som lider av flera olika sjukdomar och som riskerar hög vårdkonsumtion, måste förutsättningarna för korrekt utförd vård och enkla kontakter med vården vara särskilt viktiga. För vissa patienter kan en ursäkt säkert ofta fungera som tillräcklig vedergällning – ibland är känslan av upprättelse det viktigaste. I andra fall är en dialog eller möjligheten att få en ny bedömning det mest välbehövliga. Det beror förstås på såväl person som den negativa händelse som föranlett klagomålet. Ur ett

³⁶⁰ Vahlne Westerhäll, Klagomål i hälso- och sjukvården ur förvaltningsrättslig synvinkel, *FT*, 2018, s. 579 f.

³⁶¹ Sen, Capabilities, lists and public reason: continuing the conversation, *Feminist Economics*, 2004, s. 78 ff.

kapabilitetsperspektiv bör man därför kunna kritisera lagstiftaren för att inte i tillräckligt hög grad ha beaktat denna variation i önskemål.

7.6 Sammanfattning

Den nuvarande ordningen försämrar sköra äldres hälsokapabilitet eftersom det inte i tillräcklig grad fungerar som ett skyddsnät för del fall hälso- och sjukvårdssystemet inte har fungerat felfritt. Det gäller alla patienter, men de sköra äldre är särskilt utsatta med hänsyn till att den redan svaga positionen undermineras av att vården som mest kan erbjuda en ursäkt. Det krävs inte nödvändigtvis en heltäckande rättighetslagstiftning för att sköra äldres hälsokapabilitet skall anses vara tillräckligt realiserad, men det går åtminstone att konstatera att det nuvarande systemet, utan garanterad möjlighet till prövning av PL:s bestämmelser av en oberoende tredje part, innebär en markant försämring av patientens, särskilt den sköra äldres, ställning.

8 Avslutning

8.1 Sammanfattning av granskningens resultat

I kapitel 3 redogjorde jag för de värden och principer som patientlagen vilar på. I detta kapitel besvarades den första frågeställningen. PL tillkom 2015 till följd av en längre tids utveckling i riktning mot en mer patientcentrerad hälso- och sjukvårdslagstiftning. Syftet med lagen var att stärka patientens ställning genom att göra patienten mer delaktig och informerad i vården. Denna värdegrund kan ifrågasättas med hjälp av sårbarhetsteorin. Äldre utgör ingen egen grupp i PL och de förväntningar som tycks ställas på andra patienter (kunskap och aktivitet) verkar således träffa även äldre patienter. Sårbarhetsteorin synliggör hur ett fokus på aktivitet riskerar att marginalisera de sköra äldre patienter som inte kan uppfylla sådana krav. Teorin efterfrågar istället ett mer dynamiskt förhållningssätt till hur vi betraktar förmåga kontra sårbarhet. Det senare bör inte stigmatiseras, utan snarare belysas för att kunna bemötas.

I kapitel 4-7 behandlades de rättsliga konstruktionerna i PL avseende tillgång, valfrihet, delaktighet och klagomålsmöjligheter. Därefter analyserades den sköra äldre patientens ställning utifrån dessa med hjälp av kapabilitetsteorin. PL mättes mot begreppet hälsokapabilitet som avser förmåga och möjlighet hos en individ att nå sin potentiella, maximala nivå av hälsa. I dessa kapitel har den andra och tredje frågeställningen besvarats. Skyldigheterna i PL är i många fall oprecist utformade – patienten skall exempelvis få vara delaktig i vården, men det lämnas inga närmre preciseringar i varken lagtext eller förarbeten hur det skall gå till. Därtill saknas i många fall möjligheter för patienten att få sitt ärende prövat av en oberoende tredje instans – klagomål skall

i första hand, och kan i många fall endast, lämnas till den vårdgivare som klagomålet avser. Kombinationen aktivitetsideal, otydliga bestämmelser och begränsningar vem som kan få en överprövning av vårdbeslut innebär således att den sköra patientens ställning och hälsokapabilitet begränsas.

