

# Regeringens proposition 1997/98:189

Prop. 1997/98:189  
Bilaga 1.1

Patientens ställning

Prop.  
1997/98:189

---

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 25 juni 1998

*Göran Persson*

*Margot Wallström*  
(Socialdepartementet)

## Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisar regeringen den överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. som företrädare för regeringen och Landstingsförbundet träffade den 30 april 1998.

Såväl Landstingsförbundets styrelse som regeringen har godkänt överenskommelsen. Den gäller fr.o.m. den 1 januari 1999 under förutsättning av riksdagens godkännande av dels budgetpropositionen för år 1999 och dels - vad avser bidragen inom hjälpmedelsområdet - proposition 1997/98:57 Ombildning av Handikappinstitutet.

I propositionen föreslås vissa ändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall förtydligas så att det framgår att patientens rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. De nuvarande remissreglerna till specialistmottagningar ändras i syfte att öppna en möjlighet för landstingen att ställa krav på remiss till sjukhusens specialistmottagningar utan att ha remisskrav för motsvarande specialistmottagningar utanför sjukhusen.

Regeringen avser att tillsätta en utredning för att göra en samlad översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att bl.a. åstadkomma en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning. Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att beskriva och analysera förutsättningarna för och konsekvenserna av införandet av en behandlingsgaranti. Utgångspunkten för Socialstyrelsens arbete skall vara en allsidig belysning

av frågan, som bl.a. innefattar ett ekonomiskt, organisatoriskt, praktiskt och medicinskt perspektiv.

I propositionen slås vidare fast att de lagliga förutsättningarna för samverkan mellan kommuner och landsting inom vårdområdet bör stärkas ytterligare. Regeringen har i proposition 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken redovisat att man snarast avser att se över frågan om gemensamma nämnder m.m. inom vårdområdet. I avvaktan på denna översyn förlängs pågående försöksverksamhet med kommunal primärvård till utgången av år 1999. Vidare ges Malmö och Göteborgs kommuner övergångsvis möjlighet att – efter överenskommelse med respektive landsting – svara för driften av primärvården.

Regeringen har tidigare överlämnat en remiss till Lagrådet med förslag till vissa ändringar bl.a. i hälso- och sjukvårdslagen och i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Förslagen i lagrådsremissen, som kompletterar regeringens förslag i denna proposition, syftar till att stärka patientens ställning när det gäller frågor som rör information, val mellan behandlingsalternativ samt s.k. second opinion (förnyad medicinsk bedömning). Patientens möjligheter att få hjälp och stöd förbättras också genom förslag om att en ny lag om patientnämndsverksamhet m.m. skall ersätta den nuvarande lagen om förtroendenämndsverksamhet m.m.

De förändringar i lagstiftningen som föranleds av regeringens förslag föreslås träda i kraft den 1 januari 1999.

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	5
2	Lagtext .....	6
2.1	Förslag till lag om dels fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, dels ändring i samma lag .....	6
2.2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) .....	7
2.3	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning .....	8
3	Ärendet och dess beredning .....	9
4	Redogörelse för överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar för år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. ....	10
5	Lagrådsremiss om patientens ställning .....	12
6	En patientfokuserad lagstiftning .....	14
7	Vårdens tillgänglighet .....	17
8	Val av vårdgivare .....	22
8.1	Val av läkare i primärvården .....	22
8.2	Val av sjukhus och specialistmottagning .....	24
9	Svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador .....	28
10	Samverkan mellan kommuner och landsting inom vårdområdet ....	29
11	Kostnadseffekter m.m. ....	30
12	Författningskommentarer .....	31
12.1	Förslag till lag om dels fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, dels ändring i samma lag .....	31
12.2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) .....	31
12.3	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning .....	32
Bilaga 1	Överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. ....	33
Bilaga 1.1	Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen år 1999 .....	44
Bilaga 1.2	Fördelning av ersättning för att stärka patientens ställning för år 1999 .....	45
Bilaga 1.3	Fördelning av särskild ersättning för vissa verksamheter år 1999 .....	46

Bilaga 1.4	Fördelning av särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården för år 1999.....	47	Prop. 1997/98:189
Bilaga 1.5	Patienten i hälso- och sjukvården.....	48	
Bilaga 2	Sammanfattning av Patienten har rätt (SOU 1997:154). Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) .....	56	
Bilaga 3	Sammanställning av remissyttranden över Patienten har rätt (SOU 1997:154). Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) .....	73	
Bilaga 4	Förteckning över remissinstanser som yttrat sig över betänkandet Jämställd vård. Olika vård på lika villkor (SOU 1996:133) m.fl. ....	89	
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 25 juni 1998 .....	90	

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om dels fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, dels ändring i samma lag,
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
3. lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

## 2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

### 2.1 Förslag till lag om dels fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, dels ändring i samma lag

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, som gäller till utgången av år 1998, dels att lagen skall fortsätta att gälla till utgången av år 1999, dels att 4 a § skall ha följande lydelse.

#### *Nuvarande lydelse*

Kommunen skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom det område som omfattas av försöksverksamheten får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.

#### *Föreslagen lydelse*

##### 4 a §<sup>1</sup>

Kommunen skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom det område som omfattas av försöksverksamheten får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. *Kommunen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom det område som omfattas av försöksverksamheten.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

<sup>1</sup>Senaste lydelse 1995:845.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 5 §<sup>2</sup>

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. *Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.*

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.
  2. En kommun som före ikraftträdandet av denna lag inte har ingått i ett landsting får svara för driften av primärvården inom kommunen enligt 5 § om kommunen och landstinget har träffat avtal om det.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1995:835.

## 2.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Härigenom föreskrivs att 3 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 5 §<sup>2</sup>

Med vård avses i denna lag läkarvård och annan medicinsk bedömning eller undersökning som ges av en läkare eller under läkares överinseende samt rådgivning som lämnas av läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering.

*Om det krävs remiss för viss vård hos en specialist inom landstinget, gäller det kravet även för läkarvårdsersättning enligt denna lag till en läkare i privat verksamhet med samma specialitet. Detta gäller inte läkarvård inom specialistkompetenserna barnmedicin, gynekologi eller psykiatri.*

*Ett landsting får, som villkor för att lämna läkarvårdsersättning enligt denna lag, kräva remiss för vård hos en privat verksam läkare med specialistkompetens under förutsättning att remisskrav gäller för motsvarande vård hos en specialist inom landstinget. Remiss får dock inte krävas för läkarvård inom specialistkompetenserna barnmedicin, gynekologi eller psykiatri.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

<sup>1</sup>Senaste lydelse 1997:435.



### 3 Ärendet och dess beredning

Den 30 april 1998 träffade företrädare för regeringen och Landstingsförbundet en överenskommelse om ersättningar under år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. Huvuddragen i överenskommelsen redovisas i avsnitt 4. Överenskommelsen i sin helhet redovisas i *bilaga 1*.

Såväl Landstingsförbundets styrelse som regeringen har godkänt överenskommelsen. Den gäller fr.o.m. den 1 januari 1999 under förutsättning av riksdagens godkännande av dels budgetpropositionen för år 1999 och dels – vad avser bidragen inom hjälpmedelsområdet – proposition 1997/98:57 Ombildning av Handikappinstitutet.

Med stöd av regeringens bemyndigande tillkallade chefen för Socialdepartementet år 1992 en parlamentarisk kommitté för att dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras på den övergripande samhällsnivån. I uppdraget ingick också frågor som rör patientavgifter och högkostnadsskydd samt kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård. Kommittén antog namnet Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000 (S 1992:04). I december 1994 fick kommittén tilläggsdirektiv där det lades fast att kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård. I de nya direktiven fick kommittén bl.a. i uppdrag att överväga åtgärder som kan vidtas för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Kommittén lade i november 1997 fram delbetänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154). I detta betänkande redovisar kommittén de delar av uppdraget som rör patientens ställning i hälso- och sjukvården. Kommitténs sammanfattning av innehållet i betänkandet finns i *bilaga 2*.

Betänkandet har remissbehandlats. I *bilaga 3* finns en förteckning över remissinstanserna samt en kortfattad sammanställning av remissyttrandena. En mer omfattande sammanställning av remissyttrandena har upprättats och finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S97/7612/S).

Genom beslut den 8 september 1994 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppgift att utreda hur kvinnor och män bemöts inom hälso- och sjukvården (Dir. 1994:95). Utredningen antog namnet Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. Utredningen lade i augusti 1996 fram huvudbetänkandet *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor* (SOU 1996:133). Samtidigt överlämnades två delbetänkanden; *Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv* (SOU 1996:134) samt *Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU* (SOU 1996:135).

Betänkandena har remissbehandlats. I *bilaga 4* finns en förteckning över remissinstanserna. En sammanställning av remissyttrandena har upprättats och finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S96/5271/S).

I detta ärende redogör regeringen för överenskommelsen om ersättningar under år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m.

Regeringen tar även upp vissa frågor som behandlats av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation i betänkandet Patientens rätt. Vidare har betänkandet Jämställd vård. Olika vård på lika villkor i vissa delar utgjort underlag för propositionsarbetet.

Regeringen har den 8 juni 1998 överlämnat en remiss till Lagrådet om patientens ställning. Remissen innehåller frågor som behandlats i betänkandet Patientens rätt och som regeringen har bedömt bör underställas Lagrådet. Förslagen, som kompletterar regeringens förslag i denna proposition, innebär att:

- informationsskyldigheten i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område preciseras,
- patientens val – under vissa förutsättningar – skall vara avgörande när det finns flera behandlingsalternativ som bedöms vara av nytta för patienten med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan,
- hälso- och sjukvården i vissa situationer skall vara skyldig att medverka till att patienten får möjlighet att diskutera sin sjukdom och behandling med ytterligare en läkare (s.k. second opinion),
- det i patientjournalagen (1985:562) föreskrivs att lämnad information skall dokumenteras i journalen,
- en ny lag om patientnämndsverksamhet m.m. ersätter den nuvarande lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet m.m.

Förslagen i lagrådsremissen stärker patientens ställning när det gäller frågor som rör information och val mellan behandlingsalternativ. Patientens möjligheter att få hjälp och stöd förbättras också genom förslaget om patientnämnder.

Riksdagsbehandlingen av nu föreliggande proposition om patientens ställning och den kommande propositionen med anledning av lagrådsremissen torde kunna samordnas.

#### 4 Redogörelse för överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar för år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m.

Den 30 april 1998 träffade företrädare för regeringen och Landstingsförbundet en överenskommelse om ersättningar under år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. (bilaga 1).

Överenskommelsen godkändes av regeringen den 28 maj 1998 och omfattar 1 182 miljoner kronor, som skall fördelas mellan landets 21 landsting (och motsvarande). Detta är 35 miljoner kronor mindre än föregående år. Anledningen till minskningen är att en del verksamheter som har finansierats via ersättningen fr.o.m. år 1999 föreslås organiseras och finansieras i mer reguljära former. Det gäller vissa insatser som utförs av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) samt vissa verksamheter som utförs av Socialstyrelsen. En överföring av medel avseende dessa verksamheter kommer att ske genom att berörda

myndigheters anslag tillförs medel i samma omfattning som anslagen till överenskommelsen reduceras.

Huvuddelen av medlen enligt överenskommelsen skall användas för att ytterligare stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Det skall bl.a. ske genom att öka vårdens tillgänglighet och patienternas inflytande och delaktighet. Parterna är överens om att denna ambition skall gälla under två år. Däremot regleras den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen för ett år i taget. Parterna är överens om att för år 1999 avsätta 804 miljoner kronor för att stärka patientens ställning.

I ett separat inriktningsdokument – Patienten i hälso- och sjukvården – har parterna vidare klarlagt sin gemensamma syn på en önskvärd övergripande utveckling av hälso- och sjukvården under de närmaste åren för att stärka patientens ställning.

Några landsting bedriver verksamheter och belastas av kostnader utan att kunna kompenseras för detta genom statsbidragssystemet. Parterna har varit eniga om att dessa landsting bör kompenseras genom överenskommelsen. För år 1998 avsattes 50 miljoner kronor. Detta stöd skall finnas kvar med samma belopp under år 1999.

År 1997 påbörjades ett arbete för att utveckla ett IT-baserat informationssystem för patienter och allmänhet. Systemet kallas InfoMedica och är en fulltextdatabas med koppling till andra databaser för patientinformation, bl.a. hos Socialstyrelsen och Spri. År 1998 avsattes 6 miljoner kronor. För år 1999 är parterna eniga om att avsätta 3 miljoner kronor för ändamålet.

Parterna är vidare överens om att, liksom under år 1998, avsätta 6 miljoner kronor för producentobunden läkemedelsinformation.

Även för år 1999 lämnas särskild ersättning för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården. Ersättningsbeloppet är oförändrat jämfört med år 1998, dvs. 235 miljoner kronor.

Det arbete med ledarskapsfrågor och vårdorganisation som inletts i nätverk och projekt som "Dagmarnätverket", "Ledarnätverket" och "Genombrott" bör fortsätta och följas av nya satsningar. I överenskommelsen för år 1998 anslags 20 miljoner kronor för detta ändamål. Samma belopp anslås för år 1999.

I dag finns inga helt tillförlitliga system för att följa tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Det är därför angeläget att fortsätta att utveckla och introducera system för att på ett jämförbart sätt i hela landet kunna redovisa väntetider och köer i den elektiva vården. Även tillgängligheten i den akuta sjukvården måste kunna följas liksom hur prioriteringar inom vården utvecklas. Det är vidare angeläget att utveckla redovisningen av vårdens resultat. Landstingsförbundet arbetar tillsammans med landstingen i de södra och västsvenska sjukvårdsregionerna med att ta fram system för uppföljning av köer och väntetider. Landstingsförbundet ansvarar för att arbetet med att utveckla dessa system fullföljs under år 1999, liksom för att redovisa hur tillgängligheten i övrigt inom hälso- och sjukvården utvecklas. Parterna är eniga om att avsätta 11 miljoner kronor för dessa ändamål år 1999.

Den snabba utvecklingen inom hälso- och sjukvården tillsammans med ökade vårdbehov och knappa ekonomiska resurser har accentuerat behovet av ett nytt forum för diskussion på nationell nivå kring hälso- och

sjukvårdspolitiken. Parterna är därför eniga om att inom ramen för överenskommelsen skapa ett råd för hälso- och sjukvårdspolitik som skall bestå av ledande beslutsfattare från staten och motsvarande företrädare för landstingen. Rådet skall behandla övergripande frågor om hälso- och sjukvården i dag och i framtiden. Rådet bör vidare ansvara för viss uppföljning av överenskommelsen.

Slutligen avsätts inom ramen för överenskommelsen 51 miljoner kronor under år 1999 till bidrag inom hjälpmedelsområdet.

## 5 Lagrådsremiss om patientens ställning

Som tidigare nämnts har regeringen den 8 juni 1998 överlämnat en remiss till Lagrådet om patientens ställning. Regeringens förslag i lagrådsremissen, som kompletterar förslagen i denna proposition, syftar till att understödja ett förändrat arbetssätt i hälso- och sjukvården där patientens ställning stärks genom förbättrade möjligheter till information och delaktighet.

I lagrådsremissen framhåller regeringen att det sker en snabb utveckling i hälso- och sjukvården i syfte att ge patienterna ett ökat inflytande över vård och behandling. Inte minst patienterna själva ställer i ökad utsträckning sådana krav. Handikapp- och patientorganisationer är starkt pådrivande både genom att aktivt följa den medicinska utvecklingen inom sina respektive områden och genom att utbilda och informera sina medlemmar. Kraven på jämlikhet och lika behandling förutsätter vidare att möjligheterna till inflytande och delaktighet inte enbart skall vara förbehållet de välutbildade och resursstarka patienterna utan också komma de svagare grupperna till del.

Som påpekas i remissen ställer dagens och morgondagens patienter inte bara krav på delaktighet utan är också välutbildade och kommer att ha tillgång till olika kanaler där de kan söka kunskap och medicinsk information. Det finns därför anledning att anta att kulturkrockarna mellan den i många fall hierarkiska sjukvårdsvärlden och det moderna informationssamhällets medborgare kommer att öka i omfattning. Såväl den teknologiska utvecklingen som krav från enskilda, handikapp- och patientorganisationer samt politiker ställer således hälso- och sjukvården inför nya utmaningar. Den måste anpassas till dessa förutsättningar.

Regeringen föreslår i lagrådsremissen att informationsskyldigheten i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område preciseras. Patienten skall få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns så att patienten i största möjliga utsträckning kan ta tillvara sina intressen. Regeringens förslag innebär en precisering av det informationskrav som lagstiftningen föreskriver i dag och inskräper därutöver kravet på att kommunikation och information bör lämnas i former som stärker patientens möjligheter till delaktighet och självbestämmande.

Regeringen föreslår vidare att patienten i ökad utsträckning skall få inflytande över valet av behandling. Modern sjukvård kräver en ökad medverkan från patienten när det gäller behandlingsbeslut och resultatmätning. Vilken behandling som är den bästa för patienten kan bara avgöras genom samråd mellan vårdpersonal och patient där personalen bidrar med den medicinska sakkunskapen och patienten får möjlighet att göra en egen värdering och bedömning av de behandlingsalternativ som finns bl.a. med hänsyn till livskvalitet och risker. Att stärka patientens ställning i dessa hänseenden är ett värde i sig men dessutom är välinformerade patienter, som ges möjlighet att utöva inflytande i det kliniska beslutsfattandet, en tillgång för hälso- och sjukvården och en förutsättning för goda vårdresultat.

Enligt regeringens förslag skall patientens val vara avgörande när det finns flera medicinskt motiverade behandlingsalternativ som bedöms vara av nytta för patienten med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan. Patienten kan inte göra anspråk på att behandlas enligt metoder som inte anses stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten kan normalt inte heller kräva att få tillgång till behandling på annat håll om landstinget kan erbjuda ett eller flera behandlingsalternativ som uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet. Proportionerna mellan kostnader och förväntad nytta måste vara rimliga när det finns flera alternativ. Den som har ansvar för hälso- och sjukvården av patienten avgör om och i så fall vilka av honom eller henne formulerade behandlingsalternativ som kan erbjudas patienten.

Hälso- och sjukvården skall också – enligt regeringens förslag i lagrådsremissen – i vissa situationer vara skyldig att medverka till att patienten får möjlighet att diskutera sin sjukdom och behandling med ytterligare en läkare (s.k. second opinion). Denna skyldighet gäller när det är fråga om livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada och patienten står inför valet att utsätta sig för särskilt riskfyllda behandlingar eller om valet har stor betydelse för framtida livskvalitet. Ytterligare en förutsättning är att det saknas entydig vägledning för det medicinska ställningstagandet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. I sådana situationer bör hälso- och sjukvården medverka till att patienten får tillgång till en förnyad bedömning var som helst i landet.

För att ytterligare understryka informationens betydelse föreslår regeringen vidare att det i patientjournalagen (1985:562) skall införas ett stadgande om att lämnad information och om de ställningstaganden som gjorts på grundval av denna skall dokumenteras i journalen.

Lagrådsremissen innehåller också förslag om att de förtroendenämnder som i dag finns i kommuner och landsting för att stödja och hjälpa patienterna skall stärkas. En ny lag om patientnämndsverksamhet m.m. ersätter nuvarande lag om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. Nämndernas arbetsområde utvidgas till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen. Nämndernas arbetsuppgifter preciseras i lagstiftningen.

**Regeringens bedömning:** Det finns behov av en samlad översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att bl.a. åstadkomma en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning. Regeringen avser att tillsätta en utredning med uppgift att göra denna översyn.

De förändringar i lagstiftningen som regeringen föreslår i denna proposition kan i avvaktan på översynen föras in i hälso- och sjukvårdslagen samt i angränsande lagstiftning. Lagstiftningen bör även fortsättningsvis bygga på skyldigheter för personal och sjukvårdshuvudmän.

**HSU 2000:s förslag** överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** En överväldigande majoritet tillstyrker förslaget om en översyn av lagstiftningen. Några instanser har dock synpunkter på hur ett sådant uppdrag skall avgränsas. *Svenska Kommunförbundet* önskar att översynen skall omfatta hela vård- och omsorgslagstiftningen (inkl. socialtjänstlagen (1980:620) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade). *Landstingsförbundet* anser att det är viktigt att uppmärksamma kopplingen till lagar som skulle komma att ligga utanför hälso- och sjukvårdslagstiftningen, men som är viktiga för allmänhet och patienter att känna till i samband med sjukdom. *Svea hovrätt* avvisar lagändringar nu i avvaktan på att översynen av lagstiftningen genomförs.

Merparterna av remissinstanserna instämmer i att det inte finns anledning att frångå det nuvarande systemet med en skyldighetsbaserad lagstiftning. Några instanser framhåller att möjligheten att införa rättighetslagstiftning inom vissa delar av lagstiftningen bör prövas i samband med översynen av lagstiftningen.

**Förslag från utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården:** Utredningen avstår från att föreslå en särskild lag om patientens rätt eller andra förändringar i lagstiftningen. Socialstyrelsen skall i samarbete med sjukvårdshuvudmännen utveckla och sprida information till patienter och deras representanter om patientens grundläggande rätt mot bakgrund av gällande lagstiftning.

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna är splittrade när det gäller frågan om lagstiftning. Vissa instanser, bl.a. *Folkpartiet liberalernas kvinnoförbund*, *Moderata kvinnoförbundet*, *Sveriges läkarförbund*, *Linköpings universitet*, *Stockholms läns-*, *Östergötlands läns-* och *Hallands läns landsting* stödjer utredningens förslag att inte föreslå någon lagstiftning. *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* anser bl.a. att den nuvarande s.k. portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen om att målet för hälso- och sjukvården skall vara en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen ger tillräckligt uttryck för att även könsjämlighet skall gälla.

Andra remissinstanser, bl.a. *Hälsohögskolan i Umeå*, *Centerkvinnorna*, *Kristdemokratiska kvinnoförbundet*, *Miljöpartiets kvinnoutskott*, *Svenska kommunalarbetareförbundet*, *SACO*, *Sveriges socialdemokratis-*

ka kvinnoförbund och Reumatikerförbundet ser däremot gärna en komplettering av nuvarande lagstiftning.

Några remissinstanser har valt att yttra sig över förslaget att Socialstyrelsen i samarbete med sjukvårdshuvudmännen skall utveckla och sprida information till patienter och deras representanter. Förslaget biträds bl.a. av *Göteborgs universitet, Göteborgs kommun, Moderata kvinnoförbundet, Vårdförbundet* samt *Astma och allergiförbundet*. *Västerbottens läns landsting* anser att det i stället behövs uppföljning av de informationsinsatser som Socialstyrelsen och landstingen redan gör.

**Skälen för regeringens bedömning.** Dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning bygger på sjukvårdshuvudmännens och personalens skyldigheter. Vad en patient kan förvänta sig av vården kan endast indirekt utläsas ur lagtexten. Samtidigt som det framgår av innehållet i de aktuella lagarna att patienten skall ges möjlighet till aktiv medverkan i vården har patienten i den lagtekniska utformningen tilldelats en tillbakadragen position som objekt för huvudmännens och personalens aktiviteter.

Ett annat problem med dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning är att den är utspridd i ett antal olika lagar. Detta får till följd att det är svårt för såväl patienter och anhöriga som personal och vårdgivare att få en överblick över gällande bestämmelser och att orientera sig om vilka regler som gäller i vården.

En grundförutsättning för att patienterna skall kunna ta tillvara sin rätt är att de regelverk som finns är tydliga. Det finns således starka skäl att se över nuvarande hälso- och sjukvårdslagstiftning ur ett patientperspektiv. Regeringen avser därför att tillsätta en utredning med detta uppdrag. En utgångspunkt för översynen bör vara att lagstiftningen skall utgå från patienten, dvs. att den rättsliga fokuseringen i relevanta delar förskjuts från personalens och sjukvårdshuvudmännens skyldigheter till vad patienten bör kunna kräva av hälso- och sjukvården. Det bör samtidigt understrykas att en sådan förändring inte innebär att en lagstiftning om personalens och sjukvårdshuvudmännens skyldigheter kan avvaras. En annan utgångspunkt för översynen bör vara att samla de bestämmelser som har betydelse för patientens ställning i stället för att de som nu är utspridda på flera lagar.

Regeringen delar emellertid inte Svea hovrätts uppfattning att inga förändringar skall göras i dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning i avvaktan på en sådan översyn. Den aviserade översynen berör ett stort antal lagar och är av relativt komplicerad lagstiftningsteknisk karaktär. Mot den bakgrunden kommer utredningen ofrånkomligen att ta en viss tid. Regeringen anser att det är angeläget att redan nu stärka patientens ställning och föreslår därför i denna proposition samt i den tidigare nämnda lagrådsremissen ett antal lagändringar inom vissa områden.