Kapabilitetsteorin synliggör att lika tillgång på ytan kan dölja ojämlikheter i vad olika individer faktiskt kan åstadkomma. Teorin illustrerar att patientlagen inte beaktar den mänskliga mångfalden på ett sätt som speglar verkligheten. Precis som att sårbarhetsteorin förespråkar statligt stöd för att individer skall kunna utöva sin autonomi kan man argumentera för att hälso- och sjukvårdssystemet behöver starkare skyddsvallar för att sköra äldre skall kunna åstadkomma, för dem, maximala nivåer av hälsa, det vill säga ha hälsokapabilitet.

8.2 Reflektioner

8.2.1 Patient kontra kund

Gemensamt för vårdgivarens skyldigheter enligt PL är att de är mer eller mindre öppet formulerade eller att det helt saknas reglering. Som Vårdanalys påpekar leder otydligheten, i kombination med hänvisningar till andra lagrum och dubbelregleringar, till en osäkerhet av vad skyldigheterna egentligen inbegriper.³⁶² Vid första anblick tycks patienten ges långtgående befogenheter. Patienten skall till exempel få omfattande information varmed patienten skall kunna ta ställning till vilken vårdgivare och behandling som hon vill ha. Här går att återkoppla till vad som sades om service och begreppet kund i avsnitt 3.3.3 och 3.5.2. Man skulle nämligen kunna hävda att de rättsliga konstruktionerna i PL ger uttryck för en bild av patienten som rationell, som känner sina preferenser och förmögen att fatta beslut om den egna vården. De *förväntningar* man har på patienter är därmed närmast att jämställa med de man har på en kund. Däremot åläggs inte vården ett motsvarande ansvar. Man tycks vilja undvika ett kund-säljarsystem, och därmed vissa serviceskyldigheter, med tanke på de vagt formulerade bestämmelserna i kombination med avsaknaden av en övergripande tillsyn av PL:s bestämmelser, att vårdgivare inte riskerar sanktioner om de brister i sina plikter och att patienter i många fall inte kommer kunna få en prövning av en oberoende tredje part. Jag kommer här inte att ta ställning till om patienter *bör* betraktas som kunder, men den nuvarande rättsliga snedfördelningen innebär onekligen att sköra äldre svävar i ett slags regellöst vårdvakuum.

³⁶² Vårdanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 120

8.2.2 Juridik kontra medicin

En undersökning av patientlagstiftningen aktualiserar frågor som befinner sig i skärningspunkten mellan juridik och medicin. Systemet bygger på en ansvarsfördelning och det bör finnas en ödmjukhet inför att hälso- och sjukvårdens problem inte nödvändigtvis löses genom juridikens försorg. I många fall kan bristande tillämpning av lagstiftningen troligtvis bero på attityder, traditioner och styrning inom vården,³⁶³ vilket inte nödvändigtvis går att komma åt genom lagstiftning. Resursfördelning till vården är därtill ofta politiskt styrt. Däremot anser jag att patientlagen och dess förarbeten uppvisar en ovilja att styra hälso- och sjukvården i större utsträckning. Det kan delvis bero på respekt för det kommunala självstyret och sjukvårdshuvudmännens lagstadgade ansvar att planera vården. Det är en väletablerad princip i det svenska systemet och är en av anledningarna till varför ett rättighetsbaserat system avstyrktes. En annan anledning till juridikens försiktighet kan anses vara ett slags revirtänk där juridiken och medicinen skall hållas separerade. Det syns till exempel i detaljfattigdomen i skyldigheterna i PL. I verkligheten är de däremot nära förbundna i det att det rättsliga subjektet i patientlagstiftningen definierar förhållandet mellan stat och individ och samtidigt ger uttryck för vilka förväntningar vi har på vården. Den nuvarande ordningen, med tämligen opreciserade skyldigheter, ger visserligen vården fritt spelrum men tillåter också att vården tolkar bestämmelserna och ger dem innehåll. I avsaknad av praxis som kan konkretisera de oklara skyldigheterna går det att ifrågasätta om det är lämpligt att vårdgivare, det vill säga de som tillhandahåller ”tjänsten”, får mandat att tolka hur ”tjänsten” skall utföras. Man kan hävda att juridiken måste få kunna ifrågasätta de ramar som medicinen ger sig själv.³⁶⁴ Risken är nämligen annars, som jag i denna uppsats visat, att lagen tillämpas ojämnt beroende på vårdgivare, där de svaga blir särskilt utsatta.

Denna uppsats har fokuserat på sköra äldre och med hänsyn till resultaten kan en bredare överblick av patientlagstiftningen, som inkluderar fler svaga grupper, vara angelägen i framtiden. Ett rättighetsbaserat system tycks inte kunna bli en aktualitet inom en överskådlig framtid. Diskussionen bör istället handla om hur man mer konkret åstadkommer ett mellanting, och särskilt hur staten genom lagstiftning kan stärka sköra äldres hälsokapabilitet utan att inkräkta på vårdapparatens anspråk på effektivitet. Sådana diskussioner bör också ta hänsyn till det kommunala självstyrets roll och särskilt vilken prioritet det skall ges i förhållande till patientens ställning. Ett alternativ skulle möjligtvis vara att undersöka möjligheterna för en samlad nationell tillsynsorganisation som även täcker PL, inte bara PSL, och ett därtill kopplat sanktionssystem,

³⁶³ Se mer härom *Vårdanalys, Lag utan genomslag*, 2017, s. 149 ff.

³⁶⁴ Wahlberg, *Vetenskap och beprövad erfarenhet – juridik*, s. 53

alternativt en klagomålsinstans som även behandlar klagomål om bristande efterlevnad av PL:s regler.

8.2.3 Effektivitet kontra tillgång och kvalitet

Den växande åldrande befolkningen medför svåra frågor om hur vi i framtiden skall vikta effektivitet (såväl kostnadseffektivitet som tidseffektivitet) mot kvalitet i välfärden. Vårdens begränsningar sätts förstås i hög grad av de tillgängliga resurserna. Resursproblematiken bör inte förnekas utan gör diskussionen angelägen. Som jag tolkar kapabilitetsteorin kräver den inte att vårdsystem är perfekta eller att alla människor uppnår samma hälsonivåer. Det är inte meningen att en svag grupps stora vårdbehov skall stjälpas hela vårdsystemet – det behövs mer hållbara lösningar än så.

När jag i denna uppsats har studerat patientlagen har jag funnit att det är svårt att utröna vad syftet med lagen egentligen är. Två, till synes synonyma men i realiteten motstridiga, ståndpunkter framträder i propositionen till patientlagen. Det sägs att patienten skall få vara självbestämmande och delaktig, samtidigt som patienten skall betraktas som en utnyttjad resurs. Den senare ståndpunkten skulle kunna ses som en förlängning av den första, men eftersom konceptet ”patienten som resurs” framställs som ett svar på frågan hur vi skall klara av den kommande demografiska utvecklingen ligger det närmare till hands att tolka uttalandet som att patientens deltagande i första hand är till för den pressade vårdens skull, och inte för patientens eget behov. Vad gäller? Vill man åstadkomma mer patientinflytande på grund av hänsyn till patientens vilja och önskningsar, eller vill man avlasta vården på bekostnad av patientens reella delaktighet? Det är förstås ett problem om syftet faktiskt är det senare men sägs vara det första. Propositionen till patientlagen är i detta avseende svårtydd och det går att göra tolkningar åt båda håll. Det skulle i så fall kunna ses som ett typexempel på vad sårbarhetsteorin vill problematisera: regelverk som upphöjer autonomi (och, eller, aktivitet) ger en täckmantel för det allmänna som då kan begränsa sitt ansvar. Hälsokapabilitet är dock för alla människor en grundläggande faktor för vår förmåga att fungera. Det saknas i min mening motivering för varför sköra äldre principiellt skulle ges försämrad hälsokapabilitet jämfört med mer resursstarka patientgrupper. Den etiska plattformen ger att människovärdesprincipen och behovsprincipen skall beaktas innan kostnadseffektivitetsprincipen. Därför menar jag att om prioriteringar har gjorts, utifrån resurser och budget, så krävs mer transparens, och eventuellt tydligare skäl för varför sköra äldres hälsokapabilitet inte omfattas av patientlagstiftningens ramar. Det gäller att sådana överväganden är tydliga med vilket sorts äldreperspektiv som anläggs. Har äldre som grupp under sin livstid