Regeringen anser liksom Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården att det är viktigt att patienten får information om de bestämmelser som gäller i vården. Enligt vad regeringen har erfaren har Socialstyrelsen liksom flertalet landsting också tagit sådana initiativ. I överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar för år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. framhålls även vikten av modern informationsteknik för att kunna förse patienter, personal och andra intressenter med information.

Som nämndes inledningsvis är dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning i huvudsak uppbyggd kring sjukvårdshuvudmännens och personalens skyldigheter, vilka i första hand regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (fr.o.m. den 1 januari 1999 lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område). Kommittén övervägde frågan om det finns anledning att frångå denna princip och i stället gå mot en lagstiftning som i stor utsträckning bygger på rättighetsbaserade principer så att patienten bl.a. tillförsäkras en rätt till vård och behandling som kan bli föremål för rättslig prövning. På en sådan legal rättighet ställs vissa krav. För att en förmån skall betecknas som en legal rättighet fordras normalt för det första att den är *preciserad* i lagen, så att man dels kan se vad förmånen innefattar, dels förstår vilka förutsättningar som skall vara uppfyllda för att man skall vara berättigad till förmånen i fråga. För det andra fordras av en rättighet att den skall vara *utkrävbar*. Det betyder i regel att man skall ha möjlighet att överklaga till förvaltningsdomstol om man inte får ut sin rätt. Ibland uppställs ytterligare krav, t.ex. att det skall finnas statlig tillsyn och tillgång till rättsliga sanktioner.

Problemen med att införa legala rättigheter på hälso- och sjukvårdsområdet är betydande och bör inte underskattas när man överväger för- och nackdelar med olika lagstiftningstekniska lösningar. Hälso- och sjukvårdsförmåner låter sig inte preciseras lika enkelt i lag som ekonomiska förmåner. Det är en komplicerad fråga att ta ställning till vilken medicinsk vård och behandling en viss patient behöver och att på ett meningsfullt sätt definiera de rättigheter som skall garanteras i lagen. En rättighetslagstiftning med vagt formulerade bestämmelser innebär att lagstiftaren i princip överlämnar till domstolarna att genom praxis ge lagen innehåll.

Det andra kriteriet för en legal rättighet - att en förmån skall vara utkrävbar genom att den enskilde har möjlighet att överklaga ett avslagsbeslut för att på så sätt få ut sin rätt är inte heller problemfritt på hälso- och sjukvårdsområdet. Det är i det sammanhanget svårt att utforma adekvata sanktioner som är till nytta för den enskilde patienten. Bl.a. är tidsaspekten i allmänhet viktig om överprövningen skall ha något praktiskt värde för patienten. En efterhandsprövning som ger patienten rätt till en viss vårdinsats medför inte att patienten får den vård han eller hon behöver vid den aktuella tidpunkten. Detta problem är särskilt påtagligt vid akut vård, men torde även gälla i många andra vårdssituationer. Dessutom krävs kompetens att bedöma såväl rättsliga som medicinska frågor av det organ som skall överpröva beslut inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Det finns emellertid även mer principiella invändningar mot en hälso- och sjukvårdslagstiftning som bygger på rättighetsbaserade principer. Det demokratiska inflytandet i hälso- och sjukvården utövas i vårt system till stor del av kommunala politiska församlingar. Det måste vara möjligt för sjukvårdshuvudmännen att planera för och utforma hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att det svarar mot befolkningens behov och önskemål inom ramen för tillgängliga resurser.



En rättighetslagstiftning innebär emellertid att det ytterst är domstolar-na som bedömer olika vårdbehov, avgör om åtgärder blivit riktigt utförda och väger behov i förhållande till nytta och resursutnyttjande och sliter tvister inom hälso- och sjukvården. I ett rättighetsbaserat system in-skränks således utrymmet för kommunalt fattade demokratiska beslut om prioriteringar i vården i förhållande till befintliga resurser. En övergång från ett system som bygger på skyldigheter för huvudmän och sjukvårds-personal till ett system som i stor utsträckning bygger på rättighetsbase-rade principer blir därmed svårt att förena med sjukvårdshuvudmännens lagstadgade generella planeringsansvar för hälso- och sjukvård.

Mot denna bakgrund instämmer regeringen i kommitténs bedömning att det inte finns skäl att frångå den nuvarande principen med skyldig-hetslagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet. Denna uppfattning delas också av flertalet remissinstanser. Regeringen vill samtidigt framhålla att en skyldighetslagstiftning inte innebär att krav som den enskilde har rätt att ställa på hälso- och sjukvården inte måste respekteras. Det är i det fallet ingen skillnad mellan en rättighetslagstiftning och en skyldighets-lagstiftning. Landsting och kommuner har i båda fallen ansvar för att till-lämpa lagstiftningen på avsett sätt.

Sammanfattningsvis anser regeringen således att det finns behov av en översyn av dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning. Översynen bör emellertid utgå från den nuvarande principen med skyldighetslagstift-ning.

## 7 Vårdens tillgänglighet

**Regeringens bedömning:** Tidsfrister i vården bör inte lagfästas. I stället bör man bygga vidare på systemet med överenskommelser mellan staten och landstingen. Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att beskriva och analysera förutsättningarna för och konsekven-serna av införandet av en behandlingsgaranti, med utgångspunkt i HSU:s förslag som ger patienten rätt till vård och behandling inom tre månader. Utgångspunkten för Socialstyrelsens arbete skall vara en all-sidig belysning av frågan, som bl.a. innefattar ett ekonomiskt, organi-satoriskt, praktiskt och medicinskt perspektiv.

**HSU 2000:s förslag** överensstämmer i huvudsak med regeringens be-dömning. Kommittén anser emellertid att arbetet bör inriktas på att en behandlingsgaranti bör ingå i den s.k. Dagmaröverenskommelsen för år 1999.

**Remissinstanserna:** Flertalet remissinstanser vill se en utveckling av vårdgarantin inom ramen för överenskommelser mellan staten och lands-tingen. *Socialstyrelsen* instämmer i förslaget att inte lagstifta om tidsfris-ter för behandling. *Landstingsförbundet* ställer sig bakom förslaget att, inom ramen för överenskommelser, fortsätta ett målmedvetet och syste-matiskt förändringsarbete för att så snart som möjligt kunna erbjuda en generell behandlingsgaranti. *Handikappförbundens samarbetsorgan*

framhåller att det behövs en starkare statlig styrning och ökade ekonomiska resurser för att en god tillgång till vård skall föreligga och vårdens kvalitet skall kunna upprätthållas, men att detta mycket väl kan åstadkommas genom ett sjukvårdspolitiskt dokument som Dagmaröverenskommelsen. Ingen instans förordar att tillgången på vård regleras genom lagstiftning.

*Svenska Kommunförbundet* understryker att utformning och nivå på eventuellt utökade garantier inom hälso- och sjukvården och/eller socialtjänst måste övervägas samlat och i dialog mellan de båda förbunden och staten.

Flera remissinstanser framhåller att arbetet med en behandlingsgaranti innehåller en rad svåra och komplicerade frågor som kräver ytterligare bearbetning och förberedelsearbete. Landstingen betonar att garantin först och främst är en kostnadsfråga. De kommenterar tidsplanen för genomförandet samt påpekar de praktiska svårigheterna att precisera innehållet i garantin. *Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik* avstyrker förslaget att införa en generell behandlingsgaranti på grund av stora svårigheter att definiera aktuella tillstånd och indikationer samt följa upp efterlevnaden. *Socialstyrelsen* anser att det är tveksamt om det är praktiskt möjligt för hälso- och sjukvården med hänsyn till tillgängliga resurser och nödvändig förberedelse tid att införa en behandlingsgaranti som innebär att patienten inom tre månader tillförsäkras behandling med alla tänkbara åtgärder vid alla olika sjukdomstillstånd. *Landstingsförbundet* bedömer att bristen på såväl kunskap som ekonomiska, personella och tekniska resurser kan vara hinder både i utvecklingsarbetet och i själva genomförandet. Dessa hinder måste övervinnas genom ett målmedvetet systematiskt förändringsarbete.

Flera remissinstanser konstaterar att det är viktigt att arbetet med att precisera kraven på uppgifter för att följa köer och information för olika diagnosgrupper fortsätter. Några landsting betonar att det måste finnas en överensstämmelse mellan en behandlingsgaranti och de prioriteringsprinciper som riksdagen har lagt fast.

**Skälen för regeringens bedömning:** Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) reglerar huvudmännens skyldighet att erbjuda vård. I den definition av god vård som finns i lagen nämns bland andra utmärkande drag att vården skall vara lätt tillgänglig. I lagstiftningen nämns däremot inget om vilka väntetider som kan anses förenliga med kravet på god vård. Inom ramen för särskilda överenskommelser (de tidigare s.k. Dagmaröverenskommelserna) har regeringen och Landstingsförbundet i stället kommit överens om en vårdgaranti.

Enligt regeringen finns det starka skäl mot en lagreglering av vilka väntetider som får förekomma i vården. För det första finns det vissa praktiska svårigheter med en lagreglering. Systemet skulle riskera att bli oflexibelt och osmidigt, eftersom det skulle erfordras ett nytt riksdagsbeslut varje gång man vill ändra en tidsgräns. Till detta kommer att det finns risk för att tidsgränser som uttrycks i lagstiftningen kan komma att tolkas som miniminivåer; om lagen anger att vården skall ges inom åtta dagar kan det uppfattas som att detta skall vara ambitionsnivån och att det inte finns någon anledning att erbjuda patienten vård tidigare även om det skulle vara praktiskt möjligt.

Det finns emellertid också mer principiella invändningar mot att lagreglera tidsfrister i vården. Dessa sammanhänger med att vårdens tillgänglighet har ett starkt samband med resurserna för hälso- och sjukvård. En lagreglering på det här området skulle enligt regeringen bli ett alltför stort ingrepp i den kommunala självstyrelsen, eftersom en reglering får stora konsekvenser för hälso- och sjukvårdens resursanvändning.

Regeringen instämmer mot den bakgrunden i kommitténs bedömning att det finns starka skäl för att avstå från att lägga förslag om att tillgången till vård skall regleras genom tidsfrister i lag. I stället bör man bygga vidare på systemet med överenskommelser mellan staten och landstingen. Det systemet har den uppenbara fördelen att det är flexibelt och successivt kan anpassas till aktuella problem i hälso- och sjukvården både i förhållande till otillfredsställda behov och tillgängliga resurser. En annan fördel är att systemet skapar förutsättningar för en samsyn om hälso- och sjukvårdspolitikens mål och inriktning mellan politiker på nationell och lokal nivå. Denna bedömning delas också av en majoritet av remissinstanserna.

### *Garanti för vård och behandling*

Under mitten av 80-talet uppstod problem med att på ett tillfredsställande sätt tillgodose kraven på en god tillgänglighet i hälso- och sjukvården. För att förkorta och utjämna köerna inom områden med speciellt omfattande problem kom regeringen och Landstingsförbundet i april 1991 överens om att införa en vårdgaranti. Vårdgarantin trädde i kraft den 1 januari 1992 och var avsedd att gälla i första hand ett år. Vårdgarantin som omfattade tolv olika insatser, varav tio operativa ingrepp, gav patienter som bedömts av läkare och placerats på väntelista rätt till behandling inom tre månader. Kunde inte det sjukhus patienten vände sig till klara denna väntetid hade de skyldighet att om patienten så önskade hjälpa honom eller henne till vård hos annan vårdgivare. Det landsting där patienten var bosatt fick svara för kostnaderna om vården måste ges utanför landstinget. Samtliga landsting beslöt att följa vårdgarantirekommendationen och fick därmed ta del av de 500 miljoner kronor som avsattes för ändamålet år 1992. Samma överenskommelse fattades för åren 1993 – 1995. Några centrala medel utgick emellertid inte för dessa år.

Den utvärdering av vårdgarantin som Socialstyrelsen gjorde visade att vårdgarantin kortade köer och väntetider, men att effekten var kortvarig. Vårdgarantin kritiserades också bl.a. av Prioriteringsutredningen i betänkandet Vårdens svåra val (SOU 1995:5) för att den ansågs leda till felaktiga prioriteringar inom vården. Mot denna bakgrund enades regeringen och Landstingsförbundet i överenskommelsen för år 1996 om att vårdgarantin successivt skulle utvidgas och förändras. Överenskommelsen för år 1996 kom därför att innehålla dels en vårdgaranti på samma sätt som tidigare för de tolv insatserna, dels regler om tillgänglighet – oavsett sjukdom – till primärvården och specialistvården. I överenskommelsen för år 1997 enades parterna, mot bakgrund av att vårdgarantin i sin ursprungliga utformning på många sätt hade spelat ut sin roll, om att avskaffa garantin i denna form.

Överenskommelsen för år 1997 och 1998 kom i stället att ta sikte på att öka tillgänglighet för alla patienter genom att fastställa tidsfrister för *besök* i primärvården och övrig specialistvård. Primärvården är ansvarig för de första kontakterna och skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om den första kontakten ej sker med läkare skall tid för läkarbesök kunna erbjudas senast inom åtta dagar. Om det bedöms att besök inom övrig specialistvård erfordras skall tid för besök erbjudas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar, dock senast inom tre månader. För patienter med stark oro, eller när läkaren på grund av befarad allvarlig sjukdom med försämrad prognos vid tidsutdräkt bedömer att besök hos specialist ej kan anstå, skall besöket ske senast inom en månad (tidigare benämnd oklar diagnos). När det bedöms att behandling erfordras skall den påbörjas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioritering och i samråd med patienten.

Vårdgarantin anger således inte några tidsfrister för hur länge en patient skall behöva vänta på den *behandling* som läkaren bedömt att han eller hon har behov av. Kommittén menade att detta är en brist särskilt mot bakgrund av att väntetider och köer på vissa håll är oacceptabelt långa. Mot den bakgrunden föreslog kommittén att arbetet skulle inriktas på att en behandlingsgaranti - som inte enbart omfattar operationer utan också andra åtgärder av medicinsk natur - och som tillförsäkrar patienterna behandling inom tre månader borde ingå i överenskommelsen mellan staten och landstingen för år 1999.

Regeringen delar kommitténs bedömning att väntetider till vård och behandling måste minska. En viktig förutsättning för att tillgängligheten inom vården skall förbättras är, vid sidan av en kontinuerlig verksamhetsutveckling och ett förbättrat resursutnyttjande, att landstingen ges ekonomiska förutsättningar för att minska väntetiderna. Mot bl.a. den bakgrunden föreslår regeringen i 1998 års ekonomiska vårproposition (prop. 1997/98:150, utgiftsområde 25) att statsbidragen till kommuner och landsting skall höjas med ytterligare 4 miljarder kronor år 1998, utöver tidigare beslutade och aviserade höjningar. Därigenom kommer nivån på statsbidragen totalt att bli över 20 miljarder kronor högre år 2000, i förhållande till år 1996.

De ökade statsbidragen gör det redan nu möjligt för landstingen att vidta åtgärder för att minska väntetiderna i vården. I samtliga landsting pågår också sådana aktiviteter. Som ett led i Landstingsförbundets arbete med att stödja och stimulera utvecklingen inom hälso- och sjukvården har förbundet, med gott resultat, tillsammans med ett 20-tal enheter tillämpat modellen Genombrott i ett särskilt projekt i avsikt att korta köer och väntetider. Genombrott är en svensk tillämpning av en modell för förbättringsarbete. Landstingsförbundet arbetar även tillsammans med landstingen i de södra och västsvenska sjukvårdsregionerna med att ta fram system för uppföljning av köer och väntetider. Regeringen har också erfårit att de socialdemokratiskt styrda landstingen har åtagit sig att införa *Fritt vårdval* i hela landet. En patient som bedömts behöva en viss behandling och erhållit besked om att behandlingen ej kan ges i hemlandstinget inom tre månader skall ha rätt att vända sig till en vårdgivare i ett annat landsting eller till en privat vårdgivare med offentlig finansiering.

Regeringen och Landstingsförbundet har också i överenskommelsen om ersättningar under år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. kommit överens om att landstingen påtagligt skall minska väntetiderna för både besök och behandling. När tillgängligheten inom vården analyseras är det inte tillräckligt att endast fokusera på köer och väntetider. Dessa är starkt beroende av tillgängligheten i övrigt; inom akutsjukvården, i primärvården och i den kommunala vården och omsorgen. Landstingens arbete med att förbättra tillgängligheten bör därför gälla både tillfälliga insatser inom uttalade köområden och långsiktigt förbättringsarbete för att öka produktionen. Det handlar också om att förstärka det akuta omhändertagandet i hela vårdkedjan. Tillgången till läkare inom hemsjukvården och i särskilda boendeformer har stor betydelse och landstingen utlovar en utökad satsning för att lösa de problem som i dag finns inom detta område.

Som flera remissinstanser har framfört är det emellertid inte någon okomplicerad fråga att införa en behandlingsgaranti enligt kommitténs förslag, dvs. en garanti som innebär att all vård och behandling skall ges inom högst tre månader. En sådan garanti måste bl.a. stå i överensstämmelse med riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Regeringen och Landstingsförbundet har därför kommit överens om att under år 1998 närmare klarlägga de ekonomiska, organisatoriska och praktiska förutsättningarna för en behandlingsgaranti. Regeringen har mot den bakgrunden uppdragit åt Socialstyrelsen att beskriva och analysera förutsättningarna för och konsekvenserna av införandet av en behandlingsgaranti inom svensk hälso- och sjukvård. Det är särskilt angeläget att det i hälso- och sjukvårdslagen fastlagda målet om vård på lika villkor och riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar inom vården beaktas i sammanhanget. Utgångspunkten för Socialstyrelsens arbete skall vara en allsidig belysning av frågan, som bl.a. innefattar ett ekonomiskt, organisatoriskt, praktiskt och medicinskt perspektiv. Socialstyrelsen skall redovisa uppdraget till regeringen före utgången av februari 1999.

## 8 Val av vårdgivare

### 8.1 Val av läkare i primärvården

<p><b>Regeringens förslag:</b> Patientens rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården skall inte få begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**HSU 2000:s förslag** överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** En klar majoritet av remissinstanserna, däribland flertalet landsting och *Landstingsförbundet*, tillstyrker förslaget om att

patientens rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Ett par instanser framhåller att det behövs någon form av riktlinjer för att undvika överbelastning av enskilda läkare. Några landsting betonar fördelarna med att invånarna väljer läkare och vårdcentral i det område där man bor. Ett par patientorganisationer anser att rätten att välja läkare inom primärvården bör lagfästas i rättighetslagstiftning.

**Skälen för regeringens förslag:** En patient befinner sig alltid i ett utsatt och känsligt läge. Det är därför viktigt att som patient kunna välja vem man vill ha kontakt med inom hälso- och sjukvården. Inte minst viktigt är det för patienten att kunna välja en annan läkare om man inte har förtroende för den man möter eller om den valde läkaren inte längre är tillgänglig.

Genom lagen (1993:58) om husläkare lades rätten att välja läkare fast i lag. Enligt husläkarlagen skulle landstingen organisera den öppna vården så att alla som var bosatta där skulle få tillgång till och kunna välja en husläkare. Husläkarlagen upphävdes vid utgången av år 1995 då den ansågs onödigt detaljerad och då man ansåg att varje landsting måste ges rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar. Däremot ansåg regeringen att det fanns skäl att slå vakt om den enskildes rätt att välja läkare i primärvården. Mot den bakgrunden infördes i hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse där det stadgas att alla som är bosatta inom landstinget skall ges möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården.

I förarbetena till bestämmelsen betonas att en förtroendefull relation mellan läkare och patient förutsätter att den enskilde själv fritt kan välja sin läkare i primärvården, samt att patientens valfrihet ökar om det finns möjligheter att välja mellan primärvårdsenheter med skilda driftsformer. Undersökningar visar att de flesta tycker att det är viktigt med läkarkontinuitet både vid återkommande kontroller och då det gäller att få träffa samma läkare oavsett anledning till besök. Detta gäller i särskilt hög grad bland kvinnor, personer äldre än 64 år och personer med långvarig sjukdom.

Det framgår inte klart av förarbetena vilket urval som skall erbjudas den enskilde patienten utan endast att landstingen har ett ansvar för att det finns möjlighet att genom val få en fast läkarkontakt. Eftersom det är landstingens sak att besluta om organisationens närmare utformning samt hur valet skall ske ges således ett stort utrymme för de enskilda landstingen att välja hur man vill utforma systemet för val av fast läkarkontakt i primärvården.

Flera uppföljningar av valfrihetens effekter visar att geografisk närhet spelat en viktig roll för patienternas läkarval. De allra flesta väljer en husläkare på den vårdcentral eller motsvarande som ligger närmast bostaden. Det förekommer dock, framförallt i storstadsområdena, att relativt många av praktiska skäl väljer en läkare på en mottagning i närheten av den egna arbetsplatsen.

En studie visar att samtliga landsting har infört generösa regler för val av fast läkarkontakt i primärvården i formell mening. Samtidigt tyder erfarenheterna på att vårdcentraler på sina håll har svårt att kombinera patienternas valfrihet med områdesansvar. I tre av de fem landsting som

närmare studerats finns det mer eller mindre uttalade ambitioner från vårdcentralernas sida att styra patienternas val av läkare till närmaste mottagning. Det förekommer också att patienter av samma skäl nekas möjligheten att få välja läkare och mottagning med hänvisning till områdesansvaret. Dessa inskränkningar av valmöjligheterna har inget stöd av de formella politiska beslut som fattats i de studerade landstingen.

Det finns enligt regeringens uppfattning starka skäl att slå vakt om såväl rätten att välja en fast läkarkontakt i primärvården som rätten att välja läkare på en annan mottagning än den som ligger närmast den egna bostaden. Detta är grundläggande förutsättningar för förtroendet för primärvården och därmed också för möjligheterna att verka för att befolkningen skall acceptera primärvården som ett förstahandsval vid basala sjukvårdsbehov. Det är även viktigt att klargöra vilka krav den enskilde har rätt att ställa på hälso- och sjukvården i fråga om val av läkare i primärvården och därmed vilka skyldigheter som sjukvårdshuvudmän och vårdpersonal har. I syfte att förtydliga att den enskildes val inte begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget införs i hälso- och sjukvårdslagen ett tillägg där detta klart uttalas.

Det finns givetvis situationer där valet av läkare kan begränsas av praktiska skäl. Så kan t.ex. enskilda läkares arbetsbelastning vara sådan att den sätter gränser för läkarvalet. I glest befolkade delar av landet torde dessutom möjligheterna att välja mellan flera olika läkare inom rimligt geografiskt avstånd vara begränsade. Landstingen måste också kunna begränsa rätten till hembesök i de fall patienter som har andra alternativ väljer en läkare långt från bostadsorten eller kräva att patienten själv svarar för resekostnaden till mottagningen.

Det är viktigt att det även ges möjlighet att välja en läkare som är verksam i ett annat landsting. En patient som flyttat från ett landsting till ett annat eller en student som studerar på annan ort kan t.ex. önska ha kvar sin fasta läkarkontakt. Det är enligt regeringens uppfattning därför angeläget att landstingen så långt som möjligt försöker tillgodose önskemål om val av läkare i primärvården även i de fall den enskilde av olika skäl väljer en läkare som är verksam i ett annat landsting. För att underlätta sådana val bör landstingen träffa överenskommelser som tillåter val av läkare över landstingsgränserna.

Patienter med kroniska och långvariga sjukdomar behöver ofta en mer regelbunden och långvarig kontakt med andra specialister än allmänläkare. Önskemål har framförts från patientorganisationer att det borde vara möjligt att ha sin fasta läkarkontakt med andra specialister än läkare i allmänmedicin. Mot bakgrund av detta har kommittén ansett det angeläget att hälso- och sjukvården medverkar till att patienter som har behov av det kan välja att ha sin fasta läkarkontakt med annan specialist än allmänläkare.

Det är enligt regeringens uppfattning viktigt att betona betydelsen av samarbete mellan olika delar av hälso- och sjukvården för att på så sätt höja kvaliteten för patienterna. Socialstyrelsen har i sitt remissyttrande framhållit vikten av att uppmana sjukvården till "shared care", dvs. att patienten både har en allmänläkare och en specialist som sin läkare. Det innebär att patienten har kontakt med allmänläkare då diagnosen är klar, behandlingen bestämd och sjukdomen dessutom är inne i ett lugnt skede.

Patienten går därutöver på regelbunden kontroll hos specialist eller har extra specialistkontakt om sjukdomsförloppet motiverar det. Regeringen delar Socialstyrelsens uppfattning på denna punkt då ett sådant förfarande uppmuntrar till samarbete.

Efter det att husläkarreformen upphörde har informationen om valmöjligheterna tonats ned i flera landsting. Studier som gjorts av kommittén visar att befolkningen i många landsting inte har tillräcklig kunskap om vilka regler som gäller. Regeringen vill därför starkt betona vikten av att sjukvårdshuvudmännen medverkar till att rätten att välja läkare införlivas i sjukvårdsorganisationen och att man också följer upp att reglerna tillämpas på avsett sätt. Informationen till befolkningen måste dessutom förbättras så att alla känner till sin rätt att välja och hur man skall gå till väga för att utnyttja denna rätt.

## 8.2 Val av sjukhus och specialistmottagning

**Regeringens förslag:** De nuvarande reglerna om remiss till specialistmottagningar ändras i syfte att öppna en möjlighet för landstingen att ställa krav på remiss till sjukhusens specialistmottagningar utan att ha remisskrav för motsvarande specialistmottagningar utanför sjukhusen.

**HSU 2000:s förslag** överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna är splittrade i frågan om vilka regler som skall gälla för val av sjukhus och specialistmottagning. *Landstingsförbundet* och landstingen stödjer kommitténs förslag att landstingen även i fortsättningen skall ha rätt att bestämma över valmöjligheter och remissregler. Yrkesförbunden och patientorganisationerna framhåller däremot att patienten bör ha rätt att fritt söka sjukhus och specialistmottagning och att denna rätt bör lagregleras.

Även inför kommitténs förslag att ändra de nuvarande remissreglerna i syfte att ge landstingen möjlighet att ställa krav på remiss till sjukhusens specialistmottagningar utan motsvarande krav på remiss till mottagningar utanför sjukhusen är meningarna delade. *Socialstyrelsen* och en del landsting delar kommitténs uppfattning att de nuvarande remissreglerna inte är ändamålsenliga och ser förslaget som en möjlighet att anpassa verkligheten till de lokala förutsättningarna och kunna förbättra befolkningens valmöjligheter. Andra landsting hänvisar till att det blir svårklarligt och otydligt för patienten om det inte gäller samma regler för besök hos specialister som arbetar på sjukhusmottagningar som hos dem med mottagningar utanför sjukhusen.

**Skälen för regeringens förslag:** Det finns i dag ingen lagstadgad rätt för patienten att välja sjukhus och specialistmottagning. Landstingen ger dock patienterna relativt stora möjligheter att välja sjukhus och specialistmottagning både inom det egna landstinget och i angränsande landsting. Om landstinget beslutar att remiss skall krävas för viss vård/ behandling inom landstinget skall enligt gällande lagstiftning samma krav gälla för motsvarande vård/ behandling som utförs av vårdgivare



med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning alternativt lagen om ersättning för sjukgymnastik. En anledning till att bestämmelsen infördes var att samma förutsättningar skulle gälla för all offentligt finansierad vård.

Sedan den 1 januari 1998 gäller dock att den vård som ges av privata gynekologer, psykiatriker och barnmedicinare undantas från krav på remiss. Detta innebär att det, även om landstingen kräver remiss till dessa specialiteter inom den offentligt bedrivna vården, inte kan införas remisskrav för motsvarande specialiteter med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning. Motiven för denna ordning är att system som bygger på att det generellt krävs remiss från allmänläkare för att få vårdkontakt med barnläkare, gynekologer och psykiatriker har svag legitimitet hos småbarnsföräldrar och kvinnor. Respekten för den enskildes integritet, i synnerhet i fråga om rätten att söka psykiatrisk vård utan krav på remiss, är en annan viktig anledning.

Det är av stor betydelse för patienternas ställning inom hälso- och sjukvården att möjlighet ges att få välja sjukhus och specialistmottagning. Det är också angeläget att patienterna har möjlighet att välja mellan offentlig och privat vård. I överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. understryks betydelsen av patienternas valmöjligheter. Där konstateras att patienterna skall ha möjligheter att välja vårdgivare där det av skilda skäl passar dem bäst. Landstingen skall därför ha och tillämpa valmöjligheter efter principen att det är vården som skall stå för anpassningen och flexibiliteten. Varje landsting skall dessutom tillse att varje patient erhåller tydlig information om sina möjligheter att välja vårdgivare, i det egna landstinget och på annat håll. Regeringen har mot den bakgrunden stannat för att det inte föreligger behov av ett uttryckligt lagstöd om rätten att välja sjukhus och specialistmottagning.

Kommittén konstaterar emellertid i sitt betänkande att det finns en diskrepans mellan formella och reella valmöjligheter i många landsting. De remissregler som tillämpas är ofta otydliga. I åtta landsting krävs remiss för specialistvård medan det i övriga landsting inte finns några formella beslut om remisskrav till sådan vård. Även i dessa senare landsting tillämpas dock i praktiken krav på remiss för att patienten skall få tillgång till vård på sjukhusens specialistmottagningar. Det är i det närmaste omöjligt för patienter att få komma på nybesök till sjukhusens specialistmottagningar utan remiss. Det är däremot vanligt att specialistmottagningar utanför sjukhusen tar emot nybesök utan remiss.

Det är enligt regeringens bedömning inte lämpligt att i lag generellt förbjuda landstingen att ställa krav på remisser för specialistvård. Remisser måste kunna användas som ett instrument för att kunna göra riktiga medicinska prioriteringar både i syfte att garantera att de patienter som har störst behov av specialistvård får tillgång till sådan och att kunna utnyttja de samlade resurserna i landstingen optimalt. Landstingen är själva bäst lämpade att göra avvägningarna mellan de för- och nackdelar som finns med ett remissförfarande efter de förutsättningar som finns i respektive sjukvårdsområde. Om det uppstår brist på läkare av en viss specialitet i ett landsting kan remiss användas som ett instrument i syfte att prioritera de patienter som har de största behoven av viss vård. Det är

därför viktigt att landstingen inte är bundna av bestämmelser som gäller generellt i landet utan att de ges möjligheter att utforma egna regler utifrån sina förutsättningar.

Sjukhusens specialistmottagningar har i ökad utsträckning fått andra roller i hälso- och sjukvården än de icke-sjukhusanslutna, ofta privata, specialistmottagningarna. Denna utveckling är resultatet av en förändringsprocess som pågår sedan några år, där de offentliga sjukhusmottagningarna reducerat sin verksamhet och koncentrerat den till patienter och tillstånd som kräver sjukhusens specialiserade resurser. Patienter som inte kräver sjukhusens kompetens och resurser styrs i ökad utsträckning till specialistmottagningar utanför sjukhusen, t.ex. vårdcentraler som knutit till sig läkare med andra specialiteter än allmänmedicin för att bredda sitt vårdutbud och öka tillgängligheten till specialistvård.

Mot bakgrund av att sjukhusens specialistmottagningar och de privata specialistmottagningarna delvis kan ha olika roller i hälso- och sjukvården finner regeringen att det finns skäl att se annorlunda på remisskrav till de sjukhusanknutna specialistmottagningarna än på remisskrav till motsvarande specialistmottagningar utanför sjukhusen. Landstingen bör således ges möjlighet att tillämpa remisskrav för den egna verksamheten utan att tillämpa remisskrav för privata vårdgivare vid mottagningar utanför sjukhus som omfattas av lagen. Som en konsekvens kan landstingen inte tillämpa remisskrav enbart för privata vårdgivare utanför sjukhus.

Det är viktigt att poängtera att de remissregler som landstinget beslutar överensstämmer med de regler som tillämpas i praktiken, så att befolkningen vet vilka regler som gäller. Det är inte lämpligt att tillämpa system som innebär att landstinget på central nivå beslutar att fritt val av sjukhus och annan specialistvård skall gälla och samtidigt tillämpar styr- och ersättningssystem som medför att befolkningen i praktiken inte kan ta tillvara de möjligheter att välja vårdgivare som landstinget beslutat skall gälla.

Den föreslagna ändringen innebär ingen förändring i fråga om privatläkarna inom barnmedicin, gynekologi och psykiatri. Remiss kan således inte krävas inom dessa specialiteter även om ett landsting inför sådana remisskrav för motsvarande specialistmottagningar i den egna verksamheten.

Frågan om valmöjligheter i den kommunala hälso- och sjukvården handlar normalt om val av boendeform, som utgör en form av bistånd enligt socialtjänstlagen (1980:620). Frågan om behovet av att stärka den enskildes inflytande över valet av boendeform är därför inte en fråga som omfattats av HSU:s uppdrag. Kommittén framhåller dock behovet av att ta hänsyn till den enskildes önskemål vid valet av boendeform samt vikten av att människor som får sin löpande hälso- och sjukvård tillgodosedda i en särskild boendeform skall ha samma möjligheter som andra invånare att få ta del av landstingets hälso- och sjukvård i övrigt.

Regeringen delar kommitténs uppfattning och har i propositionen (prop 1997/98:113) Nationell handlingsplan för äldrepolitiken föreslagit mål och inriktning för den framtida äldrepolitiken. Med utgångspunkt från målen kan kommunerna utarbeta lokala äldrepolitiska handlingsprogram. Till målen som regeringen föreslår hör att äldre skall kunna åldras i

trygghet och med bibehållet oberoende samt ha tillgång till god vård och omsorg. Detta innebär bl.a. att äldre så långt möjligt ges möjlighet att bo kvar hemma så länge som de själva önskar och att man i hemmet skall kunna få hjälp med personlig omvårdnad eller sjukvård. Vidare skall äldre kunna flytta till en särskild boendeform om vårdbehoven är stora samt ha tillgång till hälso- och sjukvård på samma villkor som yngre människor. Hälso- och sjukvården skall vara lika tillgänglig för äldre som för yngre och får inte begränsas genom åldersgränser.

Det är enligt regeringens mening viktigt att ge ökade valmöjligheter genom ett varierat utbud av omsorg och vård. För att öka förutsättningarna för kommunerna att uppfylla målet att äldre skall ha möjlighet att vid behov flytta till en särskild boendeform föreslår regeringen i propositionen att ett tillfälligt statligt bidrag om 400 miljoner kronor införs för ny- och ombyggnad samt förbättring av bostäder i särskilda boendeformer.

## 9 Svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador

**Regeringens bedömning:** Regeringen och Landstingsförbundet har i överenskommelsen om ersättningar under år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. enats om att landstingen skall se till att de patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador som önskar vård i annat landsting också skall få det. För att underlätta detta avser regeringen att uppdra åt Socialstyrelsen att successivt bygga ut sin vårdkatalog i relevanta delar samt att följa hur vårdbehoven tillgodoses för denna grupp.

**HSU 2000:s förslag** innebär att frågan behandlas i överläggningarna mellan regeringen och Landstingsförbundet. Inriktningen bör därvid vara att frågan om dessa patienters behov av specialistvård får en tillfredsställande lösning.

**Remissinstanserna:** *Landstingsförbundet* och de landsting som yttrat sig i frågan tillstyrker förslaget, eftersom frågan bör få en förhållandevis snar behandling. Merparten av de patientorganisationer som kommenterat frågan anser däremot att rätten att få remiss bör lagstiftas, i alla fall på sikt.

**Skälen för regeringens bedömning:** Kommittén redovisar att den i sina kontakter med företrädare för patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador har erfarit att det inte är ovanligt att dessa patienter nekas möjligheten att söka specialistvård där de själva anser att de bästa kunskaperna om den aktuella sjukdomen eller skadan finns. Denna problembeskrivning stöds av de erfarenheter som gjorts inom ramen för Socialstyrelsens pågående arbete med små patientgruppers behov (små och mindre kända handikappgrupper). Oftast är problemet att de system för avtal, remisser och ersättningssystem som enskilda landsting tillämpar hindrar patienten att söka vård hos en viss läkare eller vårdenhet som har utvecklat specifik kompetens i fråga om en viss svår och mycket ovanlig sjukdom eller skada. Mot denna bakgrund behandlade kommittén frågan om det finns behov av att vidta särskilda åtgärder för att patienter med sådana sjukdomstillstånd och skador skall kunna söka specialistvård utanför det egna landstinget.

Kommittén fann att frågan inte lämpar sig för lagreglering, bl.a. för att det är svårt att avgränsa vid vilka sjukdomstillstånd en patient skall ha rätt att söka vård utanför det egna landstinget. Kommittén föreslog i stället att frågan skulle behandlas i överläggningar mellan regeringen och Landstingsförbundet.

I enlighet med kommitténs förslag behandlas också denna fråga i den överenskommelse om ersättningar under år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. som regeringen och Landstingsförbundet träffade i april 1998.

Enligt överenskommelsen är regeringen och Landstingsförbundet eniga om att landstingen skall se till att de patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador som önskar vård i annat landsting också skall få det. Medel för detta ändamål avsätts inom ramen för överenskommelsen. Parterna konstaterar även att de formella förutsättningarna i viss utsträckning existerar genom Socialstyrelsens vårdkatalog. En förutsättning är emellertid att vårdkatalogen kompletteras med sådana medicinska verksamheter som kan tillgodose dessa patientgruppers vårdbehov.

Landstingsförbundet har i överenskommelsen åtagit sig att medverka till att frågan får en tillfredsställande lösning under år 1999. Regeringen avser att uppdra åt Socialstyrelsen att successivt bygga ut vårdkatalogen i relevanta delar, bl.a. med utgångspunkt i arbetet med små och mindre kända handikappgrupper, samt att följa hur vårdbehoven tillgodoses för denna grupp.

## 10 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vårdområdet

**Regeringens förslag:** Pågående försöksverksamhet med kommunal primärvård förlängs till utgången av år 1999. Malmö och Göteborgs kommuner ges övergångsvis möjlighet att efter överenskommelse med respektive landsting svara för driften av primärvården.

**HSU 2000:s förslag:** Frågan har ej behandlats av kommittén.

**Skälen för regeringens förslag:** Den 1 januari 1997 lades Kristianstads och Malmöhus län samman till Skåne län. Göteborgs och Bohus län, Älvsborgs län och Skaraborgs län utom Habo och Mullsjö kommuner lades den 1 januari 1998 samman till Västra Götalands län.

Enligt 1 kap. 2 § kommunallagen (1991:900) omfattar varje landsting ett län, om inte annat är föreskrivet. Den ändrade länsindelningen får därför bl.a. till följd en motsvarande sammanläggning av landstingen. Som en följd av bildandet av Skåne län skall Kristianstads läns landsting och Malmöhus läns landsting läggas samman till Skåne läns landsting. Göteborgs och Bohus läns landsting, delar av Skaraborgs läns landsting och Älvsborgs läns landsting skall i sin tur läggas samman till Västra Götalands läns landsting. Malmö och Göteborgs kommuner som i dag står utanför landstingsindelningen kommer att gå in i landstingen. Den ändrade landstingsindelningen träder i kraft den 1 januari 1999 (In 96/104/KL och In 97/2666/KL).

I en gemensam skrivelse till regeringen den 18 december 1997 hemställer Sammanläggningsdelegerade för Skåne läns landsting och Kommunförbundet Skåne om en lagändring som möjliggör att en kommun efter överenskommelse med landstinget kan svara för driften av primärvården inom den egna kommunen (dnr S97/8952/S).

Frågan om ett kommunalt övertagande av primärvården har lyfts fram i olika sammanhang under de senaste åren. Redan år 1985 infördes lagen

(1985:1089) om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område som innebar att vissa kommuner fick möjlighet att träffa avtal med ett landsting om att överta driftansvaret för primärvården medan landstinget behöll huvudmannaskapet (prop. 1985/86:42). Lagen var tidsbegränsad och gällde till utgången av år 1996.

Enligt lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård får en kommun erbjuda primärvård om kommunen och landstinget är överens om det och Socialstyrelsen lämnat sitt tillstånd. Av lagen framgår att sådan primärvård som en kommun har ansvar för enligt försökslagen inte omfattas av landstingets ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Till skillnad från 1985 års lag övergår således huvudmannaskapet för primärvården till kommunen under försöksperioden (prop. 1990/91:121). Lagen är tidsbegränsad och gäller till utgången av år 1998. Verksamheten bestod ursprungligen av sju försöksområden. Av dessa bedriver tre fortfarande försöksverksamhet. Socialstyrelsen har utvärderat försöksverksamheten.

Kommunallagen har nyligen ändrats för att underlätta samverkan genom att dels utvidga möjligheterna till kommunalförbund, dels genom att institutet gemensam nämnd har införts. I propositionen (prop. 1997/98:113) Nationell handlingsplan för äldrepolitiken konstateras dock att det i vissa fall finns rättsliga hinder för att skapa den organisation och samordning av vården och omsorgen som är önskvärd. Regeringen ger därför i propositionen uttryck för att de lagliga förutsättningarna för samverkan bör stärkas och att man har för avsikt att skyndsamt se över frågan om gemensamma nämnder m.m. inom vårdområdet och därefter återkomma med erforderliga förslag till lagändringar.

Mot bakgrund av ovanstående anser regeringen det olämpligt att nu mer långsiktigt ta ställning till den pågående försöksverksamheten med kommunal primärvård. I avvaktan på översynen bör därför försöksverksamheten med kommunal primärvård förlängas till utgången av år 1999.

Av skrivelsen från Sammanläggningsdelegerade för Skåne läns landsting och Kommunförbundet Skåne framgår att frågeställningen bl.a. har aktualiserats mot bakgrund av möjligheten för Malmö kommun att fortsätta att svara för driften av primärvården även efter landstingssammansgåendet den 1 januari 1999. Även Göteborgs kommun står i en liknande situation. Mot denna bakgrund anser regeringen att det är rimligt att Malmö och Göteborgs kommuner övergångsvis - i avvaktan på översynen - ges möjlighet att efter överenskommelse med respektive landsting svara för driften av primärvården.

## 11 Kostnadseffekter m.m.

I avsnitt 8 *Val av vårdgivare* föreslår regeringen att hälso- och sjukvårdslagen preciseras så att det framgår inte bara att landstingen skall organisera primärvården så att alla som är bosatta där skall kunna välja en fast läkarkontakt utan också att den enskildes val inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Förslaget beräknas inte medföra kostnadsökningar för hälso- och sjukvården. Det är ett förtydli-

gande av vad som redan i dag anses gälla och sammanfaller dessutom med de beslut och riktlinjer som landstingen redan lagt fast i fråga om rätten att välja läkare i primärvården.

Vidare föreslås i avsnittet att de nuvarande remissreglerna ändras i syfte att öppna en möjlighet för landstingen att tillämpa remisskrav för sjukhusens specialistmottagningar utan att behöva tillämpa motsvarande remisskrav för specialistmottagningar utanför sjukhusen. Förslaget, som innebär en avreglering, ger landstingen större frihet än i dag att utforma egna regler på området. Syftet är bl.a. att underlätta för landstingen att åstadkomma en mer kostnadseffektiv rollfördelning mellan sjukhusens specialistmottagningar och offentliga och privata specialistmottagningar utanför sjukhusen. Förslaget medför inte några kostnadsökningar för landstingen.

I avsnitt 10 *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vårdområdet* föreslår regeringen att pågående försöksverksamhet med kommunal primärvård skall förlängas samt att Malmö kommun och Göteborgs kommun - efter överenskommelse med landstinget - får möjlighet att svara för driften av primärvården. Förslagen syftar till att gälla övergångsvis i avvaktan på att regeringen ser över frågan om gemensamma nämnder inom vårdområdet. Förslaget medför inte några kostnadsökningar för hälso- och sjukvården.

## 12 Författningskommentarer

### 12.1 Förslag till lag om dels fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, dels ändring i samma lag

Lagens giltighetstid föreslås bli förlängd med ett år. Skälen för detta har redovisats i avsnitt 10.

#### 4 a §

Innebörden av ändringen motsvaras av vad som föreslås gälla enligt 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen. Skälen för ändringen framgår av författningskommentaren till den paragrafen.

### 12.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

#### 5 §

I paragrafens *andra stycke* sägs nu uttryckligen att möjligheten att genom val få en fast läkarkontakt inte får begränsas geografiskt inom landstingsområdet. En patient skall kunna välja en fast läkarkontakt var som helst inom landstingsområdet utan att vara hänvisad till ett visst urval utifrån t.ex. områdesindelning eller bostadsort. Bestämmelsen utgör inget hinder för val av en fast läkarkontakt i ett annat landsting under förutsättning att

berörda landsting kommer överens om det. Bestämmelsen innebär emellertid inte att ett val av en fast läkarkontakt i primärvården inom landstinget kan göras helt utan restriktioner. Det måste t.ex. ankomma på landstinget eller den aktuella läkaren att avgöra om ett visst val överhuvudtaget är möjligt med hänsyn till läkarens arbetsbelastning. Vidare kan värdet av valet komma att begränsas, t.ex. i de fall patienten valt en läkare långt från hemorten och av den anledningen måste acceptera ett minskat antal hembesök. Landstinget kan också kräva att patienten själv betalar en större del av resekostnaderna i vissa fall. Patienten bör informeras om eventuella villkor i samband med sitt val.

### *Övergångsbestämmelserna*

*Punkt 1* anger att lagändringen träder i kraft den 1 januari 1999.

*Punkt 2* anger att en kommun som före ikraftträdandet inte ingått i ett landsting får svara för driften av primärvården inom kommunen enligt 5 § om kommunen och landstinget har träffat avtal om det. Bakgrunden till bestämmelsen framgår av avsnitt 10.

## 12.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

### 3 §

I paragrafens *andra stycke* behandlas landstingens remisskrav för hälso- och sjukvård av patienter hos privatpraktiserande specialistläkare. För närvarande gäller ett krav på remiss för att få läkarvårdsersättning om landstinget har ett krav på remiss i den egna organisationen för motsvarande vård. Bestämmelsen i dess nuvarande lydelse innebär inte att landstingen måste kräva remiss, men om ett landsting ändå inför sådana regler skall motsvarande krav ställas såvitt gäller de privatpraktiserande specialisterna.

Ändringen innebär att kopplingen mellan landstingens remisskrav i den egna verksamheten och remisskravet vad avser den offentligt finansierade privata vården tas bort. Landstingen skall få tillämpa remisskrav för den egna verksamheten utan att tillämpa remisskrav för privata vårdgivare vid mottagningar utanför sjukhusen. Omvänt gäller att landstingen inte kan tillämpa remisskrav enbart för privata vårdgivare utanför sjukhusen.

Skälen för ändringen har kommenterats i avsnitt 8.2.



REGERINGEN  
LANDSTINGSFÖRBUNDET

## Överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m.

I denna överenskommelse har staten och landstingen (och motsvarande) enats om en satsning på att ytterligare stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Det skall bl.a. ske genom att öka vårdens tillgänglighet och patienternas inflytande och delaktighet.

I överenskommelsen framhålls även betydelsen av att uppmärksamma de äldres behov i hälso- och sjukvården. Därvidlag behöver läkartillgången i eget boende och i särskilda boendeformer särskilt uppmärksammas och stödjas.

Parterna är överens om att den del av överenskommelsen som gäller satsningen att stärka patientens ställning i vården skall gälla under två år. Däremot regleras den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen för ett år i taget.

I ett separat inriktningsdokument – Patienten i hälso- och sjukvården – har parterna vidare klarlagt sin gemensamma syn på en önskvärd övergripande utveckling av hälso- och sjukvården under de närmaste åren för att stärka patientens ställning. Inriktningsdokumentet redovisas i en bilaga till överenskommelsen (*bilaga 5*).

### **Att stärka patientens ställning**

Målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall vara lätt tillgänglig, ha hög kvalitet och god omvårdnad och genomföras på grundval av patientens självbestämmande och integritet. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde, med företräde för dem som har störst behov.

Svensk hälso- och sjukvård har under 1990-talet förbättrat resursutnyttjandet. Därigenom har hälso- och sjukvården, till internationellt sett låga kostnader, kunnat leva upp till förväntningarna att med allt bättre resultat ta hand om både fler och allvarigare sjuka. Resurserna har först och främst satts in för att tillgodose behovet av ett fungerande akut omhändertagande av de svårast sjuka, ett medvetet val i linje med av riksdagen fastställda riktlinjer för prioriteringar. Däremot har tillgängligheten ej kunnat upprätthållas på önskvärd nivå.

Med ett ökat antal äldre patienter med sammansatta problem och sjukdomar följer ökade behov av att dygnet runt kunna göra akuta bedömningar och insatser. I och med 1990-talets vårdplatsreduceringar förutsätts detta i betydande utsträckning kunna ske utanför sjukhusen. Men här finns problem vilket både orsakar överbeläggningar vid sjukhusen och utgör en bidragande orsak till bristande tillgänglighet inom den planerade

vården. Genom att prioritera insatser till äldre i hela vårdkedjan kan utrymme skapas för bättre tillgänglighet för alla. Regeringen har i propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) särskilt lyft fram behovet av samverkan mellan landsting och kommuner, bl.a. för att säkra att behovet av medicinsk kompetens tillgodoses i den kommunala äldreomsorgen.