kvalificerat sig för tillgång till god vård eller är äldres behov en börda för den mer virila delen av befolkningen? Trots att den svenska sjukvården i många avseenden är utmärkt saknas det inte anledning att fortsätta sträva efter att bli så bra som möjlig. Otydlig och ambivalent lagstiftningen riskerar att skapa en diskrepans mellan vad sköra äldre kan komma att förvänta sig av vården och vad de i realiteten kan få levererat – rätten och medicinen är i detta avseende inte två skilda domäner utan snarare tätt sammanflätade.

8.3 Slut

Jag anser härmed syftet med denna uppsats vara uppnått. Med hjälp av sårbarhetsteorin har jag ifrågasatt de grundläggande värden och principer som patientlagen bygger på. Jag har också redogjort för bestämmelserna i PL avseende tillgång, valfrihet, delaktighet och klagomålsmöjligheter och med hälsokapabilitet som teoretiskt verktyg belyst hur patientlagens nuvarande utformning riskerar att marginalisera sköra äldre patienter. Det är upp till näste intresserade person att bedöma hur dessa problem bäst löses.

Käll- och litteraturförteckning

Offentligt tryck

Propositioner

Prop. 1981/82:97	<i>om hälso- och sjukvårdslag m.m.</i>
Prop. 1993/94:149	<i>Älrigganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.</i>
Prop. 1996/97:60	<i>Prioriteringar inom hälso- och sjukvården</i>
Prop. 2009/10:67	<i>Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning</i>
Prop. 2012/13:150	<i>Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning</i>
Prop. 2013/14:106	<i>Patientlag</i>
Prop. 2016/17:122	<i>Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården</i>
Prop. 2016/17:180	<i>En modern och rättssäker förvaltning – en ny förvaltningslag</i>
Prop. 2017/18:83	<i>Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti</i>

Statens offentliga utredningar (SOU)

SOU 1995:5.	<i>Vårdens svåra val</i>
SOU 1997:154.	<i>Patienten har rätt</i>
SOU 1999:66.	
SOU 2007:10.	<i>Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft</i>
SOU 2010:29.	<i>En ny förvaltningslag</i>
SOU 2013:2.	<i>Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen</i>
SOU 2017:53.	<i>God och nära vård - delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård</i>

Internationella överenskommelser och dokument

Europeiska unionens råd, *Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012): The Way Forward*, 17468/12, Bryssel, 7 december 2012, <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2017468%202012%20INIT> (hämtad 2020-02-27)

Förenta nationerna, Second World Assembly on Ageing, *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*, 2002, <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf> (hämtad 2020-02-12)

Förenta nationernas utvecklingsprogram (UNDP), *3 – God hälsa och välbefinnande*, 2015, <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/> (hämtad 2020-02-18)

Världshälsoorganisationen (WHO), *Active Ageing: A Policy Framework*, 2002, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1 (hämtad 2020-02-13)