Regeringen föreslår i 1998 års ekonomiska vårproposition (proposition 1997/98:150, utgiftsområde 25) att statsbidragen till kommuner och landsting skall höjas med ytterligare 4 miljarder kronor år 1998, utöver tidigare beslutade höjningar. Därigenom kommer nivån på statsbidragen totalt att bli 20 miljarder kronor högre år 2000, i förhållande till år 1996. Resurstillskottet förbättrar förutsättningarna för att leva upp till förslagen och riktlinjerna inom äldreomsorgen. Regeringens bestämda inriktning är vidare att tillskotten skall leda till att kommuner och landsting vidtar åtgärder så att väntetiderna i sjukvården blir kortare och att omsorgen och vården i livets slutskede förbättras

Denna överenskommelse är ett uttryck för regeringens och Landstingsförbundets gemensamma ambition att främja tillgängligheten och i övrigt stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. För detta ändamål är parterna överens om att avsätta 863 miljoner kronor under år 1999.

### **Förbättrad tillgänglighet**

Parterna är överens om att under åren 1998 – 1999 göra en kraftsamling för att förbättra tillgängligheten. Landstingen åtar sig att påtagligt minska väntetiderna både för besök och behandling. Patienterna skall överlag finna väntetiderna inom vården rimliga.

I nu gällande vårdgaranti regleras väntetid för besök, både inom primärvård och specialistsjukvård. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) framhåller i delbetänkandet Patienten har rätt (SOU 1997:154) att detta inte är tillräckligt. Även väntetid för behandling bör enligt kommittén regleras. HSU föreslår att vårdgarantin inom ramen för denna överenskommelse utvidgas så att den för alla åtgärder av medicinsk natur tillförsäkrar patienterna behandling inom tre månader. Parterna är överens om att under år 1998 närmare klarlägga de praktiska, organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna för en utvidgad vårdgaranti. I sammanhanget måste också utrönas hur en sådan garanti förhåller sig till de av riksdagen fastställda riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Även landstingens resurssituation har avgörande betydelse.

För att säkerställa tillgängligheten är det också viktigt att arbetet med nationella riktlinjer från Socialstyrelsen fullföljs. Riktlinjer finns för diabetes och de följs närmast av kranskärslsjukdom och slaganfall (stroke). Därefter följer ledgångsreumatism, höftfraktur och nyinsjuknade i psykos.

År 1997 infördes, genom Dagmaröverenskommelsen, en vårdgaranti vilken tar sikte på att öka tillgängligheten för alla patienter. Parterna är överens om att denna inriktning skall gälla även under år 1999.

Primärvården är ansvarig för de första kontakterna och skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om den första kontakten ej sker med läkare skall tid för läkarbesök kunna erbjudas senast inom åtta dagar.

Om det bedöms att besök inom övrig specialistvård erfordras skall tid för besök erbjudas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar, dock senast inom tre månader. För patienter med stark oro, eller när läkaren på grund av befarad allvarlig sjukdom med försämrad prognos vid tidsutdräkt bedömer att besök hos specialist ej kan anstå, skall besöket ske senast inom en månad (tidigare benämnd oklar diagnos).

När det bedöms att behandling erfordras skall den påbörjas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioritering och i samråd med patienten.

I de fall besök ej kan erbjudas inom nämnda tidsgränser har patienten rätt att, utan extra kostnader för patienten, välja att göra besöket hos vårdgivare i annat landsting. Denna rätt inkluderar även privata vårdgivare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal.

#### *Att förbättra tillgängligheten*

Inför denna överenskommelse har nuvarande problem med tillgängligheten analyserats. Det har därvid framkommit att det inte är tillräckligt att endast fokusera på köer och väntetider. Dessa är starkt beroende av tillgängligheten i övrigt; inom akutsjukvården, i primärvården och i den kommunala vården och omsorgen.

Landstingens arbete med att förbättra tillgängligheten bör därför gälla både tillfälliga insatser inom uttalade köområden och långsiktigt förbättringsarbete för att öka produktionen. Det handlar också om att förstärka det akuta omhändertagandet i hela vårdkedjan. Tillgången till läkare inom hemsjukvården och i särskilda boendeformer har stor betydelse och landstingen utlovar en utökad satsning för att lösa de problem som idag finns inom detta område. Regeringen noterar i proposition 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken bl.a. att de förbättrade läkarinsatser särskilt behöver omfatta en systematisk uppsökande verksamhet gentemot de oftast sjuka gamla som finns i den institutionella äldreomsorgen. Personalen måste därtill kunna få råd och stöd för sitt handlande – även under jourtid – från läkare. Läkare måste också finnas tillgängliga för direkta insatser under jourtid.

Analysen visar också att för vissa områden, där brister i tillgänglighet beror på faktorer som är svåra att påverka på kort sikt, kommer det att ta längre tid att förbättra tillgängligheten. Det handlar bl.a. om brist på specialiserad personal som logopedier och operations-/narkosköterskor men också om brist på organdonatorer.

I de två senaste överenskommelserna har resurser riktats mot förbättringsarbete inom tre områden;

- kunskapsbaserad hälso- och sjukvård,
- verksamhetsutveckling,
- informationsförsörjning.

Syftet med detta utvecklingsarbete har varit att utveckla ändamålsenligheten i hälso- och sjukvården ur ett patientperspektiv. Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och ökade krav från patienter kräver ett ledarskap för ständigt förbättringsarbete. Arbetet med att introducera och utnyttja ny kunskap i det dagliga arbetet och utmönstra dålig praxis kräver systematik och uthållighet. Det krävs också lokala uppföljningssystem för att dokumentera verksamhetens ändamålsenlighet.

Även arbetsorganisationen måste anpassas till dessa krav. Hälso- och sjukvården skall bestå av utvecklande arbetsplatser med ett ledarskap för kontinuerligt lärande, delaktighet och inflytande. Modern informationsteknik (IT) skall användas för att kunna förse patienter, personal och andra intressenter med information om tillgänglighet och kvalitet.

Detta pågående utvecklingsarbete har både direkt och indirekt syftat till att förbättra tillgängligheten och kvaliteten inom vården. Regeringen och Landstingsförbundet är överens om att insatserna skall fortgå och inriktas på att skapa goda betingelser för att förbättra tillgängligheten i enlighet med denna överenskommelse.

### *Att följa upp tillgängligheten*

Det är angeläget med en bred uppföljning av tillgängligheten. Det gäller att kunna redovisa hur tillgängligheten utvecklas både i den planerade och i den akuta vården.

I dag finns inga helt tillförlitliga system för att följa tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Parterna är överens om vikten av att utveckla system för uppföljning som gör det möjligt att på ett över hela landet jämförbart sätt kunna redovisa hur antalet besök och behandlingar utvecklas, liksom köer och faktiska väntetider för besök och behandling.

Landstingsförbundet har tillsammans med Södra sjukvårdsregionen utvecklat en modell för att följa tillgängligheten som bygger på att hela vårdkedjan ingår och därmed väntetider både till besök och behandling. Denna modell har också utgjort underlag vid utformningen av den uppföljning av köer och väntetider som påbörjats år 1998 i Västra Götalandsregionen. Det är angeläget att detta utvecklingsarbete fortsätter och att en nationell samordning sker vad gäller definitioner, indikationer för olika åtgärder och annat.

Landstingsförbundet ansvarar för att arbetet med att utveckla dessa system fullföljs under år 1999, liksom för att redovisa hur tillgängligheten i övrigt inom hälso- och sjukvården utvecklas. Som framgår längre fram avsätts också särskilda medel för detta i denna överenskommelse.

## **Patientinflytande och delaktighet**

HSU 2000 föreslår i delbetänkandet Patienten har rätt åtgärder av olika slag för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Förslagen syftar till att stärka patientens möjligheter till delaktighet och inflytande i vården. Detta skall ske bl.a. genom att patienten skall erhålla individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, att patienten skall ges ett ökat inflytande vid val mellan olika behandlingsalternativ samt genom en rätt att i vissa situationer få en andra bedömning, s.k. second opinion. I inriktningsdokumentet Patienten i hälso- och sjukvården behandlar parterna dessa frågor. Parterna är överens om betydelsen av att stärka patientens inflytande och delaktighet i vården med den huvudsakliga inriktning som anges i HSUs betänkande. Parterna gör samtidigt bedömningen att sådana åtgärder ställer krav på ett fortsatt förändrat arbetssätt i hälso- och sjukvården där patienterna görs delaktiga och ses som en resurs. Det handlar om att stimulera till ett aktivt utvecklingsarbete med syfte att långsiktigt stärka patientens ställning. Mot den bakgrunden bör resurser inom ramen för denna överenskommelse avsättas för att underlätta den pågående omställningen inom vården mot ett mer patientorienterat synsätt. Regeringen avser vidare att under våren 1998 i en proposition till riksdagen redovisa förslag med utgångspunkt i det nämnda betänkandet.

## **Svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd**

HSU 2000 har behandlat frågan om det finns skäl att vidta särskilda åtgärder för att patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador skall kunna få vård utanför det egna landstinget. Det förekommer att dessa patienter ej ges möjlighet att söka specialistsjukvård där de själva anser att de bästa kunskaperna finns. Enligt HSU 2000 ligger problemet oftast i de system för avtal, remisser och ersättningssystem som enskilda landsting tillämpar. Den problembeskrivningen stöds av de erfarenheter som gjorts inom ramen för Socialstyrelsens pågående arbete med små patientgruppers behov (små och mindre kända handikappgrupper).

Regeringen och Landstingsförbundet är överens om att det är angeläget att hälso- och sjukvården kan svara upp mot dessa patienters behov av specialistvård i annat landsting. Parterna kan också konstatera att de formella förutsättningarna i viss utsträckning existerar genom Socialstyrelsens vårdkatalog. En förutsättning är emellertid att vårdkatalogen kompletteras med sådana medicinska verksamheter som kan tillgodose dessa patientgruppers vårdbehov. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att successivt bygga ut vårdkatalogen i relevanta delar bl.a. med utgångspunkt i arbetet med små och mindre kända handikappgrupper.

Parterna är eniga om att landstingen skall tillse att de patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador som önskar vård i annat landsting också skall få det. Landstingsförbundet kommer att medverka till att frågan under år 1999 får en tillfredsställande lösning.

Regeringen avser att via regleringsbrev uppdra åt Socialstyrelsen att följa hur vårdbehoven tillgodoses för denna grupp.

### **Ersättning för vissa verksamheter**

Några landsting bedriver verksamheter och belastas av kostnader utan att kunna kompenseras för detta genom statsbidragssystemet. Exempel på sådana verksamheter är vård av tvångsomhändertagna HIV-smittade från hela landet och akut sjukvård av utländska medborgare som inte omfattas av EU:s regler eller någon konvention. Parterna har varit eniga om att dessa landsting bör kompenseras genom denna överenskommelse. För år 1998 avsattes 50 miljoner kronor. Parterna är eniga om att detta stöd skall finnas kvar med samma belopp under år 1999.

### **Nationella informationssystem**

År 1997 påbörjades ett arbete för att utveckla ett IT-baserat informationssystem för patienter och allmänhet. Systemet kallas InfoMedica och är en fulltextdatabas med koppling till andra databaser för patientinformation, bl.a. hos Socialstyrelsen och Spri. Samtliga landsting medverkar, liksom Socialstyrelsen, Apoteket AB och Landstingsförbundet. År 1997 avsattes 6 miljoner kronor och samma belopp avsattes år 1998. Parterna är eniga om att för år 1999 avsätta 3 miljoner kronor för ändamålet.

För år 1998 avsattes 6 miljoner kronor för producentobunden läkemedelsinformation. Parterna avser att avsätta samma belopp för år 1999. Medlen disponeras av Läkemiddelsverket och skall, i samverkan med landstingen, användas för att utveckla den producentobundna läkemedelsinformationen, bl.a. till landstingens läkemedelskommittéer.

### **Rehabiliterings- och behandlingsinsatser**

I 1996 års ekonomiska vårproposition (prop. 1995/96:150) behandlades frågan om de särskilda medlen från sjukförsäkringen avsedda för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser fr.o.m. år 1997. Regeringen konstaterade att försäkringskassorna under ett antal år inom ramen för statens överenskommelser med landstingen disponerat särskilda medel för upphandling av medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser från hälso- och sjukvården. Regeringen ansåg att denna samverkan mellan landstingen och försäkringskassorna numera torde vara så etablerad att den i huvudsak kan ske med befintliga resurser. En reducering av de särskilda stimulansmedlen bedömdes därför motiverad.

Mot denna bakgrund enades parterna om att ersättningsbeloppet för detta ändamål skulle vara 250 miljoner kronor år 1997 och 235 miljoner kronor för år 1998. Parterna är ense om att ersättningsbeloppet för år 1999 skall vara oförändrat, 235 miljoner kronor.

### **Nationellt utvecklingsarbete**

Parterna är överens om att det arbete med ledarskapsfrågor och vårdorganisation som inletts i nätverk och projekt som "Dagmarnätverket", "Ledarnätverket" och "Genombrott" bör fortsätta och följas av nya satsningar. I överenskommelsen för år 1998 anslag parterna 20 miljoner kro-

nor för detta ändamål. Parterna är eniga om att anslå motsvarande belopp för år 1999.

Inom ramen för överenskommelsen för år 1998 avsattes 4 miljoner kronor för att bl.a. följa tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Vidare avsattes 9,5 miljoner kronor som särskilda medel för informationsförsörjning på nationell nivå. Parterna är överens om att dessa medel bör samlas för gemensamt utvecklingsarbete. Det är angeläget att fortsätta att utveckla och introducera system för att på ett jämförbart sätt i hela landet kunna redovisa väntetider och köer i den elektiva vården. Även tillgängligheten i den akuta sjukvården måste kunna följas liksom hur prioriteringar inom vården utvecklas. Det är vidare angeläget att utveckla redovisningen av vårdens resultat. Parterna är eniga om att avsätta 11 miljoner kronor för dessa ändamål år 1999.

Parterna är överens om att beslut om hur dessa medel skall användas bör fattas i samråd mellan Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Landstingsförbundet och Socialstyrelsen kommer därför att utarbeta förslag till hur ett sådant samråd kan utformas samt till hur landstingens inflytande över utformningen av dessa verksamheter kan utvecklas.

### **Råd för hälso- och sjukvårdspolitik**

Den snabba utvecklingen inom hälso- och sjukvården tillsammans med ökade vårdbehov och knappa ekonomiska resurser har accentuerat behovet av ett nytt forum för diskussion på nationell nivå kring hälso- och sjukvårdspolitiken. Parterna är därför eniga om att inom ramen för överenskommelsen skapa ett råd för hälso- och sjukvårdspolitik.

Rådet skall bestå av ledande beslutsfattare från staten och motsvarande företrädare för landstingen och bör inte omfatta fler personer än att ett konstruktivt arbete skall kunna utföras i gruppen. Rådet bör vidare träffas minst två gånger per år, vår och höst, och i övrigt när så erfordras.

Rådet skall behandla de övergripande frågorna om hälso- och sjukvården i dag och i framtiden. Rådet bör vidare ansvara för viss uppföljning av överenskommelsen. I överenskommelsen för år 1998 anslogs 1,5 miljoner kronor för oberoende uppföljning av överenskommelsens olika delar. Arbetet med att följa hur överenskommelsens intentioner och förslag får genomslag bör fortsätta även år 1999. För detta ändamål avsätts 2 miljoner kronor.

### **Bidrag inom hjälpmedelsområdet**

#### *Ersättning till Hjälpmedelsinstitutet*

Enligt proposition 1997/98:57 Ombildning av Handikappinstitutet skall från år 1999 Handikappinstitutet ombildas till Hjälpmedelsinstitutet med de tre ägarna staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Ett konsortialavtal reglerar parternas åtaganden inklusive finansiering. De nya ägarna har överenskommit att finansieringen för den närmaste fyraårsperioden 1999 – 2002 skall ske av medel från statsbudgeten. Medlen skall utbetalas från anslaget Bidrag till hälso- och sjukvård. Detta

innebär att 45,5 miljoner kronor skall avsättas till Hjälpmedelsinstitutet för år 1999.

Prop. 1997/98:189  
Bilaga 1

### *Metod och kunskapsutveckling*

Staten och Landstingsförbundet har vidare kommit överens om att för år 1999 sätta av 5,5 miljoner kronor för att inom ramen för samhällets hjälpmedelsförsörjning finansiera en rationell och ändamålsenlig inköps-samordning inklusive erforderlig metod- och kunskapsutveckling inom området. Finansieringen sker via anslaget Bidrag till hälso- och sjukvård, och ingår i förhandlingarna om statsbidrag för hälso- och sjukvårdsändamål.

### **Områden som ingått i tidigare överenskommelser**

Regeringen och Landstingsförbundet är eniga om att renodla överenskommelsen till ett instrument för att forma en hälso- och sjukvård som utgår från den enskilde patientens behov och önskemål.

En del områden som tagits upp i tidigare överenskommelser har motiverats med att de inte har kunnat organiseras inom ordinarie verksamheter. Flera av verksamheterna har nu emellertid funnit sina former och kan därför fasas in i den ordinarie verksamheten. Det gäller vissa insatser som utförs av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, SBU samt vissa verksamheter som utförs av Socialstyrelsen. En överföring av medel avseende dessa verksamheter kommer att ske genom att de berörda myndigheternas anslag tillförs medel i samma omfattning som anslagen till denna överenskommelse reduceras.

Det är dock viktigt att landstingens insyn, inflytande och engagemang bibehålls och utvecklas. Former för detta finns i många fall redan, i andra fall bör de vidareutvecklas enligt nedan.

Parterna redovisar nedan såväl de aktuella områdena som den inriktning parterna enats om att de olika verksamheterna bör ha i framtiden.

### *Särskilda medel som tilldelats Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU)*

SBU:s uppdrag är att utvärdera befintlig och ny medicinsk metodik samt att förmedla resultaten till sjukvårdshuvudmännen. Myndighetens arbete är således nära kopplat till sjukvårdshuvudmännen och deras verksamhet. Det är därför värdefullt att sjukvårdshuvudmännen är representerade i såväl SBU:s styrelse som expertgrupp. För år 1998 uppgick ersättningen ur denna överenskommelse till 10,5 miljoner kronor.

Målsättningen att på ett aktivt sätt involvera sjukvårdshuvudmännen i SBU:s organisation och verksamhet har uppfyllts på ett tillfredsställande sätt. Parterna är därför ense om att sjukvårdshuvudmännens inflytande även fortsättningsvis skall ske genom representation i myndighetens styrelse och expertgrupp.

Ersättningen om 10,5 miljoner kronor avses dock flyttas över till det ordinarie ramanslag på statsbudgeten som SBU disponerar för sin verk-



samhet. Från och med år 1999 utökas därför ramanslaget (utgiftsområde 9, A 12) till SBU med 11 miljoner kronor. Samtidigt minskas anslaget Bidrag till hälso- och sjukvård (utgiftsområde 9, A 3) med motsvarande belopp.

### *Ersättningar till aktiviteter för nationell kunskapsutveckling*

Överenskommelserna för åren 1997 och 1998 har i huvudsak inriktats på att stödja utveckling inom tre övergripande områden; kunskapsbaserad hälso- och sjukvård, verksamhetsutveckling och informationsförsörjning. För vart och ett av dessa områden har såväl insatser som medel delats upp i dels en nationell del som staten och Landstingsförbundet ansvarat för, dels en regional del som de enskilda landstingen ansvarat för.

Då det gäller den nationella delen av insatserna genomförs dessa för statens del av Socialstyrelsen, SBU och Läkemedelsverket. Som tidigare framgått kommer ersättningen till SBU att lyftas ut ur överenskommelsen. Parterna är eniga om att den verksamhet som hittills samordnats av Socialstyrelsen i fortsättningen skall finansieras via medel till Socialstyrelsens ramanslag. Från och med år 1999 utökas därför ramanslaget (utgiftsområde 9, D 1) till Socialstyrelsen med 24 miljoner kronor. Samtidigt minskas anslaget Bidrag till hälso- och sjukvård (utgiftsområde 9, A 3) med motsvarande belopp.

Socialstyrelsen ansvarar därmed för dessa insatser inom sitt ordinarie arbete. Regeringen kommer att styra medlens användning via regleringsbrev till Socialstyrelsen.

Liksom i fallet med ersättningen till SBU är det av största vikt att landstingens insyn, inflytande och engagemang bibehålls och utvecklas som hittills.

De verksamhetsområden som på detta sätt överförs från överenskommelsen mellan staten och landstingen till Socialstyrelsens ordinarie verksamhet är:

- Finansiering av de *nationella kvalitetsregistren* hos landstingen. Registren är viktiga för utvecklingsarbete med målet att höja kvalitén inom hälso- och sjukvården. Parterna menar därför att området bör tillförsäkras finansiering och i övrigt goda förutsättningar att utvecklas även i framtiden. Såväl systemet med kvalitetsregister i sin helhet som varje enskilt register bör dock fortlöpande utvärderas. Parterna vill liksom i överenskommelsen för år 1998 dels poängtera vikten av att vårdgivarna ansluter sig till registren, dels framhålla det centrala i att insatser för att utveckla och förbättra användningen av registren genomförs fortlöpande. Parterna beräknar att 15 miljoner kronor bör avsättas för kvalitetsregistren år 1999.
- *Nationella riktlinjer* för god medicinsk praxis. Detta arbete för att stärka patientens möjligheter att få likvärdig kunskapsbaserad vård i hela landet är under utveckling. Hittills har, med Socialstyrelsen som samordnare, nationella riktlinjer fastställts för diabetes. De följs närmast av kranskärslssjukdom och slaganfall (stroke). I överenskommelsen för år 1998 anslogs två miljoner och en sådan prioritering bör göras även för år 1999.

- *MARS* utgör Socialstyrelsens faktadatabas med aktuell information om kunskapsläget för vissa diagnoser och sjukdomar. I överenskommelserna för åren 1997 och 1998 avsattes fyra miljoner för ändamålet. Medfinansieringen skulle bl.a. innebära att landstingen fick en möjlighet att påverka dess användning och utveckling. En utvärdering av *MARS* genomförs under år 1998 och riktlinjerna för den närmare utformningen av arbetet bör därför läggas fast av Socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet när utvärderingen slutförts. I avvaktan på denna bedömer parterna att 4 miljoner bör avsättas under år 1999.
- *Epidemiologiskt centrum* vid Socialstyrelsen (EpC) som har till uppgift att följa, analysera och rapportera om befolkningens hälsa, sjukdomar, sociala situation, vårdutnyttjande och riskfaktorer för sjukdomar har under de senaste åren stötts finansiellt genom överenskommelsen. För att utveckla nationella öppenvårds- och skaderegister anslags i överenskommelserna för åren 1997 och 1998 två och en halv miljon kronor. Parterna menar att detta arbete är angeläget och att tre miljoner kronor bör beräknas för år 1999.

## Utbetalningsregler

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen för år 1999 och medelsfördelning framgår av *bilaga 1*. I enlighet med vad parterna är överens om skall medlen i stor utsträckning användas för att ytterligare stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Parterna är vidare eniga om att renodla överenskommelsen till ett instrument för att forma en hälso- och sjukvård som utgår från den enskilde patienten. Vissa medel som ingått i tidigare överenskommelser kommer därför att överföras till vissa myndigheters ordinarie verksamhet genom att berörda myndigheters anslag tillförs medel i samma omfattning som anslagen i denna överenskommelse reduceras (*bilaga 1*).

Ersättning enligt punkten 1.1 Förbättrad tillgänglighet; Patientinflytande och delaktighet; Svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd fördelas till landstingen (och motsvarande) för år 1999 enligt vad som framgår av *bilaga 2*. Bidragen utbetalas utan särskild rekvisition av Socialstyrelsen med en tolfedel för varje månad i efterskott.

Ersättning enligt punkten 1.2 Ersättning för vissa verksamheter utbetalas av Socialstyrelsen utan särskild rekvisition kvartalsvis i förskott. Ersättningens fördelning framgår av *bilaga 3*.

Ersättning enligt 1.3 Nationella informationssystem, InfoMedica, utbetalas av Socialstyrelsen efter rekvisition kvartalsvis i förskott till Östergötlands läns landsting.

Ersättning enligt punkt 2 Rehabiliterings- och behandlingsinsatser utges efter särskild rekvisition av försäkringskassan efter det att en särskild överenskommelse träffats mellan försäkringskassan och landstinget (och motsvarande) om medlens användning. Ersättningens fördelning framgår av *bilaga 4*.

Ersättning enligt punkt 1.3 Nationella informationssystem, producentbunden läkemedelsinformation, punkt 3.1 Nationellt utvecklingsarbete och punkt 3.2 Särskilda medel för utvecklingsarbete utbetalas av Social-

styrelsen i enlighet med överenskommelse mellan Landstingsförbundet och Socialstyrelsen om medlens användning.

Ersättning enligt punkt 4 Råd för hälso- och sjukvårdspolitik utbetalas av Socialstyrelsen i enlighet med beslut i rådet för hälso- och sjukvårdspolitik.

Ersättning till Hjälpmedelsinstitutets verksamhet punkt 5.1 utbetalas utan särskild rekvisition månadsvis i efterskott av Socialstyrelsen.