Världshälsoorganisationen (WHO), *World Report on Ageing and Health*, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=2D6E9664F6986489E09B9DBD38F9EEAB?sequence=1 (hämtad 2020-02-13)

Världshälsoorganisationen (WHO), *Constitution of The World Health Organization*, 1946, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Litteratur

Böcker

Dahlberg, Karin och Segesten, Kerstin, *Hälsa & vårdande: i teori och praxi*. Stockholm: Natur & Kultur, 2010

Fineman, Martha Albertson, *The Autonomy myth: a theory of dependency*, New York: The New Press, 2004

Harbison, Joan R, Are We Really Listening? Ageism, Voice, and Older People's Diversity in Nordic Societies Undergoing Welfare Change, i Naskali, Päivi; Harbison, Joan R. och Begum, Shahnaj (red.), *New Challenges to Ageing in the Rural North: A Critical Interdisciplinary Perspective*, Cham: Springer, 2019, s. 175-191

Hellquist, Elof, Patient, i *Svensk etymologisk ordbok*, 1. uppl., Lund: C. W. K. Gleerups förlag, 1922, <http://runeberg.org/svetyim/0656.html> (hämtad 2019-10-24)

Johnsson, Lars-Åke., *Patientlagen: en kommentar*, Stockholm: Norstedts Juridik, 1. uppl., 2015

Johnsson, Lars-Åke, *Patientsäkerhetslagen och patientens rättigheter*, Stockholm: Karnov Group, 3. uppl., 2015

Mattsson, Titti och Katzin, Mirjam, Vulnerability and ageing, i Numhauser-Henning, Ann (red.), *Elder Law: Evolving European Perspectives*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2017, s. 113-131 (Mattsson och Katzin, *Elder Law*)

Mattsson, Titti och Numhauser-Henning, Ann, Vad är äldrerätt? i Mattsson, Titti och Numhauser-Henning, Ann (red.), *Äldrerätt: ett nytt rättsområde*, Stockholm: Wolters Kluwer, 2017, s. 15-24 (Mattsson och Numhauser-Henning, *Äldrerätt*)

Mattsson, Titti; Numhauser-Henning, Ann; Ryrstedt, Eva och Rönmar, Mia, Äldrerätt i juristutbildningen – pedagogiska, teoretiska och materiellrättsliga perspektiv, i Tjernberg, Mats; Rendahl, Pernilla och Wenander, Henrik (red.), *Festskrift till Christina Moëll*, Lund: Juristförlaget i Lund, 2017, s. 219-237

Numhauser-Henning, Ann, Introduction, i Numhauser-Henning, Ann (red.), *Elder Law: Evolving European Perspectives*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2017a, s. 3-32 (Numhauser-Henning, *Elder Law*, 2017a)

Numhauser-Henning, Ann, The elder law individual versus societal dichotomy – a European perspective, i Numhauser-Henning, Ann (red.), *Elder Law: Evolving European Perspectives*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2017b, s. 86-112 (Numhauser-Henning, *Elder Law*, 2017b)

Nussbaum, Martha C., *Creating Capabilities: The Human Development Approach*, Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 2011 (*Creating Capabilities*)

Rahm, Håkan, *Sjukvårdslagen, sjukvårdsstadgan*, Stockholm: Statens nämnd för utgivande av förvaltningsrättsliga publikationer, 1964

Robeyns, Ingrid, *Well-being, Freedom and Social Justice: The Capability Approach Reexamined*, Cambridge: Open Book Publishers, 2017 (*Well-being, Freedom and Social Justice*)

Ruger, Jennifer Prah, *Health and Social Justice*, New York: Oxford University Press, 2010

Rönnerberg, Lena, *Hälso- och sjukvårdsrätt*, 4. uppl., Lund: Studentlitteratur, 2015

Sandgren, Claes, *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare: ämne, material, metod och argumentation*, 4. uppl., Stockholm: Norstedts Juridik, 2018