Ersättning enligt punkt 5.2 Metod och kunskapsutveckling utbetalas av Socialstyrelsen efter rekvisition till Landstingsförbundet.

Erforderliga tillämpningsanvisningar utarbetas av Socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet.

### **Godkännande av överenskommelsen**

Överenskommelsen blir giltig när den godkänts av regeringen och Landstingsförbundets styrelse samt under förutsättning av riksdagens godkännande av budgetpropositionen för år 1999. Överenskommelsen om bidragen inom hjälpmedelsområdet blir tillämplig under förutsättning av riksdagens godkännande av proposition 1997/98:57 Ombildning av Handikappinstitutet.

För regeringen

För Landstingsförbundet

Ulf Westerberg

Monica Sundström

## Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen år 1999

Prop. 1997/98:189  
Bilaga 1.1

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen redovisas nedan. För jämförbarhetens skull redovisas även de områden, och de medel som är knutna till dessa, som behandlats i tidigare överenskommelse och som nu i stället överförs till andra överenskommelser och till vissa myndigheters ansvar.

	(Mkr)
<b>1 Att stärka patientens ställning</b>	<b>863</b>
1.1 *Förbättrad tillgänglighet	804
*Patientinflytande och delaktighet	
*Svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd	
1.2 Ersättning för vissa verksamheter	50
1.3 Nationella informationssystem (informationssystem för patienter och allmänhet, 3 mkr år 1999, producentobunden läkemedelsinformation, 6 mkr år 1999)	9
<b>2. Rehabiliterings- och behandlingsinsatser</b>	<b>235</b>
<b>3. Nationellt utvecklingsarbete</b>	<b>31</b>
3.1 Verksamhetsutveckling	20
3.2 Särskilda medel för utvecklingsarbete	11
<b>4. Råd för hälso- och sjukvårdspolitik</b>	<b>2</b>
<b>5. Bidrag inom hjälpmedelsområdet</b>	<b>51</b>
5.1 Ersättning till Hjälpmedelsinstitutet	45,5
5.2 Metod och kunskapsutveckling	5,5
<b>Summa</b>	<b>1 182</b>
<i>Områden som tidigare ingått i överenskommelsen</i>	
Ersättning till SBU	11
<b>Nationell kunskapsutveckling</b>	<b>24</b>
Kvalitetsregister	15
Nationella riktlinjer	2
MARS	4
EpC	3
<b>Totalt</b>	<b>1 217</b>

Fördelning av ersättning för att stärka patientens ställning för  
år 1999

Prop. 1997/98:189  
Bilaga 1.2

---

Landsting/kommun	Miljoner kronor
------------------	-----------------

---

AB	Stockholm	160
C	Uppsala	26
D	Södermanland	23
E	Östergötland	38
F	Jönköping	28
G	Kronoberg	16
H	Kalmar	22
K	Blekinge	14
	Skåne län	101
N	Halland	25
	Västra Götaland län	137
S	Värmland	25
T	Örebro	25
U	Västmanland	24
W	Dalarna	26
X	Gävleborg	26
Y	Västernorrland	23
Z	Jämtland	12
AC	Västerbotten	24
BD	Norrbotten	24
I	Gotland	5

804

---

Fördelning av särskild ersättning för vissa verksamheter år  
1999

Prop. 1997/98:189  
Bilaga 1.3

---

Landsting/kommun	Miljoner kronor
AB Stockholm	18,64
C Uppsala	1,37
D Södermanland	1,31
E Östergötland	1,95
F Jönköping	0,72
G Kronoberg	0,66
H Kalmar	0,96
K Blekinge	0,41
Skåne län	6,37
N Halland	0,71
Västra Götaland län	7,97
S Värmland	1,26
T Örebro	0,77
U Västmanland	0,63
W Dalarna	1,14
X Gävleborg	0,69
Y Västernorrland	1,30
Z Jämtland	0,64
AC Västerbotten	1,20
BD Norrbotten	1,09
I Gotland	0,21
	50,00

---

Fördelning av särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården för år 1999

Prop. 1997/98:189  
Bilaga 1.4

---

Landsting/kommun	Miljoner kronor
------------------	-----------------

---

AB	Stockholm	41
C	Uppsala	7
D	Södermanland	8
E	Östergötland	11
F	Jönköping	7
G	Kronoberg	5
H	Kalmar	6
K	Blekinge	4
	Skåne län	30
N	Halland	6
	Västra Götaland län	40
S	Värmland	8
T	Örebro	7
U	Västmanland	8
W	Dalarna	9
X	Gävleborg	9
Y	Västernorrland	8
Z	Jämtland	4
AC	Västerbotten	8
BD	Norrbottn	8
I	Gotland	1

235

---

## Patienten i hälso- och sjukvården

Detta dokument är ett uttryck för statens och landstingens gemensamma ambition att främja en hälso- och sjukvård som sätter patienterna främst. Lika gemensamt är ansvaret att tillse att landstingen ges förutsättningar att leva upp till detta mål. Endast genom en tillfredsställande balans mellan resurser och ambitioner är det möjligt att med bevarad trovärdighet ta sig an uppdraget att ytterligare höja ambitionsnivån. Det handlar om nya resurser men också om att fullfölja uppdraget att genom bättre utnyttjande av tillgängliga resurser förena fortsatta ekonomiska restriktioner med högt ställda krav på utveckling. Genom de höjda statsbidragen till landsting och kommuner är det möjligt att under år 1999 göra en kraftsamling för förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Parterna redovisar här sin övergripande syn på hur patientens ställning skall stärkas inom hälso- och sjukvården. Dokumentet utgör samtidigt grund för *Överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m.*

Kommuner och landsting ansvarar för verksamheter som är starkt beroende av varandra, särskilt när det gäller insatser till äldre och funktionshindrade. Parterna betonar här vikten av att, utifrån den enskildes behov, åstadkomma en fungerande samverkan mellan huvudmännen när det gäller vården för äldre. Därigenom främjas både god hushållning med samhällets resurser samt hög kvalitet och effektivitet i insatserna till den enskilde.

### **För alla – genom hela livet**

Hälso- och sjukvården är en grundsten i välfärdssamhället och har avgörande betydelse för människors möjligheter att leva ett gott liv. Sjukvården arbetar aktivt med att förebygga sjukdomar och skador samtidigt som den bidrar till bot och lindring för dem som drabbas. Sjukvården medverkar i livets alla skeden; under graviditeten, vid födseln, för barnen, för de äldre och i livets slutskede. Sjukvården är till för alla på lika villkor; oavsett kön, ålder, inkomst och etnisk bakgrund. För rättvisans och trygghetens skull finansieras den därför solidariskt genom skatter och styrs demokratiskt.

Över hela landet skall hälso- och sjukvården formas utifrån befolkningens behov och styras genom ett decentraliserat ansvarstagande nära medborgarna. Verksamheten skall präglas av öppenhet, lyhördhet och dialog.

Målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall vara lätt tillgänglig, ha hög kvalitet och god omvårdnad och genomföras på grundval av patientens självbestämmande och integritet. Vården skall ges med respekt för alla



människors lika värde, med företräde för dem som har störst behov, i enlighet med av riksdagen fastställda riktlinjer för prioriteringar. För människor som av olika skäl inte kan formulera sina egna krav och uttala sina behov har hälso- och sjukvården ett särskilt stort ansvar.

### **Svensk hälso- och sjukvård är bra - och kan bli ännu bättre**

För svensk hälso- och sjukvård har 1990-talet inneburit den dubbla utmaningen att möta stegrade behov och förväntningar samtidigt som de ekonomiska resurserna minskat. Hittills har utmaningen klarats genom förbättrat resursutnyttjande. Därigenom har hälso- och sjukvården kunnat motsvara högt ställda förväntningar, att med allt bättre resultat kunna ta hand om både fler och allvarligare sjuka, till internationellt sett låga kostnader.

Med stora personalminskningar och omfattande verksamhetsförändringar har både patienter och personal utsatts för påfrestningar. Samtidigt har förbättrade behandlingsmetoder gjort att allt fler kan behandlas med gott resultat, vid allt högre åldrar. I takt med de medicinska framstegen växer förväntningarna. Men som en följd av minskade resurser har hälso- och sjukvården under de senaste åren inte kunnat svara upp till dessa förväntningar med bevarad tillgänglighet.

Resurserna har i första hand måst användas för att i hela landet tillgodose växande behov av ett fungerande akut omhändertagande av de svårast sjuka, ofta äldre med många kroniska sjukdomar – ett medvetet val i linje med de av riksdagen fastställda riktlinjerna för prioriteringar. Det innebär också att för tre patienter av fyra ges vården omedelbart utan väntetider.

Med det ökade antalet äldre patienter med sammansatta problem och sjukdomar följer ett ökat behov av att dygnet runt kunna göra akuta bedömningar och insatser. I och med 1990-talets vårdplatsreduceringar förutsätts detta i betydande utsträckning kunna ske utanför sjukhusen. Men här finns i dag problem vilket både orsakar överbeläggningar vid sjukhusen och utgör en bidragande orsak till bristande tillgänglighet inom den planerade vården. Genom att prioritera insatser till äldre i hela vårdkedjan, kan utrymme skapas för bättre tillgänglighet för alla. Landstingen kommer därför att ta särskilda initiativ för att ytterligare förstärka samverkan med kommunerna. Landstingen utlovar också en utökad satsning på att lösa de problem som finns i dag med bristande läkartillgång inom äldreomsorgen. Regeringen noterar i proposition 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken bl.a. att de förbättrade läkarinsatser som det nu finns anledning att se fram emot särskilt behöver omfatta en systematisk uppsökande verksamhet gentemot de oftast sjuka gamla som finns i den institutionella äldreomsorgen. Personalen måste därtill kunna få råd och stöd för sitt handlande - även under jourtid - från läkare. Läkare måste också finnas tillgängliga för direkta insatser under jourtid. Läkarmedverkan kommer också att behöva dimensioneras för de behov som finns i hemsjukvården. Först sedan hemsjukvården också har tillgång till jourläkare som ingår i arbetslaget kring den sjuke, kan hemsjukvårdsmo-

dellen anses vara väl fungerande. Regeringen anser sammanfattningsvis i propositionen att de tillförda resurserna till landsting och kommuner bör kunna öka den medicinska kompetensen och tillgången på läkare.

Den hälso- och sjukvård som skall möta 2000-talet är en starkt specialiserad kunskapsorganisation med långtgående krav på att klara snabb anpassning till omvärldsförändringar, effektiv teknik- och kunskaps-spridning, ständig kompetensutveckling för all personal samt fungerande samverkan mellan olika vårdnivåer. För att klara detta krävs ett fortsatt omfattande utvecklingsarbete inriktat på att riva revir, skapa delaktighet och samverkan inom vården och med utomstående.

### **Och så här skall det ske**

För att förverkliga ambitionen om att skapa en hälso- och sjukvård som utgår från patienten är parterna överens om att under de närmaste åren;

- förbättra tillgängligheten,
- öka patientens inflytande och delaktighet,
- prioritera förebyggande insatser,
- behålla kostnadskontrollen och förbättra resursutnyttjandet.

### **Tillgängligheten skall förbättras inom hälso- och sjukvården**

Befolkningen skall ha långtgående möjligheter att välja vårdgivare. Väntetiderna skall vara korta, både till besök och behandling. Genom fördjupad samverkan mellan olika vårdnivåer och med privata vårdgivare skall den totala tillgången till vård tillvaratas på ett allt bättre sätt. Med information om valmöjligheter och tillgänglighet, flexibilitet från hälso- och sjukvården samt uppföljning skall uttalanden om patientens rätt omsättas till praktisk verklighet.

Tillgänglighet har även aspekter som ej låter sig fångas genom definierade tidsgränser, men som därigenom ej får ges lägre prioritet. Det handlar bl.a. om långvarigt stöd för personer med kroniska sjukdomar och om tillgång till rätt insatser i rätt tid vid akuta tillstånd.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har i betänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154) förordat en allmän behandlingsgaranti, som innebär att alla patienter generellt skall tillförsäkras medicinsk behandling inom tre månader. Regeringen och Landstingsförbundet är överens om att de närmare ekonomiska, organisatoriska och praktiska förutsättningarna för en sådan garanti skall klargöras under år 1998.

### *Patientens val*

Patienterna skall ha möjligheter att välja vårdgivare där det av skilda skäl passar dem bäst. Landstingen skall därför ha och tillämpa valmöjligheter efter principen att det är vården som skall stå för anpassningen och flexibiliteten.

Varje landsting skall tillse att varje patient erhåller tydlig information om sina möjligheter att välja vårdgivare, i det egna landstinget och på annat håll. Landstingsförbundet skall medverka till ökad tydlighet både när det gäller vad som är möjligt att välja och de restriktioner som finns.

### *Garanterade väntetider för besök*

Primärvården är ansvarig för de första kontakterna och skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om den första kontakten ej sker med läkare skall tid för läkarbesök kunna erbjudas senast inom åtta dagar.

Om det bedöms att besök inom övrig specialistvård erfordras skall tid för besök erbjudas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar, dock senast inom tre månader. För patienter med stark oro, eller när läkaren på grund av befarad allvarlig sjukdom med försämrad prognos vid tidsutdräkt bedömer att besök hos specialist ej kan anstå, skall besöket ske senast inom en månad (tidigare benämnd oklar diagnos).

När det bedöms att behandling erfordras skall den påbörjas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioritering och i samråd med patienten.

I de fall besök ej kan erbjudas inom nämnda tidsgränser har patienten rätt att, utan extra kostnader för patienten, välja att göra besöket hos vårdgivare i annat landsting. Denna rätt inkluderar även privat vårdgivare med ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal.

### *Förbättrad uppföljning av tillgänglighet*

Möjligheterna att följa tillgängligheten måste förbättras. Landstingen skall utveckla system för uppföljning som gör det möjligt att på ett över landet jämförbart sätt kunna redovisa väntetider för såväl besök som behandling. Även tillgängligheten för personer med kroniska sjukdomar och inom akutsjukvården måste följas.

## **Att öka patientens inflytande och göra patienten delaktig påverkar hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt**

### *Inflytande över behandling*

Väl så viktigt, som att få välja vårdgivare, är att kunna vara delaktig i behandlingen. Vilken behandling som är bäst för en enskild patient kan bara avgöras genom en dialog mellan vårdpersonalen och patienten.

För att fullt ut kunna vara delaktig i behandlingen krävs att patienten erhåller individuellt anpassad information om hälsotillstånd och om tillgängliga metoder för förebyggande insatser, undersökning och behandling. Genom utvecklandet av nationella riktlinjer, lokala vårdprogram och individuella överenskommelser kommer personer med kroniska

sjukdomar att känna till både vad vården kan göra och vad de själva kan bidra med.

De tekniska möjligheterna att informera är viktiga, men får inte skymma det faktum att viktigast av allt är att mötet med patienten sker med en beredvillighet att lyssna och att anpassa dialogen till olika patienters olika behov. Det handlar om att gå från enkelriktad information till kommunikation och dialog. Bakom denna vision om en aktiv patient som söker kunskap finns en respekt för att individen själv är kapabel att ta ett större ansvar för sin behandling och rehabilitering. Att stärka patientinflytandet är på så sätt en viktig del av kvalitetsutvecklingen inom vården. Därmed får också personalen inom vården en ny pedagogisk roll vilket i högre grad än i dag måste uppmärksammas både när det gäller grundutbildningarna och i den kontinuerliga kompetensutvecklingen.

Att stärka patientens ställning har ett egenvärde men utgör dessutom ett mervärde i behandlingen som gynnar bra vårdresultat. Välinformerade och aktiva patienter uppvisar bättre behandlingsresultat genom att de i större utsträckning följer råd om medicinering, kost, motion och tar ansvar för sin hälsa. Det är inte minst viktigt i förhållande till personer med kroniska sjukdomar där en stor del av insatserna avser behandling under lång tid.

För patienter med mycket allvarlig sjukdom skall möjligheterna att hämta in synpunkter från andra håll i vissa situationer förbättras (second opinion). För patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd eller skador skall möjligheterna att erhålla vård och behandling i andra landsting förstärkas.

### *Vård utan revirgränser*

Inom hälso- och sjukvården urskiljs olika vårdnivåer; i huvudsak primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Därtill kommer den vård och omsorg som bedrivs av kommunerna. För den enskilde patienten är det viktigt att organisatoriska gränser ej försvårar, utan att vården alltid kan ges i ett sammanhang, utan organisatoriska hinder eller revirgränser.

Det betyder att den samlade vården – vårdkedjan – är viktigast. Varje patient måste erhålla den väg genom vården som är bäst anpassad till hennes behov. Alla länkar i vårdkedjan måste samverka för ett bra helhetsresultat. Primärvården skall utvecklas och ges reella förutsättningar att leva upp till kravet att utgöra en första länk i hälso- och sjukvården, att som en kompetent och samverkande vårdnivå ta ett betydande ansvar för helheten. Ansvaret förutsätter säkra och trygga kontakter inom hela vårdssystemet. Kravet härstammar ur tanken på den egna läkaren som patientens viktigaste rådgivare och lots i sjukvården.

Primärvården måste därför utveckla sin förmåga att behandla vanliga sjukdomar men också att hantera diffusa fysiska och psykiska kontakter och har som en av sina huvuduppgifter att tillse att den övriga specialistvården utnyttjas på bästa sätt.

Primärvårdens roll i vården av de äldre sjuka måste tydliggöras. Samspillet med andra vårdgivare är här en nyckelfråga. Ökad samverkan mellan landstingen och kommunerna skall leda till bättre resultat för den

enskilde, ökat stöd för anhöriga och bättre hushållning med gemensamma resurser.

Även den öppna specialistsjukvården och sjukhusen har ansvar för att vårdkedjan fungerar i kopplingarna till kommuner och primärvård. Genom samverkan och gemensam vårdplanering skall individuella behov bli styrande för insatserna, samtidigt som hög effektivitet kan vinnas.

Kravet på samverkan innefattar också de privata vårdgivarna. Med fungerande vårdkedjor som innefattar både offentlig och privat driven vård främjas såväl kvalitet som hushållning. Formerna är av underordnad betydelse, medicinsk samverkan kring patientgrupper och enskilda patienter är däremot betydelsefull.

Den medicinska kunskaps- och teknikutvecklingen har möjliggjort allt kortare vårdtider, genom bättre diagnostik, skonsammare ingrepp och effektivare läkemedelsterapier. I de flesta fall innebär det bättre resultat även ur ett medicinskt perspektiv att i ökad utsträckning förlägga vård och rehabilitering till normal hemmiljö som hemsjukvård eller som dagvård vid sjukhus.

### **Hälso- och sjukvården skall bidra till bättre folkhälsa genom förebyggande insatser**

Det yttersta syftet med hälso- och sjukvården är att bidra till att alla människor kan leva med god hälsa från födseln till sent i livet. De stora skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper skall motverkas.

Trots alla framsteg inom den medicinska vetenskapen bestäms människors hälsa i betydande grad av andra faktorer än av insatser från hälso- och sjukvården. När det gäller rök- och alkoholvanor, arbetslöshet och social isolering, kost och motion samt olycksfall finns en betydande potential för att åstadkomma en förbättrad folkhälsa. Därför krävs ett skifte av perspektiv som poängterar förebyggande insatser inom alla ordinarie politik- och verksamhetsområden. Hälsoutvecklingen är en integrerad del av samhällsutvecklingen och att främja hälsa är en uppgift för hela välfärdspolitikerna.

I det praktiska folkhälsoarbetet spelar kommunerna en nyckelroll. Landstingen skall utveckla samverkan med kommunerna, men också med andra samhällssektorer. Landstingen har en viktig uppgift bl.a. i att registrera, sammanställa, analysera och sprida kunskap om bakomliggande faktorer för ohälsa.

Landstingen kommer att verka för ett brett engagemang bland sjukvårdspersonal i det individuellt inriktade förebyggande folkhälsoarbetet. Varje möte med patienter och anhöriga representerar en möjlighet att ge individuellt anpassade råd om vad som kan gynna en positiv hälsoutveckling. Det gäller primärvården men också all övrig specialistsjukvård, inte minst psykiatrin.

Färre skador eller sjukdomar som en följd av förebyggande åtgärder representerar i första hand en hälsovinst för den enskilde. Samtidigt uppstår avsevärda humanitära, sociala och ekonomiska vinster för samhället.

*Ständigt förbättringsarbete*

Det starka förändringstryck som hälso- och sjukvården utsätts för till följd av tekniska och medicinska landvinningar, allt fler äldre och allt bättre informerade medborgare med större krav på individuellt anpassad behandling, skapar förväntningar som endast kan mötas genom en högt utvecklad kapacitet för förbättring. Och förbättring kan endast uppnås genom förändring. Landstingen måste därför vidareutveckla förmågan att kontinuerligt förändra för att förbättra. För att åstadkomma detta krävs ett tydligt ledarskap och att hela personalen är delaktig.

Svensk hälso- och sjukvård har en stark tradition av att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Ändå förekommer praxis som inte överensstämmer med tillgänglig vetenskaplig kunskap, vilket innebär att tillgängliga resurser ej utnyttjas på bästa sätt. Det finns omvänt kunskap som inte utnyttjas och därmed inte kommer patienter tillgodo, trots att detta skulle förbättra behandlingsresultaten och kunna bidra till bättre utnyttjande av vårdens resurser.

Landstingen skall därför öka sina ansträngningar att genom ett praktiskt inriktat systematiskt förändringsarbete förbättra både den medicinska kvaliteten, tillgängligheten och omvårdnaden. Detta skall ske i nära samverkan med de professionella grupperna inom vården och med andra myndigheter och organisationer.

*Utvecklande arbetsplatser*

I en sjukvård som utgår från patientens behov spelar personalens förutsättningar att möta dessa behov en avgörande roll. Hälso- och sjukvården skall bestå av utvecklande arbetsplatser med ett ledarskap för ständigt lärande, delaktighet och inflytande.

Mycket av framgången i arbetet med att stärka patientens ställning ligger i att påverka attityder och beteenden. Landstingen skall därför arbeta med kompetensutveckling som tar sikte på att öka personalens förmåga till fruktbar dialog med patienter med varierande behov.

*Begränsade resurser kräver effektivt resursutnyttjande*

Med begränsade ekonomiska resurser är det viktigt att dessa utnyttjas på rätt sätt. Resurser som används väl räcker till fler patienter. Det är därför angeläget att kontinuerligt kunna redovisa resursutnyttjandet inom hälso- och sjukvården.

Landstingen kommer att förbättra redovisningen av tillgänglighet och av prestationer i övrigt. Genom ökad systematik i uppföljningen skall bättre förutsättningar att göra jämförelser inom och mellan landsting skapas.

Med effektiv organisation, moderna läkemedel och metoder samt utvecklad samverkan mellan vårdnivåer, med kommuner, andra aktörer och

patienterna själva skall ekonomiska ramar kunna förenas med höga ambitioner avseende såväl tillgänglighet som vårdens resultat.

Prop. 1997/98:189  
Bilaga 1.5

## Sammanfattning av Patienten har rätt (SOU 1997:154). Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)

### Uppdraget

I direktiven konstateras bl.a. att möjligheten att välja vårdgivare är en viktig aspekt av patientinflytandet. En väl så viktig men inte lika uppmärksammas aspekt är möjligheten att själv medverka i valet av behandling när det medicinska beslutsfattandet erbjuder alternativ. Kommitten skall bl.a. redovisa förslag till förbättringar som gör det möjligt att nå patienten med balanserad information om sjukdomen och att medverka i valet av behandling. Vidare bör övervägas om det finns skäl att vidta särskilda åtgärder för att ge stöd till patienter för vilka valet av behandling har stor betydelse för framtida livskvalitet. Kommitten bör också pröva hur patientens erfarenheter och resurser bättre kan tas till vara i vården och rehabiliteringen.

Allmänt sett gäller för kommittens uppdrag i fråga om patientens ställning att överväga vilka avvägningar som bör göras mellan statliga åtgärder i form av t.ex. lagstiftning och tillsyn och sådana åtgärder som sjukvårdshuvudmän och vårdpersonal själva kan vidta.

### Allmänna utgångspunkter

En utgångspunkt för kommittens överväganden och förslag är att de allra flesta patienter vill vara delaktiga och ha inflytande över sin egen situation i kontakterna med hälso- och sjukvården. Yngre patienter liksom de mer välutbildade ställer högre krav på delaktighet och inflytande. Kommande äldre generationer – som är mer välutbildade än dagens – kommer troligen att ställa betydligt större krav på inflytande. Dagens och morgondagens patienter kommer också att ha tillgång till olika kanaler där de själva kan söka ny kunskap och information. Enligt kommittén är det av avgörande betydelse för hälso- och sjukvårdens legitimitet hos stora grupper i befolkningen att den kan möta de krav på inflytande och delaktighet som det moderna informationssamhällets medborgare kommer att ställa.