São José, José de; Timonen, Virpi; Amado, Carla och Santos, Sérgio, From 'active' to 'capable': a capability framework for policy and practice on ageing and later life, i Yerkes, Mara A.; Javornik, Jana och Kurowska, Anna (red.), *Social policy and the capability approach: concepts, measurements and application*, Bristol: Policy Press, 2019, s. 41-60 (From 'active' to 'capable')

Sen, Amartya, *Inequality Reexamined*, Oxford: Clarendon Press, 1992

Sen, Amartya, Capability and Well-Being, i Nussbaum, Martha och Sen, Amartya (red.), *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press, 1993

Sen, Amartya, Foreword, i Ruger, Jennifer Prah, *Health and Social Justice*, New York: Oxford University Press, 2010 (Sen, *Health and Social Justice*)

Scott, Kirk, En åldrande värld, i Mattsson, Titti och Numhauser-Henning, Ann (red.), *Äldrerätt: ett nytt rättsområde*, Stockholm: Wolters Kluwer, 2017, s. 25-39 (Scott, *Äldrerätt*)

Scott, Kirk, Demographic developments and economic challenges in an ageing Europe, i Numhauser-Henning, Ann (red.), *Elder Law: Evolving European Perspectives*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2017, s. 33-51 (Scott, *Elder Law*)

Vahlne Westerhäll, Lotta, Rättsliga kvaliteter inom vården: exemplet vetenskap och beprövad erfarenhet, i Sahlin, Nils-Eric (red.), *Vetenskap och beprövad erfarenhet – juridik*, Lund: Lunds Universitet, VBE-programmet, 2016, s. 21-27.

https://www.vbe.lu.se/sites/vbe.lu.se/en/files/vbe_juridik_inlaga_for_webb.pdf (Vahlne Westerhäll, *Vetenskap och beprövad erfarenhet – juridik*)

Wahlberg, Lena, Konceptuella utmaningar i gränslandet mellan juridik och medicin: fallet ”vetenskap och beprövad erfarenhet”, i Sahlin, Nils-Eric (red.), *Vetenskap och beprövad erfarenhet – juridik*, Lund: Lunds Universitet, VBE-programmet, 2016, s. 47-55.

https://www.vbe.lu.se/sites/vbe.lu.se/en/files/vbe_juridik_inlaga_for_webb.pdf (Wahlberg, *Vetenskap och beprövad erfarenhet – juridik*)

Artiklar

Bergstad, Bo, Två inlägg på samma tema, *Läkartidningen*, vol. 99, nr. 23, 2002, s. 267

Ferrucci, Luigi; Guralnik, Jack M.; Studenski, Stephanie; Fried, Linda P.; Cutler Jr, Gordon B. och Walston, Jeremy D, Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons: A Consensus Report, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, nr. 4, 2004, s. 625-634

Fineman, Martha Albertson, The Vulnerable Subject and the Responsive State, *Emory Law Journal*, vol. 60, nr. 2, 2010, s. 251-275 (The Vulnerable Subject)

Fineman, Martha Albertson, Elderly as vulnerable, *The Elder Law Journal*, vol. 20, nr. 2, 2012, s. 71-112

Ruger, Jennifer Prah, Health Capability: Conceptualization and Operationalization, *American Journal of Public Health*, vol. 100, nr. 1, 2010, s. 41-49

Sandgren, Claes, Är rättsdogmatiken dogmatisk? *Tidskrift for Rettsvitenskap*, vol. 118, nr 4-5, 2005, s. 648-656

São José, José de; Timonen, Virpi; Amado, Carla och Santos, Sérgio, A critique of the Active Ageing Index, *Journal of Aging Studies*, vol. 40, 2017, s. 49-56

Sen, Amartya, Capabilities, Lists, and Public Reasoning: Continuing the Conversation, *Feminist Economics*, vol. 10, nr. 3, 2004, s. 77-80