En annan viktig utgångspunkt för kommittens överväganden och förslag är hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård på lika villkor som kräver att även de svagare grupperna tillförsäkras rätten till valfrihet, inflytande och delaktighet i vården. Vikten av att hälso- och sjukvården förmår leva upp till kravet på lika behandling stärks också av att de allra flesta patienter ger uttryck för önskemål om inflytande och delaktighet. Det är således angeläget att så långt möjligt motverka att socioekonomiska faktorer påverkar graden av delaktighet och möjligheterna att utöva inflytande över valet av vårdgivare och behandling.

I direktiven anges vidare i de allmänna utgångspunkterna för våra olika uppdrag att kommittens överväganden och förslag "skall utgå från dagens



system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård". Vidare framgår att de systemlösningar som kommittén överväger skall vara förenliga med sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen och ge möjligheter att styra sjukvårdens kostnadsutveckling.

Kommitténs överväganden och förslag skall således ha sin utgångspunkt i att det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården till stor del utövas av kommunala politiska församlingar med beskattningsrätt och en betydande självständighet i förhållande till regering, riksdag och statliga myndigheter.

Kommitténs strävan har varit att försöka finna en rimlig avvägning mellan statliga åtgärder och sådana åtgärder som sjukvårdshuvudmän och vårdpersonal själva kan vidta. Det är enligt kommittén av avgörande betydelse för den lokala demokratin och grundvalen för det svenska sjukvårdssystemet att det finns ett betydande utrymme får politisk styrning av hälso- och sjukvården i landsting och kommuner. Arbetet med att stärka patientens ställning måste därför ha sin främsta bas i de politiska församlingarna där. En viktig utgångspunkt har vidare varit att de förslag som läggs för att stärka patientens ställning är förenliga med sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar och möjligheterna att styra hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling.

### **Ekonomiska restriktioner**

Det finns således en ekonomisk dimension på frågan om ökat patientinflytande i hälso- och sjukvården. HSU skall enligt sina direktiv beakta de beslut som riksdagen fattar om det samhällsekonomiska utrymmet för offentlig verksamhet. Kommittén gjorde i ett tidigare delbetänkande Behov och resurser i vården – en analys (SOU 1996:163) bedömningen att vård- och omsorgsbehoven framöver kommer att vara större än tillgängliga resurser. Kommuner och landsting tillförs bl.a. mot den bakgrunden ytterligare resurser genom höjningar av statsbidragen under åren 1997–2000. Sammantaget innebär redan fattade och aviserade beslut att statsbidragen till kommuner och landsting kommer att ha höjts med 16 miljarder kronor år 2000 jämfört med år 1996. Avsikten är att resurserna skall tillföras vården, omsorgen och skolan.

Regering och riksdag har därmed angett ramarna för statsbidragens utveckling under de kommande åren och därmed också de ekonomiska restriktionerna för kommitténs överväganden och förslag. Den ekonomiska situationen i kommuner och landsting är emellertid fortsatt ansträngd. Insikten om detta präglar kommitténs förslag i detta betänkande. Kommittén har i enlighet med sina direktiv lagt förslag som stärker patientens ställning inom några strategiska områden. Ambitionen har varit att utforma förslagen så att kostnadsökningarna för hälso- och sjukvården begränsas.

## **Etiska principer för prioriteringar**

En annan utgångspunkt är att kommittens förslag skall stå i överensstämmelse med de allmänna riktlinjer för prioriteringar som riksdagen har lagt fast med anledning av propositionen (1996/97:60) Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Kommittens direktiv bygger bl.a. på förutsättningen att den enskilde patientens inflytande över den egna vården skall stärkas. Utgångspunkten måste emellertid vara att de förslag som läggs i det syftet balanseras mot intresset av att kunna tillgodose andra angelägna behov. Annars riskerar man att konsekvenserna blir att individen stärks på bekostnad av patientkollektivet som helhet och att andra och högre prioriterade behov inte kan tillgodoses inom ramen för de resurser som hälso- och sjukvården förfogar över.

## **Tydliga regelverk och ett tydligt ledarskap**

Ett genomgående drag i kommittens överväganden och förslag är att de regelverk som anger vilken rätt patienterna har skall vara tydliga.

Kommitten framhåller också att sjukvårdshuvudmännen har ett ansvar för att de nationella och lokala regelverken implementeras i sjukvårdsorganisationen liksom för uppföljningen av att reglerna tillämpas på avsett sätt. Detta ställer krav såväl på den politiska styrningen av hälso- och sjukvården som på hälso- och sjukvårdens tjänstemannaledning. Ledningen måste visa sitt intresse i konkret handling, ställa krav och stimulera till ett aktivt utvecklingsarbete med syfte att långsiktigt stärka patienten ställning. Det handlar således om ledarskap i bred mening som banar väg för ett arbetssätt i hälso- och sjukvården i vilket patienterna görs delaktiga och ses som en resurs. Det handlar också om att ta initiativ och skapa förutsättningar för personalen så att de värderingar och synsätt som bör genomsyra arbetet med att stärka patientens ställning slår rot i organisationen.

## **En patientfokuserad lagstiftning**

Dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning är uppbyggd kring sjukvårdshuvudmännens och personalens skyldigheter, vilka i första hand regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1992:763) och lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandelagen). Vad en patient kan förvänta sig av vården kan indirekt utläsas ur dessa bestämmelser.

Kommitten har övervägt om det finns anledning att frångå det systemet till förmån för en lagstiftning som bygger på rättighetsbaserade principer så att patienten kan få sin sak prövad av domstol om hon inte får ut sin rätt.

Svårigheterna att införa rättigheter som kan överprövas av domstol på hälso- och sjukvårdsområdet är emellertid betydande. Till dessa hör framför allt möjligheterna att precisera förmånens innehåll och att göra den rättsligt utkrävbar. Kommitten ser mot den bakgrunden stora princi-

piella svårigheter med att införa legala patienträttigheter inom de områden som i dag baseras på skyldigheter för sjukvårdshuvudmän och vårdpersonal. Därtill kommer att den rättsliga prövningen av mål av detta slag skulle kräva expertmedverkan eftersom det oftast handlar om komplicerade medicinska bedömningar. Den rättsliga prövningen skulle därför bli både tidsödande och resurskrävande såväl för rättsväsendet som för hälso- och sjukvården och ta i anspråk resurser som drabbar den sjukvårdande verksamheten.

En grundförutsättning för att patienten skall kunna kräva sin rätt och vårdpersonalen leva upp till sina skyldigheter är emellertid att lagstiftningen är tydlig och överskådlig.

Lagstiftningen har i dag brister i detta avseende. Den tar inte sin utgångspunkt i patientens perspektiv. Därtill kommer att de bestämmelser som har betydelse för patientens ställning i vården är utspridda i ett antal olika lagar, vilket gör regleringen otillgänglig och svåröverskådlig för såväl patienter som hälso- och sjukvårdspersonal. Vissa av lagbestämmelserna är dessutom oprecisa och allmänt formulerade, vilket kan göra det svårt för de berörda parterna att förstå vad som egentligen avses. Detta gäller bl.a. informationspliktens omfattning och patientens lagstadgade valmöjligheter. Patientens möjligheter att utöva ett reellt inflytande över valet av behandling är också begränsade. Patientens ställning kan således göras både klarare och starkare på ett flertal punkter genom förändringar i lagstiftningen.

Enligt kommittén finns det ett behov av en översyn av dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning. En utgångspunkt för den översynen bör vara att lagstiftningen utgår från patientens situation, dvs. att den rättsliga fokuseringen förskjuts från personalens och sjukvårdshuvudmännens skyldigheter till vad patienten bör kunna kräva av hälso- och sjukvården. En sådan förändring innebär emellertid inte att personalens och sjukvårdshuvudmännens ansvar minskar. Skyldigheterna för dessa måste fortfarande framgå av lagstiftningen.

En annan utgångspunkt bör vara att alla de bestämmelser som har betydelse för patientens ställning samlas i en lag i stället för att de som nu är spridda på flera lagar. Den uppenbara fördelen med detta är att bestämmelserna blir tillgängliga och överskådliga för såväl patienter och personal som för allmänheten. Det blir därmed också lättare att sprida kunskap om vad som faktiskt gäller på detta område.

Lagtekniskt kan detta åstadkommas på olika sätt. Ett alternativ är att de bestämmelser som reglerar patientens ställning samlas i en patientlag; ett annat att de samlas i ett eget kapitel i en hälso- och sjukvårdsbalk. Oavsett vilken väg man väljer har frågan lagstiftningstekniska komplikationer som faller utanför kommitténs uppdrag. Det slutgiltiga ställningstagandet till vilken form av lagstiftning som är mest lämplig måste göras utifrån en grundlig lagstiftningsteknisk analys av för- och nackdelar med olika lösningar. Kommittén föreslår att regeringen tar initiativ till en samlad översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att skyndsamt åstadkomma en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning. De förändringar av lagstiftningen som kommittén föreslår i detta betänkande kan föras in i hälso- och sjukvårdslagen samt i angränsande lag-

stiftning för att sedan arbetas in i den nya lagen när den föreslagna översynen genomförts.

Prop. 1997/98:189  
Bilaga 2

## Vårdens tillgänglighet

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) reglerar huvudmännens skyldighet att erbjuda vård. I den definition av god vård som finns i 2 a § HSL nämns bl.a. andra utmärkande drag av vården skall vara lätt tillgänglig. Enligt lagens förarbeten skall patienten ges tillgång till god vård inom rimlig tid. Det sägs emellertid inget om vilka väntetider som kan anses förenliga med kravet på god vård.

Socialdepartementet och Landstingsförbundet har sedan 1992 inom ramen för Dagmaravtalen träffat årliga överenskommelser för att förbättra patienternas tillgång till vård genom s.k. vårdgarantier. Den Dagmaröverenskommelse som träffades inför år 1997 innehåller bl.a. en vårdgaranti i syfte att öka vårdens tillgänglighet för alla patienter. Överenskommelsen bygger dels på särskilt angivna tidsramar inom vården, dels på ett system av nationella riktlinjer, regionala och lokala vårdprogram för vissa kroniska sjukdomar.

## Vårdprogramsarbetet

Kommitten konstaterar att det utvecklingsarbete som har inletts med att utarbeta nationella riktlinjer för en god medicinsk praxis i syfte att få en likvärdig, kunskapsbaserad vård kan komma att få stor betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling framöver. Även inom landstingen pågår, vid sidan av detta arbete, en utveckling mot ett mer systematiskt kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården. Genom utarbetande av lokala vårdprogram och vårdkedjor är avsikten att tillvarata resurserna bättre samtidigt som patientperspektivet skall stärkas. Detta torde sammantaget bidra till förbättrade möjligheter för den enskilde patienten att få god vård inom rimlig tid. Patienten får också lättare att bedöma vilka krav hon kan ställa på hälso- och sjukvården.

Kommitten lyfter fram tre viktiga aspekter på en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård.– Det är angeläget att skapa utrymme för ett individualiserat omhändertagande av patienterna inom ramen för nationella riktlinjer, lokala vårdprogram och vårdkedjor av olika slag

– Kommunerna och deras intresseorganisationer bör delta aktivt i programarbetet. Detta ställer krav på nytänkande, gemensam planering och ett strukturerat samarbete mellan kommuner och landsting där patienten/vårdtagaren sätts i fokus.

– Patienterna och deras organisationer bör involveras i programarbetet, vilket kräver förändringsvilja såväl från patienter och deras organisationer som sjukvårdssystemet. Arbetet måste ses som en process där inblandade parter ges möjlighet att vara delaktiga och växa med uppgiften.

Arbetet med nationella riktlinjer, vårdprogram och vårdkedjor inriktas framför allt på kroniska eller långvariga sjukdomar. Kommitten har därför haft anledning att överväga hur vårdens tillgänglighet skall säkras för patienter som inte omfattas av det pågående utvecklingsarbetet.

## En utvecklad vårdgaranti

Tillgången till vård kan regleras på två olika sätt; antingen kan man bygga vidare på systemet med överenskommelser mellan staten och landstingen eller så kan man välja att reglera tillgången till vård i lag. Enligt kommittén finns det starka skäl för att avstå från att lägga förslag om att tillgången till vård skall regleras genom tidsfrister i lag. Ett sådant system skulle bli oflexibelt och osmidigt eftersom tidsfristerna måste läggas fast av riksdagen. Därtill kommer att det torde vara svårt att skapa legitimitet för en ordning som innebär att staten ensidigt lägger fast tidsfrister för tillgången till vård om staten inte samtidigt är beredd att skjuta till ytterligare medel om det krävs resurstillskott för att vården skall kunna leva upp till lagens stadganden.

I stället bör man bygga vidare på det system med överenskommelser mellan staten och landstingen som utvecklats inom ramen för Dagmaröverenskommelserna. Det systemet har den uppenbara fördelen att det är flexibelt och successivt kan anpassas till aktuella problem i hälso- och sjukvården både i förhållande till otillfredsställda behov och tillgängliga resurser. En annan fördel är att systemet skapar förutsättningar för en samsyn om hälso- och sjukvårdspolitikens mål och inriktning mellan politiker på nationell och lokal nivå. Enligt kommittén finns det däremot skäl att utveckla vårdgarantin i syfte att stärka patientens ställning.

Nu gällande vårdgaranti som tar sikte på alla patienters behov av vård, men som inte anger när patienten skall få behandling kan uppfattas som otydlig. En generell behandlingsgaranti – som inte enbart omfattar operationer utan också andra åtgärder av medicinsk natur – och som tillförsäkrar patienterna behandling inom tre månader har ett tydligt signalvärde och skulle onekligen ge patienterna en starkare ställning i vården. Kommittén föreslår mot den bakgrunden att arbetet inriktas på att en utvidgad vårdgaranti bör ingå i Dagmaröverenskommelsen för år 1999. Arbetet med att förbereda reformen bör påbörjas snarast. Av Dagmaröverenskommelsen för 1998 bör framgå vilka underlag som skall tas fram och hur reformen skall följas upp.

Det redan inledda arbetet med att precisera kraven på uppgifter för att följa köer och väntetider för olika diagnosgrupper bör fortsätta inför Dagmaröverenskommelsen för år 1999 i syfte att få fram uppgifter av hög kvalitet för redovisningen och uppföljningen av tillgängligheten i form av väntetider.

En meningsfull uppföljning av köer och väntetider för olika diagnosgrupper förutsätter vidare att man vet på vilka grunder som patienter sätts upp på väntelistan för en viss åtgärd. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att – med hjälp av expertgrupper – utarbeta allmänna råd om indikationsställningar som motsvarar god hälso- och sjukvård. Arbetet bör främst inriktas på sjukdomsgrupper som berör många och/eller är allmänt resurskrävande och omfatta såväl kirurgiska åtgärder som andra åtgärder av medicinsk natur. De allmänna råden bör löpande revideras med hänsyn till utvecklingen inom vården. Socialstyrelsen skall därvid utgå från de ställningstaganden som riksdagen gjort om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Uppdragets närmare inriktning bör fastställas i Dagmaröverenskommelsen från år 1998.

Vårdgarantireformen bör vidare förberedas genom analyser av de organisatoriska, logistiska och ekonomiska hinder som finns för genomförandet. I det sammanhanget bör särskilt uppmärksammas att de ekonomiska förutsättningarna varierar relativt kraftigt mellan huvudmännen. Vissa landsting kan mot den bakgrunden ha sämre förutsättningar än andra att följa en rekommendation om en behandlingsgaranti. Staten och sjukvårdshuvudmännen bör under 1998, genom kompletterande underlag, göra en gemensam bedömning av situationen och komma överens om de initiativ som krävs för att den föreslagna vårdgarantin skall kunna träda i kraft den 1 januari 1999.

## Val av vårdgivare

### Val av läkare i primärvården

I dag gäller enligt HSL att alla som är bosatta i landstinget skall ges rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården. Det framgår emellertid inte av lag eller förarbeten om man skall få välja bland landstingets samtliga läkare eller ur en mera begränsad grupp. Kommitten kan konstatera att det förekommer att patienternas val inte respekteras om patienten väljer en läkare utanför den "egna" vårdcentralens/husläkarmottagningens upptagningsområde. Dessa inskränkningar av valmöjligheterna har inte stöd av de formella politiska beslut som landstingen fattat.

Enligt kommittén har ett system för val av fast läkarkontakt i primärvården som innebär att man blir tilldelad en viss läkare och en viss vårdcentral med hänsyn till primärvårdens områdesansvar inte acceptans hos befolkningen. Det måste finnas en möjlighet för de patienter som önskar det att välja en läkare på en mottagning nära arbetsplatsen eller behålla sin läkare när man flyttar till ett annat område. Detta är enligt kommittén grundläggande förutsättningar för förtroendet för primärvården och därmed också för möjligheterna att verka för att befolkningen skall acceptera primärvården som ett förstahandsval vid basala sjukvårdsbehov.

Hälso- och sjukvårdslagen bör därför förtydligas så att det framgår inte bara att landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta där skall kunna välja en fast läkarkontakt utan också att den enskildes val inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. De främsta motiven för lagändringen är att klargöra dels vilka krav som den enskilde har rätt att ställa på hälso- och sjukvården i fråga om val av läkare i primärvården, dels vilka skyldigheter som sjukvårdshuvudmän och sjukvårdspersonal har. Patienter med kroniska sjukdomar bör kunna få välja att ha sin fasta läkarkontakt med andra specialister än läkare i allmänmedicin. Det bör i princip vara möjligt att välja en läkare på en primärvårdsenhet utanför det egna landstingsområdet. För att tillgodose sådana önskemål bör landstingen – liksom var fallet när husläkarlagen var i kraft – träffa överenskommelser som tillåter val av läkare över landstingsgränsen. Vidare bör landstingen – med större kraft än som hittills varit fallet – verka för att rätten att välja läkare i primärvården implementeras i sjukvårdsorganisationen och följa upp att reglerna till-

lämpas på avsett sätt. Befolkningen måste också få bättre information både om rätten att välja och hur man gör när man vill utnyttja sin rätt.

Prop. 1997/98:189  
Bilaga 2

### **Val av sjukhus och specialistmottagning**

I dag finns ingen lagstadgad rätt att välja sjukhus och specialistmottagning. Landstingen ger emellertid patienterna relativt stora möjligheter att välja vårdgivare både inom det egna landstinget och i angränsande landsting – i flertalet landsting utan krav på remiss. Rätten att välja sjukhus och specialisläkare lyfts också fram som en viktig fråga av Landstingsförbundets styrelse i en rekommendation till landstingen. Därför har kommittén – som anser att rätten att välja sjukhus och specialistmottagning är av stor betydelse för patientens ställning i hälso- och sjukvården – stannat för att det inte finns något behov av att rätten att välja sjukhus och specialistmottagning får ett uttryckligt lagstöd.

Kommittén framhåller vidare att det är en avgörande trovärdighetsfråga för landstingen att det inte är diskrepans mellan formella och reella valmöjligheter. I dag är de remissregler som tillämpas ofta otydliga och de ekonomiska styrsystemen hindrar i viss mån patienten att utnyttja sina valmöjligheter.

Åtta landsting kräver remiss för specialistvård. I övriga landsting finns inga formella beslut om remisskrav till sådan vård. även i dessa landsting tillämpas i praktiken krav på remiss för att patienten skall få tillgång till vård på sjukhusens specialistmottagningar. En sådan tillämpning av remissförfarandet har inte stöd av gällande lagstiftning på området. Det blir också otydligt för patienterna vilka regler som faktiskt gäller.

HSU har en mycket skeptisk inställning till generella remisskrav både av legitimitets- och kostnadseffektivitetsskäl. Det är emellertid inte lämpligt att i lag generellt förbjuda landstingen att ställa krav på remisser för specialistvård. Remisser kan behövas som professionella instrument i syfte att kunna prioritera de patienter som har störst behov av sjukhusets specialiserade resurser och hushålla med knappa resurser. Remisskrav för vård på specialistmottagningar utanför sjukhusen är svårare att försvara. Detta skall ses mot bakgrund av att det håller på att växa fram en ny och mer kostnadseffektiv rollfördelning mellan sjukhusens specialistmottagningar och offentliga/privata mottagningar utanför sjukhusen. Patienter som inte kräver sjukhusens specialiserade resurser styrs i ökad utsträckning till öppna specialistmottagningar utanför sjukhusen. De nuvarande remissreglerna bör därför ändras i syfte att öppna en möjlighet för landstingen att ställa krav på remisser till sjukhusens specialistmottagningar utan att ha remisskrav för motsvarande specialistmottagningar utanför sjukhusen. Därmed kan patienterna tillförsäkras rätt att välja specialistvård utanför sjukhusen utan krav på remiss – vilket ökar tillgången till specialistvård liksom möjligheterna att välja mellan offentliga och privata mottagningar.

Kommittén framhåller vidare att det inte är acceptabelt att tillämpa system som innebär att landstingen på central nivå beslutar att fritt val av sjukhus och annan specialistvård skall gälla och samtidigt tillämpar styr- och ersättningssystem som medför att befolkningen i praktiken inte kan utnyttja sina valmöjligheter. Politiker och administratörer måste ta ansvar

för att de beslut som fattas implementeras i sjukvårdsorganisationen och följa upp att de tillämpas på avsett sätt. Befolkningen måste också ges öppen och ärlig information om de begränsningar som gäller, t.ex. om valmöjligheterna i praktiken begränsas till de vårdgivare som beställaren har avtal med och om det ställs krav på remiss för att få tillgång till viss vård. Patienten bör också få information om köer och väntetider hos olika vårdgivare; information om vårdprogram och vårdinnehåll för olika diagnoser bör utvecklas och göras tillgänglig.

### **Valmöjligheter i den kommunala hälso- och sjukvården**

Den kommunala hälso- och sjukvården ges som regel i kombination med socialtjänstinsatser. Det är ofta beslutet om bistånd enligt 6 § SoL som avgör att den enskilde skall få del av såväl socialtjänst som den hälso- och sjukvård som ges i särskilt boende eller dagverksamhet. Någon lagstadgad rätt att välja boendeform eller andra insatser finns inte. HSU understryker behovet av att ta hänsyn till den enskildes val av boendeform liksom att möjligheterna att välja vårdgivare i den kommunala hälso- och sjukvårdens behandlande, rehabiliterande och habiliterande verksamhet bör tillgodoses. Enligt kommittén finns det skäl att värna rätten att välja läkare i primärvården för vårdtagarna i de särskilda boendeformerna i kommunerna. Kommittén framhåller emellertid att den ökade vårdtyngden på sjukhem och i andra särskilda boendeformer förutsätter att det finns en läkare som kan ta ett övergripande medicinskt ansvar för de boende och stödja den personal som arbetar där.

Vidare framhålls vikten av att så långt möjligt ta hänsyn till den enskildes önskemål om val av vårdform särskilt om det är fråga om allvarliga sjukdomstillstånd eller vård i livets slutskede.

### **Information till patienten och val mellan behandlingsalternativ**

#### **Motiv för ökat patientinflytande**

Frågan om patientens rätt till information och möjlighet att välja behandlingsalternativ är av grundläggande betydelse om målet är att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Tillgången till information är en avgörande förutsättning för patientens möjligheter att utöva självbestämmande i vården. Patienten behöver information och måste ha möjlighet att diskutera de tänkbara behandlingsalternativen och få sina synpunkter och önskemål respekterade. Detta är också krav som hälso- och sjukvårdslagstiftningen ställer upp: information, samråd och respekt.

Samtidigt visar olika studier och attitydundersökningar samt anmälningar och klagomål till HSAN, Socialstyrelsen och landstingens förtroendenämnder att patienter och anhöriga inte sällan är kritiska till det bemötande de upplever i hälso- och sjukvården. Brister i kommunikation och information är en av de vanligast förekommande anledningarna till klagomål på vården. Värt att notera är också att många patienter upplever att de inte har något inflytande över vården. Flera svenska studier visar att missnöjet med hälso- och sjukvården är störst när det gäller informa-



tion om behandlingsalternativ och inflytande över behandling. De yngre och de mer välutbildade patienterna är mer kritiska till den medicinska behandlingen och bemötandet än de äldre och de lågutbildade.

En genomgång av ett stort antal studier kring patientinflytande i vården visar att de allra flesta patienter vill veta så mycket som möjligt om sin sjukdom och behandling. De allra flesta patienter värjer sig mot att själva ta det fulla ansvaret för beslut om behandlingsalternativ. Det förefaller å andra sidan också vara mycket vanligt att patienter värjer sig mot att läkaren ensidigt fattar beslutet. Den slutsats som kan dras är att de allra flesta patienter föredrar att man efter en förtroendefull dialog om de behandlingsalternativ som står till buds i samråd kan enas om bästa terapival.

Ett motiv för ökat patientinflytande är således att många patienter önskar mer information och ett större mått av deltagande i den kliniska beslutsprocessen. Den klassiska bilden av patient/läkarrelationen, där läkaren fattar beslut med patientens bästa för ögonen har inte många förespråkare bland dagens patienter.

I modern sjukvård kräver behandlingsbeslut och resultatmätning en ökad medverkan från patienten. Antalet behandlingsalternativ vid olika sjukdomstillstånd har blivit fler. Många behandlingsbeslut föregås dessutom av en vägning av måttliga förbättringar i välbefinnande mot små men inte obetydliga risker för patienten. Vilken behandling som är den bästa för patienten kan bara avgöras genom samråd mellan vårdpersonal och patient där personalen bidrar med den medicinska sakkunskapen och patienten får möjlighet att göra en egen värdering och bedömning av de behandlingsalternativ som finns bl.a. med hänsyn till livskvalitet och risker. Att stärka patientens ställning i dessa hänseenden är ett värde i sig, men dessutom är välinformerade patienter, som ges möjligheter att utöva inflytande i det kliniska beslutsfattandet, en tillgång för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården måste anpassas till dessa förutsättningar.

### **Informationsskyldighetens utformning**

Rätten till information och inflytande är som framhållits av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården. Det är otillfredsställande att många patienter inte tycker sig få tillräcklig information; bristande kommunikation och information är också den vanligaste anledningen till klagomål på vården. Detta är enligt kommittén ett starkt motiv för att lyfta fram och förtydliga informationsskyldigheten i lagstiftningen.

I dag är informationsskyldigheten reglerad både i åliggandelagen och hälso- och sjukvårdslagen. Detta bör gälla även i fortsättningen. För att lyfta fram patientens rätt till information – och sjukvårdshuvudmannens och privata vårdgivares ansvar för att organisera sin hälso- och sjukvård så att personalen ges möjlighet att uppfylla sin informationsplikt – föreslås att informationsskyldigheten regleras i en egen bestämmelse i HSL.

Enligt kommittén bör det komma till uttryck i lagtexten att patienten skall få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns så att patienten i största möjliga utsträckning skall kunna ta tillvara sina intressen.

Kommittens förslag innebär ett förtydligande av det informationskrav som redan gäller i dag och inskräper därutöver kravet på kommunikation och att informationen bör lämnas i former som stärker patientens möjligheter till delaktighet och självbestämmande. Den information patienten har rätt att få och personalen skyldighet att lämna bör avse – förutom patientens hälsotillstånd – de metoder för undersökning, vård och behandling som finns, vilket bl.a. inkluderar åtgärder som kan vidtas av andra än läkare, t.ex. omvårdnadsåtgärder. Därmed framgår av lagtexten vad som redan i dag anses gälla enligt lagförarbetena, nämligen att varje medlem av hälso- och sjukvårdspersonalen har ett eget yrkesansvar för att patienten är informerad om de åtgärder vederbörande bedömer behöver vidtas.

Formuleringen inskräper vidare vikten av att informationen inte får ges slentrianmässigt utan måste anpassas efter den aktuella patientens förutsättningar och behov. Omständigheter som måste beaktas är patientens ålder, mognad och erfarenhet, eventuell funktionsnedsättning samt kulturell och språklig bakgrund. I detta ligger också att informationen skall ges på ett hänsynsfullt sätt av den behandlingsansvariga personalen, som också måste förvissa sig om att patienten har förstått innehållet i och innebörden av den information som lämnats.

### **Val mellan behandlingsalternativ**

Kommitten har också i uppdrag att överväga möjligheterna för patienten att själv medverka i val av behandling då det medicinska beslutsfattandet erbjuder alternativ. Begreppet behandlingsalternativ avser här åtgärder med medicinskt innehåll som ges även av andra legitimerade yrkesgrupper än läkare. Som exempel kan nämnas kirurgiska ingrepp, läkemedelsbehandling, sjukgymnastisk behandling, rehabiliteringsmetoder, specifik omvårdnad, förlossningsmetoder och psykoterapeutiska insatser. Undersökning och diagnostik faller däremot utanför vårt uppdrag i det här sammanhanget liksom val av vårdform om det inte följer av valet av behandlingsmetod.

I dag gäller att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten, men det finns ingen formell skyldighet att låta en patient bestämma vilken vård som skall ges. Patienten har rätt att avstå från en behandling, men kan inte kräva att få en annan behandling i stället.

Enligt kommittén framstår det som inkonsekvent att införa en regel i syfte att patienten skall få information om behandlingsalternativ om läkare och annan vårdpersonal i praktiken inte behöver fästa något avseende vid patientens önskemål. Det är därför logiskt att införa en uttrycklig lagstadgad skyldighet att ta hänsyn till patienternas val i situationer där två eller flera behandlingsalternativ är möjliga.

Kommitten föreslår att en ny bestämmelse införs i HSL. Av den nya bestämmelsen framgår att patientens val skall vara avgörande när det finns flera behandlingsalternativ som bedöms vara till nytta för patienten med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan. Patienten kan inte göra anspråk på behandlingsmetoder som inte anses stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta ligger också att de behandlingsalternativ som patienten erbjuds och kan välja mellan

är medicinskt motiverade och förväntas vara till nytta för patienten med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan. Begreppet nytta ses här från individens utgångspunkter och innefattar såväl hälsa som livskvalitet.

En annan utgångspunkt bör – också i likhet med vad som gäller i dag – vara att patienten hänvisas till en vårdgivare som finns inom det egna landstinget och inom den hälso- och sjukvårdsregion som landstinget tillhör om det inte är fråga om högspecialiserad vård. Patienten kan således inte kräva att få tillgång till behandling på annat håll om landstinget kan erbjuda ett eller flera behandlingsalternativ för den aktuella sjukdomen eller skadan som uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt kommittén är det självklart att patienten aldrig får nekas den goda vård hon har behov av med hänsyn till kostnaderna. En annan fråga är emellertid vilka kostnadsökningar som kan accepteras om det finns två eller flera behandlingsalternativ som är medicinskt motiverade med hänsyn till den sjukdom eller skada det är fråga om och det ena är väsentligt dyrare än det andra. Enligt kommittén måste det finnas vissa gränser för hur stora kostnadsökningar som kan accepteras med hänsyn till den förväntade nyttan för patienten. Proportionerna mellan kostnader och förväntad nytta måste emellertid vara rimliga när det finns flera alternativ. Enligt kommitténs bedömning får det anses godtagbart att den förväntade nyttan inte får vara ringa eller försumbar i förhållande till de merkostnader ett visst behandlingsalternativ kan medföra.

Det finns också anledning att se annorlunda på kostnadsökningar för ett visst behandlingsalternativ vid allvarlig sjukdom eller skada än vid mindre allvarlig sjukdom och bagatellartade åkommor. Enligt kommittén bör toleransen för kostnadsökningar vara betydligt större vid allvarlig sjukdom eller skada än om det rör sig om mindre allvarliga tillstånd. Är det fråga om en bagatellartad åkomma får det å andra sidan anses godtagbart att inte acceptera några kostnadsskillnader alls.

Diskussionen om toleransen för kostnadsökningar skall ses mot bakgrund av att den sammanlagda kostnadseffekten av individuella val kan komma i konflikt med behovs-solidaritetsprincipen, dvs. att resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst. Även om den enskilde patienten bör få ett ökat inflytande över valet av behandling så måste det således finnas gränser för hur stora kostnadsökningar som kan godtas. Annars riskerar man att konsekvensen blir att andra och högre prioriterade behov inte kan tillgodoses.

Kommittén understryker starkt vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen är lyhörd när det gäller vilken information och vilket inflytande patienten önskar. Patienten måste alltid ha möjlighet att överlämna beslutsfattandet till den som är medicinskt ansvarig. Patienter som gör detta val måste mötas med lika stor respekt som patienter som vill medverka aktivt i det kliniska beslutsfattandet.

Delaktighet och medverkan i den medicinska beslutsprocessen får inte heller utformas på ett sådant sätt att patienter riskerar att hamna i en konfliktfylld situation med bristande kompetens och stort beslutsansvar. Det är inte tillräckligt att patienten informeras om de olika behandlingsalternativ som finns för en viss sjukdom eller skada. Vårdpersonalen måste

också hjälpa patienten att värdera de olika alternativen, ge aktiv vägledning och försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva sitt självbestämmande. Den medicinskt ansvarige måste också se till att patienten har klart för sig allvaret i sjukdomen eller skadan innan man avstår från att sätta in viss behandling på patientens initiativ. Det förhållande att patientens val i vissa situationer blir avgörande när det finns behandlingsalternativ ställer således högre krav på den som har det medicinska ansvaret än dagens system.

### **Möjlighet till en förnyad medicinsk bedömning, s.k. second opinion**

Av direktiven framgår att kommittén bör överväga om det finns skäl att vidta särskilda åtgärder för att ge stöd till patienter för vilka valet av behandling har stor betydelse för framtida livskvalitet. Det kan enligt direktiven t.ex. gälla valet att utsätta sig för särskilt riskfyllda behandlingar och där vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger precisa svar. Enligt kommittén kan ett sätt att stödja sådana patienter vara att införa en rätt till en förnyad medicinsk bedömning, s.k. second opinion. Konkret skulle detta innebära att sjukvårdshuvudmannen och vårdgivaren skulle vara skyldiga att i vissa situationer medverka till att en patient som så önskar får möjligheter att diskutera sin sjukdom och behandling med ytterligare en läkare innan hon tar ställning till de behandlingsalternativ som finns och var hon vill att behandlingen skall ske. I vissa fall kan denna förnyade bedömning ske hos en läkare på en vårdenhet inom landstinget eller sjukvårdsregionen; i andra fall kan det vara motiverat att patienten bereds möjlighet att konsultera en läkare på en vårdenhet utanför landstinget/sjukvårdsregionen.

Förslagen om förtydligandet av patientens rätt till information liksom rätten att utöva ett direkt inflytande över valet av behandling innebär att patienter som står inför svåra medicinska ställningstaganden får ett starkare stöd. Förslagen ger emellertid inte dessa patienter rätt till en förnyad medicinsk bedömning och inte heller rätt att vända sig till en läkare utanför landstinget/sjukvårdsregionen.

Det förekommer redan i dag att patienter får tillgång till en förnyad medicinsk bedömning – oftast på den behandlande läkarens initiativ. Den fråga kommittén har haft anledning att överväga är om det i vissa situationer bör finnas en skyldighet för hälso- och sjukvården att medverka till att patienten får möjlighet att konsultera en annan läkare och få tillgång till annan behandling än den som det egna landstinget kan erbjuda på patientens initiativ.

Enligt kommittén bör det vara självklart att hälso- och sjukvården i vissa situationer medverkar till att patienten får möjlighet att diskutera sin sjukdom och behandling med ytterligare en läkare innan hon tar ställning till de behandlingsalternativ som finns. Flera initiativ har också tagits för att tillgodose patienters önskemål om en förnyad medicinsk bedömning. Läkarförbundet har rekommenderat sina medlemmar att en patients begäran om en oberoende bedömning av annan läkare skall respekteras. Landstingsförbundets styrelse har också rekommenderat sina medlemmar att verka för att i möjligaste mån bidra till att patienter som av någon anled-

ning vill ha ett andra ställningstagande till diagnos eller behandling skall få tillgång till en sådan.

Kommitten välkomnar dessa initiativ. Den fråga som HSU har haft anledning att överväga är om rätten till en förnyad bedömning bör få särskilt lagstöd eller om det är tillräckligt med de åtgärder som sjukvårdshuvudmän och vårdpersonal själva kan vidta.

Enligt kommittén finns det inte skäl att omvandla rekommendationer av den generella karaktär som de både förbunden avser i sina rekommendationer till lagfästa skyldigheter för huvudmän och vårdgivare. Det skulle i praktiken innebära att man inför en allmän lagstadgad rätt till en förnyad medicinsk bedömning i svensk hälso- och sjukvård. Om bestämelsen dessutom skulle innebära att patienten har rätt att söka läkare på en vårdenhetsgräns skulle man i praktiken införa ett system som ger rätt till fritt vårdsökande i hela landet. Ett sådant system är inte förenligt med landstingens planeringsansvar för hälso- och sjukvården och skulle dessutom riskera att bli mycket kostnadsdrivande.

Det torde dessutom inte vara förenligt med våra direktiv att lägga förslag som ger en så långtgående rätt till en förnyad medicinsk bedömning. Kommittén har emellertid stannat för att intresset av att ge särskilt stöd till patienter som står inför de mycket svåra medicinska ställningstaganden som beskrivs i direktiven motiverar att skyldigheten att medverka till en förnyad bedömning får ett uttryckligt lagstöd. Därmed klargörs i vilka situationer som patienten har rätt att begära att få diskutera sin sjukdom eller skada med ytterligare en läkare och vilka skyldigheter huvudmän och vårdpersonal har.

Enligt kommittén bör skyldigheten att medverka till att patienten får en förnyad medicinsk bedömning inträda när det är fråga om livshotande eller mycket allvarlig sjukdom eller skada och patienten står inför valet att utsätta sig för särskilt riskfyllda behandlingar – eller om valet av behandling har stor betydelse för framtida livskvalitet. I sådana situationer bör hälso- och sjukvården medverka till att patienten får tillgång till en sådan bedömning hos en vårdgivare var som helst i landet om patienten själv vill det – eller om den behandlande läkaren bedömer att det är den bästa lösningen. Läkaren bör också medverka till att journalhandlingar m.m. ställs till förfogande så att den läkare som skall göra den förnyade bedömningen har de underlag som behövs för att ta ställning till diagnos och behandling. Patienten måste självfallet också ha ett avgörande inflytande över vid vilken vårdenhetsgräns som behandlingen skall utföras när hon tillsammans med sin läkare har tagit ställning till de behandlingsalternativ som finns.

Bestämmelsens räckvidd bör vara begränsad till vård som kan ges i Sverige. Sjukvårdshuvudmannen är således inte skyldig att medverka till att patienten får tillgång till sjukvård i andra länder. I de speciella situationer detta kan bli aktuellt är det ett frivilligt åtagande från sjukvårdshuvudmannens sida och inte någon lagstadgad skyldighet.

## **Kravet på dokumentation**

Det finns idag inget lagfäst krav på dokumentation i patientjournalen av att viss information lämnats till patienten eller att patienten valt ett visst behandlingsalternativ. I 3 § patientjournalagen (1985:562) anges dock att journalen skall innehålla de uppgifter som krävs för en god och säker vård.

Till bilden hör också att det inte sällan framkommer brister i dokumentationen i patientjournalen vid utredningar av anmälningar och klagomål från patienter. Bristerna gör det svårt att rekonstruera skeendet och fastställa om det begåtts något fel och vem som i så fall var ansvarig. Träffade överenskommelser dokumenteras sällan i journalen. Detsamma gäller huruvida information om behandlingsalternativ har lämnats och skälen till att önskemål från patienten inte har kunnat tillgodoses.

Kraven på att sådan information dokumenteras skärps enligt kommittens bedömning till följd av förslagen om patientens medverkan i val av behandlingsalternativ och skyldigheten för hälso- och sjukvården att i vissa situationer medverka till att patienten får tillgång till en andra medicinsk bedömning.

Kommitten har mot den bakgrunden stannat för att det finns ett behov av att patientjournalagen kompletteras med en bestämmelse av vilken bör framgå att den information som har lämnats till patienten – samt hennes ställningstaganden med anledning av denna information – skall dokumenteras.

## **Svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador**

Kommitten har också haft anledning att överväga om det finns behov av att vidta särskilda åtgärder för att patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador skall kunna söka specialistvård utanför det egna landstinget. Det är nämligen inte ovanligt att dessa patienter nekas möjligheten att söka specialistvård där de själva anser att de bästa kunskaperna om den aktuella sjukdomen eller skadan finns. Oftast är problemet de system för avtal, remisser och ersättningssystem som enskilda landsting tillämpar.

Enligt kommittén är det mycket angeläget att hälso- och sjukvården kan möta dessa patienters behov av specialistvård även om det innebär att vården måste ges hos en vårdgivare i ett annat landsting. Samtidigt är vi medvetna om att detta inte enkelt låter sig göras; hindren kan vara både organisatoriska och ekonomiska. Därtill kommer att det är svårt att avgränsa vid vilka sjukdomstillstånd och skador en patient skall ha rätt att söka vård utanför det egna landstinget. Detta är också ett skäl till att frågan inte lämpar sig för lagreglering. Kommitten föreslår i stället att frågan behandlas i överläggningarna mellan Socialdepartementet och Landstingsförbundet inför nästa Dagmaröverenskommelse. Inriktningen bör därvid vara att frågan om dessa patienters behov av specialistvård får en tillfredsställande lösning.

## Patientnämnder

Det finns olika statliga instanser som en patient kan vända sig till om hon är missnöjd med vården; Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), patientförsäkringen och läkemedelsförsäkringen. Lagstiftningen har successivt skärpts i syfte att ge patienten ett starkare skydd.

Förutom dessa instanser kan patienter och anhöriga vända sig till förtroendenämnderna i landstingen och kommunerna. Förtroendenämndsverksamheten, som ingår i hälso- och sjukvårdshuvudmännens organisation, bedrevs till en början på försök och permanentades år 1992.

Kommitten anser att den stöd- och hjälpfunktion som förtroendenämnderna i dag svarar för är ett mycket betydelsefullt komplement till de övriga instanser dit patienten kan vända sig för att få upprättelse eller ersättning. Kommitten anser vidare att sjukvårdshuvudmännen bör ansvara för förtroendenämndsfunktionen även i fortsättningen. Det betyder emellertid inte att verksamheten i alla delar bör utformas på samma sätt som i dag. Enligt kommittén bör funktionen utvecklas och förstärkas i flera avseenden.

Kommitten föreslår att en ny lag om patientnämnd m.m. skall ersätta nuvarande lag om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. Genom lagens namn har kommittén velat markera att vi anser att nämnderna bör benämnas Patientnämnd, bl.a. för att lättare nå ut med information om sin existens till patienter, anhöriga och allmänhet samt för att tydligare markera vilka nämnderna skall företräda. Kommittén föreslår vidare att nämndernas arbetsområde skall utvidgas till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen.

Patientnämndernas arbetsuppgifter bör också preciseras i lagstiftningen. Centrala uppgifter är att främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, att stödja och hjälpa enskilda patienter samt att återföra erfarenheter från nämndernas verksamhet så att de kan bidra till hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling. Insatserna är ett komplement till insatser andra myndigheter och organisationer utför i syfte att värna patientens ställning i hälso- och sjukvården. Det skall även åligga patientnämnderna att återföra erfarenheter till landstingsstyrelsen och kommunstyrelsen. Socialstyrelsen skall därutöver årligen informeras om patientnämndernas arbete.

Kommittén har inte sett det som möjligt att införa tvingande regler för hur patientnämnderna skall vara organiserade i kommuner och landsting. Kommittén understryker däremot att det är angeläget att kommuner och landsting ser hälso- och sjukvården som ett gemensamt åtagande. Det är därför angeläget att landsting och kommuner strävar efter att finna organisatoriska lösningar för patientnämndsverksamheten som gör det möjligt att arbeta med problem i hela vårdkedjan genom att inrätta nämnder som besitter erfarenhet både från kommunernas och landstingens hälso- och sjukvård. Det finns även behov av att samordna kansliresurserna i syfte att stärka dessa och åstadkomma kanslier med bred kompetens. Sådana lösningar ligger också i linje med de nya former för samverkan om vården och omsorgen mellan kommuner och landsting som håller på att växa

fram i många län. Det ligger även i sakens natur att det ur medborgarnas och patienternas perspektiv är en fördel att kunna vända sig till en instans om man är missnöjd med vården oberoende av om det är kommunen eller landstinget som svarar för verksamheten.

Ytterligare en frågeställning som uppmärksammas gäller patientnämndernas ställning i förhållande till hälso- och sjukvården. Det är enligt kommittén mycket viktigt att det inte råder någon tvekan om att patientnämnderna är självständiga i förhållande till dem som beslutar om hälso- och sjukvården. Kommittén anser mot den bakgrunden att det är direkt olämpligt att ledamöterna i patientnämnderna kombinerar de uppdragen med uppdrag i kommunala nämnder med ansvar för hälso- och sjukvård. Det är enligt kommittén av yttersta vikt att de båda rollerna hålls åtskilda för att upprätthålla förtroendet för patientnämndens verksamhet.

Kommittén föreslår slutligen att regeringen tar initiativ till en utvärdering av patientnämndernas verksamhet efter det att de nya reglerna har varit i kraft några år.



# Sammanställning av remissyttranden över Patienten har rätt (SOU 1997:154). Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)

Prop. 1997/98:189  
Bilaga 4

## 13 Förteckning över remissinstanser

I november 1997 överlämnade Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) sitt delbetänkande Patienten har rätt (SOU 1997:154) till regeringen. Kommitténs delbetänkande sändes därefter i november månad 1997 ut på remiss för svar senast den 1 mars 1998. 105 remissinstanser har beretts tillfälle att yttra sig över betänkandet. Av dessa har 78 instanser inlämnat svar. Yttranden har på eget initiativ inkommit från sju instanser.

Följande remissinstanser har inkommit med yttranden: Riksdagens ombudsmän, Svea hovrätt, Kammarrätten i Jönköping, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Statens institut för psykosocial miljömedicin, Folkhälsoinstitutet, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Spri, Handikappombudsmannen, Handikappinstitutet, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget Sörmland, Landstinget i Östergötland, Landstinget i Jönköpings län, Landstinget Kronoberg, Gotlands kommun, Landstinget i Kalmar län, Landstinget Blekinge, Landstinget Kristianstads län, Malmö kommun, Malmöhus läns landsting, Landstinget Halland, Göteborgs kommun, Bohuslandstinget, Landstinget i Älvsborg, Landstinget Skaraborg, Landstinget i Värmland, Örebro läns landsting, Landstinget Västmanland, Landstinget Dalarna, Landstinget Gävleborg, Landstinget Väster-norrland, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Handikappförbundens samarbetsorgan, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Svenska läkaresällskapet, Tjänstemännens centralorganisation, Sveriges akademikers centralorganisation, Landsorganisationen i Sverige, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, Praktikertjänst AB, Sophiahemmet, Svenska kommunalarbetareförbundet, Sveriges farmaceutförbund, Sveriges kommunaltjänstemannaförbund, Sveriges läkarförbund, Sveriges psykologförbund, Svensk sjuksköterskeförening, Vårdförbundet, Afasiförbundet i Sverige, Astma och allergiförbundet, Bröstcancerföreningarnas riksorganisation, Förbundet blödarsjuka i Sverige, Hjärt- och lungsjukas riksförbund, ILCO – Svenskt förbund för stomiopererade, Neurologiskt handikappades riksförbund, Riksförbundet för social och mental hälsa, Riksförbundet cystisk fibros, Riksförbundet för utvecklingsstörda barn och ungdomar, Riksförbundet för blödarsjuka, Riksförbundet för dementas rättigheter, Riksförbundet för hivpositiva, Riksförbundet för mag- och tarm-sjuka, Riksförbundet för njursjuka, Riksförbundet för trafik- och polio-skadade, Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar, Riksförbundet IFS, Reumatikerförbundet, Storstockholms sköldkörtelförening, Svenska

diabetesförbundet, Svenska migränförbundet, Svenska psoriasisförbundet och Tandvårdsskadeförbundet.

Följande instanser har därutöver inkommit med yttranden på eget initiativ: Hässelby strands socialdemokratiska förening, Riksföreningen psykoterapicentrum, Föreningen för antroposofisk läkekonst, Handikappförbundens samarbetsorgan i Östergötland, Patient- och omsorgsförbundet, Svenska barnmorskeförbundet och Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.

Föräldraföreningen för dyslektiska barn har förklarat att de avstår från att yttra sig.

## 14 Allmänna synpunkter

De remissinstanser, som uttalat sig allmänt om betänkandet i dess helhet, sätter mestadels ett gott betyg på kommitténs arbete. *Landstingsförbundet* tillstyrker i allt väsentligt de förslag som kommittén lägger fram i sitt betänkande. *Handikappförbundens samarbetsorgan* konstaterar att betänkandet är ett viktigt steg framåt för att ge patienterna bättre kunskaper och inflytande över den egna vården, även om många av förslagen kunde varit mer långtgående än vad kommittén föreslagit. *Uppsala läns landsting* understryker sin tillfredsställelse med betänkandet och det sätt på vilket det sätter patienten i centrum.

En del remissinstanser konstaterar dock att förslagen innehåller en rad svåra och komplicerade frågor av vilka en del kräver ytterligare bearbetning. En sådan fråga är huruvida ekonomiska resurser behöver tillföras för att förslagen i alla delar - bl.a. om vårdens tillgänglighet - skall kunna genomföras.