Svensson, Eva-Maria, De lege interpretata – om behovet av metodologisk reflektion, *Juridisk Publikation*, 2014, s. 211-226 (De lege interpretata)

Thorslund, Mats, Åldrandet och äldreomsorgens utveckling, *Socialmedicinsk tidskrift*, nr. 5-6, 2010, s. 397-406

Vahlne Westerhäll, Lotta, Ny klagomålshantering i vården ett juridiskt »kamouflagemål«, *Läkartidningen*, 2017-11-02. <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2017/11/Ny-klagomalshantering-i-varden-ett-juridiskt-kamouflagemal> (hämtad 2019-11-03)

Vahlne Westerhäll, Lotta, Klagomål i hälso- och sjukvården ur förvaltningsrättslig synvinkel, *Förvaltningsrättslig tidskrift*, nr. 3, 2018, s. 569-582

Wilhelmson, Katarina; Eklund, Kajsa; Gustafsson, Helena; Larsson, Anne-Charlotte; Landahl, Sten och Dahlin-Ivanoff, Synneve, Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg, *Läkartidningen*, vol. 109, nr. 16, 2012, s. 826-827.
https://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/18109/_826_827.pdf (hämtad 2020-02-27)

Rapporter och övrigt

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), *Åldrande och minne: naturligt eller sjukligt glömske?* Forskning i korthet #3, 2014, <https://forte.se/app/uploads/2014/10/forskning-i-korthet-aldrande-och-minne.pdf> (hämtad 2020-02-28)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO), *Patienternas berättelser 2018: analys av patienters och närståendes berättelser gällande delaktighet och information*, 2019,
<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2019/patienternas-berattelser-2018.pdf> (hämtad 2020-02-24)

Karlsson, Lars, *Konflikt eller harmoni? Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård*, Diss., Göteborgs universitet, 2003

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), *Vem vill veta vad för att välja? Om vilken information olika grupper av personer vill ha för att välja vårdcentral*, Rapport 2014:1,
<https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/2014-1-Vem-vill-veta-vad-f%C3%B6r-att-v%C3%A4lja.pdf> (*Vem vill veta vad för att välja?*)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*, Rapport 2014:11, <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/2014-11-V%C3%A5rden-ur-patienternas-perspektiv.pdf> (*Vården ur patienternas perspektiv*)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), *Variationer i väntan på vård: analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, Rapport 2015:5, <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/2015-5-Variationer-i-v%C3%A4ntan-p%C3%A5-v%C3%A5rd.pdf> (*Variationer i väntan på vård*)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre: en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, PM 2017:2, <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/V%C3%A5rden-ur-befolkningens-perspektiv-2016-en-j%C3%A4mf%C3%B6relse-mellan-Sverige-och-tio-andra-l%C3%A4nder.pdf> (*Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre*)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), *Lag utan genomslag: utvärdering av patientlagen 2014-2017*, Rapport 2017:2, <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/03/2017-2-Lag-utan-genomslag-webb.pdf> (*Lag utan genomslag*)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), *En primär angelägenhet: kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*, Rapport 2017:3, <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/2017-3-en-primar-angelagenhet-web.pdf> (*En primär angelägenhet*)

Pensionsmyndigheten, *Äldre med låga inkomster*, 2018, Tillgänglig för nedladdning: <https://www.pensionsmyndigheten.se/nyheter-och-press/pressrum/ny-rapport-aldre-med-laga-inkomster> (hämtad 2019-11-13)

SCB, *Privatpersoners användning av internet och datorer 2016*, 2016, https://www.scb.se/contentassets/3e727f0d3a434dc482dd3f79529d0ef5/le0108_2016a01_br_it01br1601.pdf (hämtad 2020-02-24)

Elektroniska källor

Europeiska kommissionen, *Active ageing*, u.å., <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=en> (hämtad 2020-02-20)

Folkhälsomyndigheten, *Hälsosamt åldrande*, 2019, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/halsosamt-aldrande> (hämtad 2020-02-13)

Försäkringskassan, *Patient som ska söka vård utomlands*, u.å., <https://www.forsakringskassan.se/sjukvard/patient-som-ska-soka-var-d-utomlands> (hämtad 2020-01-09)

Inera, *Styrning och ledning*, 2019, <https://www.inera.se/om-inera/uppdrag/> (hämtad 2020-01-09)

Inera, *1177 Vårdguiden på webben*, u.å., <https://www.inera.se/tjanster/1177-var-dguiden-pa-webben/> (hämtad 2020-01-09)

Justitiekanslern (JK), *Tillsyn*, u.å., <https://www.jk.se/1355> (hämtad 2020-02-04)

Justitiekanslern (JK), *Alla anmälningar utreds inte*, u.å., <https://www.jk.se/tillsyn/alla-anmalningar-utreds-inte/> (hämtad 2020-02-04)

Region Stockholm, *Synpunkter och klagomål på vården*, u.å., <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-var-d/patientnamnden-stockholm/> (hämtad 2020-01-16)

Riksdagens ombudsmän (JO), *Alla anmälningar utreds inte*, u.å., <https://www.jo.se/sv/JO-anmalan/Nar-en-anmalan-kommer-in-till-JO/Alla-anmalningar-utreds-inte/> (hämtad 2020-02-04)

SCB, *Befolkning efter ålder och kön, år 1860-2019*, u.å., <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/83648> (hämtad 2020-02-27)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Vården i siffror*, u.å., vardenisiffror.se (hämtad 2020-02-27)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Sammanställning över regionernas krav på remiss i öppen vård*, 2020,
<https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/utomlansvardriksavtal/remissioppenvard.30838.html> (hämtad 2020-02-18)

The Commonwealth Fund, *2017 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults*, 2017, <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2017/nov/2017-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-older> (hämtad 2020-02-25)

United Nations Development Programme (UNDP), *About Human Development*, u.å.,
<http://hdr.undp.org/en/humandev> (hämtad 2019-11-27)

Vetenskapsrådet, *Det svenska sjukvårdssystemet*, 2020,
<https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html> (hämtad 2020-02-27)

Vårdguiden, *Om 1177 Vårdguiden på telefon*, 2018, <https://www.1177.se/om-1177-varldguiden/1177-varldguiden-pa-telefon/om-1177-varldguiden-pa-telefon/> (hämtad 2019-11-14)

Vårdhandboken, *Vem kan använda Vårdhandboken?*, u.å.,
<https://www.varldhandboken.se/om/om-varldhandboken/att-anvanda-varldhandboken/> (hämtad 2020-02-20)

Vårdhandboken, *Personcentrerad vård*, 2020, <https://www.varldhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-varld-och-omsorg/bemotande-i-varld-och-omsorg-varldgrund/personcentrerad-varld/> (hämtad 2020-02-20)

Västra Götalandsregionen, *Patientnämnderna och uppdraget*, 2019, <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/Patientnamnden/patientnamnderna-och-uppdraget/> (hämtad 2020-01-16)

Örebro Universitet, *Successfull Ageing*, 2020, <https://www.oru.se/strategiska-satsningar/successful-ageing/> (hämtad 2020-02-21)

Övriga referenser³⁶⁵

AgeCap – Centrum för åldrande och hälsa, u.å., <https://agecap.gu.se/> (hämtad 2019-10-30)

Holstein, Martha B. och Minkler, Meredith, Self, Society, and the "New Gerontology", *The Gerontologist*, vol. 43, nr. 6, 2004, s. 787-796

³⁶⁵ Som hänvisas till, men inte som källor

Prop. 2018/19:162 *En ny beteckning för kommuner på regional nivå och vissa frågor om regionindelning*