Flertalet instanser är positiva i stort till kommitténs utgångspunkter, även om en del instanser har invändningar mot enskilda utgångspunkter eller skulle vilja inkludera ytterligare någon utgångspunkt. *Landstinget Västernorrland* instämmer t.ex. i att en viktig utgångspunkt är att spelreglerna för patienten och vårdgivarna är tydliga och att de formella besluten inte skiljer sig från vad som reellt tillämpas. *Vårdförbundet* konstaterar med tillfredsställelse att betänkandet utstrålar en tydlig intention att värna om patientens rätt. *Vårdförbundet, Tjänstemännens centralorganisation, Landsorganisationen i Sverige, Sveriges farmaceutförbund* och *Landstinget Västernorrland* anser att det är bra att kommittén utgår från att de allra flesta patienterna vill vara delaktiga och ha inflytande över sin egen situation i kontakterna med hälso- och sjukvården.

Flera landsting betonar kommitténs ställningstagande om att de förslag som läggs för att stärka patientens ställning är förenliga med sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar och möjligheterna att styra hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling. *Svenska Kommunförbundet* betonar t.ex. att beslut om verksamhetens utformning och kvalitet skall fattas av det organ som har det ekonomiska ansvaret. *Svenska läkaresällskapet* och *Sveriges psykologförbund* anser däremot att effekterna av betänkandet löper risk att begränsas av kravet på att förslagen skall vara förenliga med

sjukvårdshuvudmännens ansvar för sjukvårdens planering i allmänhet och dess kostnadsutveckling i synnerhet.

Flera patient- och handikapporganisationer konstaterar att patienternas och deras organisationers möjligheter att tillföra vården värdefull kunskap har förbisetts av kommittén. *Handikappförbundens samarbetsorgan* saknar t.ex. en viktig utgångspunkt för allt fortsatt arbete med en starkare patientroll, nämligen att den enskilde patienten och handikapporganisationen kan bidra med kunskaper som både beslutsfattare och de som arbetar inom hälso- och sjukvården behöver.

*Svenska läkaresällskapet* och några landsting framhåller att kommitténs förslag måste stå i överensstämmelse med de riktlinjer för prioriteringar i vården som riksdagen har slagit fast. *Landstinget Västernorrland* anser att det är av avgörande betydelse, inte minst för trovärdigheten, att samtliga delbetänkanden som HSU 2000 lagt fram behandlas ur ett helhetsperspektiv. *Svenska Kommunförbundet* anser det anmärkningsvärt att kommittén inte i högre grad uppmärksammat det utsatta läge långvarigt sjuka befinner sig i samt kommunernas möjligheter att ge god vård på lika villkor till dessa.

## 15 En patientfokuserad lagstiftning

En överväldigande majoritet av remissinstanserna tillstyrker förslaget om en samlad översyn av lagstiftningen. *Svea hovrätt* delar uppfattningen att det är angeläget att frågor som rör patientens rättsliga ställning gås i genom och blir allsidigt belysta. *Landstinget Sörmland* delar kommitténs syn på att det kan finnas behov av en översyn av lagstiftningen, där fokus förskjuts från personalens och sjukvårdshuvudmännens skyldigheter till vad patienten har rätt att kräva av hälso- och sjukvården.

Några instanser har dock synpunkter på hur ett sådant uppdrag skall avgränsas. *Svenska Kommunförbundet* önskar att översynen skall omfatta hela vård- och omsorgslagstiftningen (inkl. socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). *Vårdförbundet* och *Tjänstemännens centralorganisation* framhåller att en översyn särskilt måste beakta det regelverk som människor som är i kontakt med kommunal hälso- och sjukvård berörs av. *Landstinget Västernorrland* anser att även lagstiftning som reglerar andra huvudmäns verksamheter och som berör hälso- och sjukvårdens möjligheter att åstadkomma en optimal samverkan, t.ex. lagen om allmän försäkring och socialtjänstlagen, bör ses över och synkroniseras i syfte att underlätta gemensamma ställningstaganden och prioriteringar. *Svea hovrätt* avvisar lagändringar nu i avvaktan på att en översyn av lagstiftningen genomförs.

En bred majoritet av remissinstanserna instämmer i att det inte finns anledning att frånga det nuvarande systemet med en skyldighetsbaserad lagstiftning till förmån för en lagstiftning som bygger på rättighetsbaserade principer. *Landstinget i Östergötland* anser t.ex. att lagstiftningen även fortsättningsvis bör formuleras med utgångspunkt i sjukvårdshuvudmännens skyldigheter. *Örebro läns landsting* förordar inte en rättighetslagstiftning, eftersom en sådan skulle kunna tillföra tidsödande processer

och merkostnader som landstingen inte skulle kunna påverka. *Västerbotens läns landsting* bedömer att kommittén för ett förnuftigt resonemang kring de principiella svårigheter som är förenade med en renodlad rättighetslagstiftning. *Svenska läkaresällskapet* instämmer i kommitténs allmänna bedömning om att det är olämpligt att införa en rättighetsbaserad lagstiftning med möjlighet till överklagan i domstol.

Ett par patient- och handikapporganisationer framhåller däremot att det, för att vissa av förslagen skall bli reella, finns anledning att införa rättighetslagstiftning eller åtminstone att patienter i vissa fall bör ha rätt till någon form av överprövning. *Handikappombudsmannen* anser att det inte undantagslöst går att utesluta att rättighetslagstiftning kan vara en möjlig väg att garantera rätten till högspecialicerad vård för människor med ovanliga och svåra kroniska sjukdomar.

Några instanser framhåller att möjligheten att införa rättighetslagstiftning inom vissa delar av lagstiftningen bör provas i samband med översynen av lagstiftningen. *Handikappförbundens samarbetsorgan* menar t.ex. att den utredning som får uppdraget att se över lagstiftningen borde få ett vidare mandat och också diskutera och ta ställning till i vad mån vissa av de skyldigheter som sjukvårdshuvudmännen har istället bör göras till utkrävbara rättigheter för patienterna.

## 16 Vårdens tillgänglighet

### 16.1 Vårdprogramarbetet

Flertalet remissinstanser, såväl landsting som patientföreträdare, instämmer i kommitténs uppfattning att det utvecklingsarbete som har inletts med att utarbeta nationella riktlinjer för en god medicinsk praxis i syfte att få en likvärdig, kunskapsbaserad vård kan komma att få stor betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling framöver. *Socialstyrelsen* menar att arbetet med att ta fram lokala vårdprogram är en process som har vunnit acceptans i vården. *Stockholms läns landsting* anser att det inledda vårdprogramarbetet är en viktig fråga när det gäller att arbeta fram tydliga definitioner av indikationer och få klarhet kring olika begrepp. *Svenska Kommunförbundet* ser det som nödvändigt att god praxis för olika grupper inom vården och omsorgen läggs fast i samförstånd mellan de olika aktörerna. *Vårdförbundet* delar kommitténs uppfattning att en likvärdig, kunskapsbaserad vård är av stor betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling framöver. *Reumatikerförbundet* anser att nationella riktlinjer för god medicinsk praxis samt regionala och lokala vårdprogram bör vidareutvecklas och fullföljas.

Flera instanser instämmer i kommitténs uppfattning att det är angeläget att skapa utrymme för ett individualiserat omhändertagande av patienterna inom ramen för nationella riktlinjer, lokala vårdprogram och vårdkedjor av olika slag. Ett par instanser uppmärksammar emellertid riskerna för den enskilde patienten med alltför standardiserade program.

Förslaget att kommunerna och deras intresseorganisationer bör delta aktivt i programarbetet samt att patienterna och deras organisationer bör

involveras i programarbetet får likaledes stöd av en bred majoritet av instanserna. *Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik* tillstyrker t.ex. kommitténs förslag att öka medverkan av allmänheten, representanter för patienter och kommunala företrädare vid framtagning av nationella riktlinjer m.m. *Svenska Kommunförbundet* noterar med tillfredsställelse att kommittén understryker vikten av att såväl kommunerna som patientföreträdare skall delta.

Ett knappt tiotal instanser menar att det kan finnas en risk med att arbetet med nationella riktlinjer, vårdprogram och vårdkedjor framför allt inriktas på kroniska eller långvariga sjukdomar. En överbetoning av nationellt framtagna vårdprogram för vissa sjukdomar kan innebära att man prioriterar insatser på andra områden och folksjukdomar, som för tillfället inte är eller har varit föremål för nationellt vårdprogramsarbete, för lågt.

*Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik* anser att det finns en risk att särskilt välorganiserade grupper eller välrustade enskilda individer får ett orättmätigt stort inflytande på bekostnad av andra svagare grupper eller individer. *Riksförbundet för social och mental hälsa* lyfter fram risken att vårdprogrammen leder till en minimistandard som snarare begränsar än stimulerar ambitionerna, nytänkandet och utvecklandet av nya perspektiv och behandlingsformer.

## 16.2 En utvecklad vårdgaranti

Flertalet remissinstanser vill se en utveckling av vårdgarantin inom ramen för Dagmaröverenskommelserna. *Socialstyrelsen* instämmer exempelvis i förslaget att inte lagstifta om tidsfrister för behandling. *Landstingsförbundet* ställer sig bakom förslaget att, inom ramen för överenskommelser mellan staten och huvudmännen, fortsätta ett målmedvetet och systematiskt förändringsarbete för att så snart som möjligt kunna erbjuda "en generell behandlingsgaranti". *Handikappförbundens samsamarbetsorgan* framhåller att en ökad statlig styrning och ökade ekonomiska resurser behövs för att tillgången till vård skall föreligga och vårdens kvalitet skall kunna upprätthållas, men att detta mycket väl kan åstadkommas genom ett sjukvårdspolitiskt dokument som Dagmaröverenskommelsen. Ingen instans förordar att tillgången på vård regleras genom lagstiftning.

*Svenska Kommunförbundet* betonar att utformning och nivå på eventuellt utökade garantier inom hälso- och sjukvården och/eller socialtjänst måste övervägas samlat och i dialog mellan de båda förbunden och staten.

Flera remissinstanser framhåller att arbetet med en utökad vårdgaranti innehåller en rad svåra och komplicerade frågor som kräver ytterligare bearbetning och förberedelsearbete. Flera landsting betonar att vårdgarantin först och främst är en kostnadsfråga. *Landstinget Halland* anser t.ex. att ett genomförande av den föreslagna vårdgarantin fullt ut kommer att medföra resursproblem och därmed ekonomiska konsekvenser. *Landstinget Dalarna* förutsätter att staten tillskjuter medel för att en generell behandlingsgaranti skall bli möjlig att genomföra.

Flera landsting kommenterar dessutom tidsplanen för genomförandet samt påpekar de praktiska svårigheterna att precisera innehållet i garantin. *Landstingsförbundet* bedömer att bristen på såväl kunskap som ekonomiska, personella och tekniska resurser kan vara hinder både i utvecklingsarbetet och i själva genomförandet. Dessa hinder måste övervinnas genom ett målmedvetet systematiskt förändringsarbete. Det krävs också en bedömning av de ekonomiska resurser som behöver tillföras för att ambitionsnivån skall kunna realiseras.

*Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik* avstyrker förslaget att införa en generell behandlingsgaranti på grund av stora svårigheter att definiera aktuella tillstånd och indikationer samt följa upp efterlevnaden. *Socialstyrelsen* anser att det är tveksamt om det är praktiskt möjligt för hälso- och sjukvården med hänsyn till tillgängliga resurser och nödvändig förberedelsestid att införa en behandlingsgaranti som innebär att patienten inom tre månader tillförsäkras behandling med alla tänkbara åtgärder vid alla olika sjukdomstillstånd. Styrelsen ställer sig i vart fall mycket tveksam till om den kan tillämpas fr.o.m. den 1 januari 1999.

Flera remissinstanser konstaterar att det är viktigt att arbetet med att precisera kraven på uppgifter för att följa köer och information för olika diagnosgrupper fortsätter. I vilken form detta arbete bör bedrivas råder det däremot delade meningar om. En del landsting stöder förslaget att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att med hjälp av expertgrupper utarbeta allmänna råd om indikationsställningar som motsvarar god hälso- och sjukvård. *Socialstyrelsen* bedömer däremot det vara helt uteslutet att utarbeta någon form av riktlinjer som täcker samtliga sjukdomar/tillstånd som kan föranleda behov av hälso- och sjukvård. *Landstingsförbundet* och flera landsting anser att det är orimligt att tänka sig att frågan kan lösas genom ett allmänt råd om indikationsställningar från Socialstyrelsen och hänvisar i stället till det arbete med att ta fram en modell för att följa vårdprocessens tidsförlopp och väntetider som förbundet bedriver i samarbete med Samverkansnämnden i södra regionen. *Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik* anser det angeläget att staten i förhandlingar med huvudmännen ställer krav på framtagande av informationssystem som möjliggör en adekvat uppföljning av väntetider i olika delar av hälso- och sjukvården. När ett allmänt accepterat underlag över köer och väntetider i landet finns att tillgå, bör parterna ta upp diskussioner rörande förbättringsmöjligheter och tänkbara lösningar.

Några landsting betonar att det måste finnas en överensstämmelse mellan en utvidgad vårdgaranti och de prioriteringsprinciper som riksdagen har lagt fast. Ett par landsting poängterar att det är viktigt att den generella vårdgarantin kan infrias och svara upp mot befolkningens förväntningar för att inte sjukvårdshuvudmännens trovärdighet skall rubbas. *Landstinget Östergötland* och *Landstinget Gävleborg* påpekar att en garanti kan få som följd att tillstånd, som låter sig beskrivas tydligt eller där åtgärderna är väldefinierade, prioriteras högre helt enkelt därför att dessa är lättare att hantera och följa upp.

## 17 Val av vårdgivare

### 17.1 Val av läkare i primärvården

En klar majoritet av remissinstanserna tillstyrker förslaget om att patientens rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Några landsting betonar dock fördelarna med att medborgarna väljer läkare och vårdcentral i det område där man bor. Ett par patient- och handikapporganisationer anser att rätten att välja läkare inom primärvården bör lagfästas i rättighetslagstiftning.

Sveriges läkarförbund och Landstinget Dalarna framhåller att det behövs någon form av riktlinjer för att undvika överbelastning av enskilda läkare. Svea hovrätt anser att det av lagtexten bör framgå att om vederbörande läkare på grund av sin arbetsbelastning inte har möjlighet att ta någon ytterligare patient bör valet få avse en annan fast läkarkontakt.

Kommitténs skrivning om att patienter med kroniska sjukdomar bör kunna få välja att ha sin fasta läkarkontakt med andra specialister än läkare i allmänmedicin får ett blandat bemötande. *Svenska Kommunförbundet* och några patient- och handikapporganisationer anser att det är bra att människor med kroniska sjukdomar skall kunna ha sin fasta läkarkontakt med en annan specialist. Flertalet landsting anser däremot antingen att primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvården och att man skall ha sin fasta läkarkontakt där eller att de läkarkontakter som patienten har med andra specialister än allmänläkare måste ha koppling till den åkomma som patienten behandlas för. *Svenska läkaresällskapet* anser att patienter skall skötas på den nivå som tillståndet kräver och inte beroende på om sjukdomen är kronisk eller ej.

*Socialstyrelsen* framhåller att det är viktigt med en skrivning som uppmuntrar till "shared care", dvs. att patienten har både en allmänläkare och en specialist som sin läkare. *Handikappombudsmannen* förordar att kommitténs överväganden slås fast i hälso- och sjukvårdslagen. *Vårdförbundet* och *Tjänstemännens centralorganisation* anser att det fria valet skall innebära en möjlighet att välja vårdgivare även inom andra yrkesgrupper.

### 17.2 Val av sjukhus och specialistmottagning

Remissinstanserna är splittrade i frågan om vilka regler som skall gälla för val av sjukhus och specialistmottagning. Flertalet landsting stöder kommitténs förslag om att landstingen även i fortsättningen skall ha rätt att bestämma över valmöjligheter och remissregler. *Landstinget i Uppsala län* anser t.ex. att avsnittet om val av vårdgivare är väl avvägt och att det inte behövs någon speciell lagstiftning utan att det mer handlar om att varje sjukvårdshuvudman utformar styrsystem, regler och information så att valfriheten ges ett reellt innehåll. *Landstinget Halland*, *Västerbottens läns landsting* och *Vårdförbundet* anser att det är viktigt att varje huvudman får utforma remissregler utifrån lokala förhållanden med hänsyn till tillgången till läkare inom respektive specialitet.

De flesta patient- och handikapporganisationer och en del yrkesförbund anser däremot att patienten bör ha rätt att fritt söka sjukhus och specialistmottagning. *Svenska läkaresällskapet* framhåller t.ex. att rätten att välja vårdgivare är central i ett arbete som syftar till att stärka ”patientens rätt”. *Handikappförbundens samarbetsorgan* anser att patientens rätt att välja sjukhus och specialistmottagning måste förstärkas genom lagstiftning. I första hand kan den lagstiftade rätten begränsas till att gälla patienter med kroniska sjukdomar eller permanenta/varaktiga tillstånd eller funktionshinder och till det egna sjukvårdsområdet. Flera av patient- och handikapporganisationerna poängterar att den rekommendation som Landstingsförbundets styrelse avgivit till landstingen inte räcker utan att denna rätt måste lagfästas.

En liknande splittring återfinns inför kommitténs förslag att de nuvarande remissreglerna skall ändras i syfte att öppna en möjlighet för landstingen att ställa krav på remiss till sjukhusens specialistmottagningar utan att ha motsvarande remisskrav för specialistmottagningar utanför sjukhusen. *Socialstyrelsen* och en del landsting delar kommitténs uppfattning att de nuvarande remissreglerna inte är ändamålsenliga och ser förslaget som en möjlighet att anpassa verkligheten till de lokala förutsättningarna och förbättra befolkningens valmöjligheter. Andra landsting hänvisar till att det blir svårförklarligt och otydligt för patienten om det inte gäller samma regler för de specialister som arbetar på sjukhusmottagningar som för dem med mottagningar utanför sjukhusen. Några patient- och handikapporganisationer konstaterar att deras ställningstagande om behovet av en lagstiftad rätt att välja specialist får till konsekvens att de avvisar kommitténs förslag om att ändra de nuvarande remissreglerna.

### 17.3 Valmöjligheter i den kommunala hälso- och sjukvården

De flesta remissinstanser som har valt att yttra sig är positiva till att kommittén framhåller att den ökade vårdtyngden på sjukhem och i andra särskilda boendeformer förutsätter att det finns en läkare som kan ta ett övergripande medicinskt ansvar för de boende och stödja den personal som arbetar där. *Sveriges läkarförbund* anser att detta är mycket värdefullt och kan medföra betydande förbättringar av den medicinska kvaliteten inom framför allt äldreården.

*Svensk sjuksköterskeförening* och *Vårdförbundet* anser att läkarna har att ta ett medicinskt ansvar för de boende, däremot kan detta ansvar inte automatiskt omfatta även personal som arbetar i den kommunala hälso- och sjukvården. *Riksförbundet för social och mental hälsa* och *Riks-IFS* önskar förtydliga att det som sägs inte bara gäller äldre utan även de psykiskt funktionshindrade. *Svenska Kommunförbundet* anser att skyndsamma och kraftfulla förbättringar av läkarmedverkan i vården av långvarigt sjuka i kommunernas hälso- och sjukvård måste komma till stånd. Annars bör hela primärvården föras över till kommunerna.



## 18 Information till patienten och val av behandlingsalternativ

### 18.1 Informationsskyldighetens utformning

En bred majoritet av remissinstanserna tillstyrker förslaget att informationsskyldigheten skall regleras i en egen bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen. *Socialstyrelsen* anser t.ex. att det är bra om informationsskyldigheten ges starkare uttryck i en särskild bestämmelse. *Handikappinstitutet* delar kommitténs ståndpunkter och förslag med avseende att stärka patientens inflytande över den egna vården. *Svenska Kommunförbundet* ställer sig bakom kommitténs förslag ifråga om preciserad informationsskyldighet. *Vårdförbundet* och *Tjänstemännens centralorganisation* välkomnar förslaget vad gäller informationsskyldigheten och dess utformning, eftersom rätten till information och inflytande är avgörande för patientens möjlighet att fatta egna beslut och för delaktighet.

Ett par instanser tillstyrker förslaget men framhåller att informationsplikten bör utformas på ett mer detaljerat sätt. *Svea hovrätt* efterlyser t.ex. klargöranden angående hur informationsskyldigheten är tänkt att fungera i praktiken samt kommenterar den lagtekniska konstruktionen. *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* invänder mot att kommittén varken i den allmänna motiveringen eller i författningskommentaren genom exempel har konkretiserat den centrala frågan om informationsskyldighetens innehåll och omfattning.

Flertalet remissinstanser är positiva till att det bör komma till uttryck i lagtexten att patienten skall få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns så att patienten i största möjliga utsträckning skall kunna ta tillvara sina intressen. Några remissinstanser kommenterar emellertid innebörden av begreppet individuellt anpassad information. *Handikappombudsmannen* föreslår att bestämmelserna förtydligas så att det framgår att informationen skall göras tillgänglig för personer med funktionshinder. *Svenska diabetesförbundet* saknar bestämmelser om information till närstående och minderåriga.

Flera remissinstanser konstaterar att om en förändring av lagstiftningen skall få ett reellt innehåll och innebära en faktisk förändring för patienten i förhållande till dagens situation bör de pedagogiska problemen i mötet mellan patient och vårdgivare observeras. *Landstinget Halland* anser t.ex. att informationen och dialogen mellan patient och vårdgivare bör ses som en utvecklingsprocess inom hälso- och sjukvården. *Bohuslandstinget*, *Landstinget Skaraborg*, *Landstinget i Älvsborg* och *Göteborgs kommun* framhåller att det personliga mötet mellan patient och vårdgivare samt information under och omkring detta möte är avgörande för hur patienten upplever hälso- och sjukvården. Några instanser betonar att ett ökat informationsarbete innebär en ytterligare tidsåtgång vid kontakten mellan patient och vårdgivare.

Förslaget välkomnas av flertalet remissinstanser. *Socialstyrelsen* anser t.ex. att förslaget är ett steg i rätt riktning för att stärka patientens möjlighet att påverka vården. *Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik* konstaterar att det är en viktig markering att lägga till en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om informationsskyldigheten för vårdgivare när det finns flera likvärdiga alternativ.

De flesta landsting ställer sig bakom kommitténs överväganden om att patienter inte skall kunna göra anspråk på behandlingsmetoder som inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Flera landsting understryker att patienter inte skall kunna kräva att få tillgång till vård på annat håll om landstinget kan erbjuda ett eller flera alternativ för den aktuella sjukdomen eller skadan.

Flera remissinstanser framhåller att det kan uppkomma vissa bedömnings- och gränsdragningssvårigheter vid tillämpningen av förslaget. *Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik* konstaterar t.ex. att kommittén på ett förtjänstfullt sätt diskuterar balansgången mellan den enskildes nytta gentemot nyttan för hela grupper av patienter, men att en svaghet i förslaget är den allmänt rådande bristen på vetenskapligt underlag rörande effekter och kostnader av olika behandlingar i sjukvården.

Flera remissinstanser berör frågan om vilka kostnadsökningar som kan accepteras när flera behandlingsalternativ föreligger. Kommitténs överväganden om avvägningen mellan kostnad och nytta måste enligt merparten av instanserna bli tydligare och göras lättare att tillämpa. En del landsting poängterar att det måste finnas rimliga gränser för hur stora kostnadsökningar som kan accepteras med hänsyn till nyttan för patienten. Några patient- och handikapporganisationer framhåller att patientens vilja måste väga tungt i avvägningar mellan kostnad och nytta. En del andra instanser framhåller att denna begränsning tar udden av förslaget. En annan svår fråga är gränsdragningen mellan begreppen allvarlig sjukdom, mindre allvarlig sjukdom och bagatellartad sjukdom.

Ett flertal remissinstanser, däribland *Svea hovrätt*, *Kammarrätten i Jönköping*, *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* och *Socialstyrelsen*, efterlyser en tydligare lagtext som bättre överensstämmer med de begränsningar som kommittén förutsätter och som minskar risken för missförstånd och klargör förslagets innebörd. *Svea hovrätt* anser bl.a. att det bör framgå av lagtexten att det är den medicinskt ansvarige som avgör om och i så fall vilka av honom formulerade behandlingsalternativ som kan erbjudas patienten.

Några landsting efterlyser nationella riktlinjer för att underlätta för landstingen att tillämpa lagstiftningen. *Landstinget i Östergötland* menar t.ex. att det är olämpligt lagfästa patientens rätt på detta sätt om man inte på ett tydligare sätt ger ledning för beslutsfattarna i vården.

En del landsting berör kostnadseffekterna av förslaget, alternativt är kritiska mot kommitténs kostnadsberäkningar. Några landsting menar att förslaget riskerar att blir kostnadsdrivande. De förutsätter därför att statliga medel tillskjuts för den merkostnad som uppstår. *Svenska Kommunförbundet* är tveksamt till förslaget eftersom det kan komma att leda till kostnadsökningar för landstingens hälso- och sjukvård som begränsar

utrymmet för nödvändiga kvalitetsförbättringar och utbyggnader inom den kommunala hälso- och sjukvården. *Sveriges läkarförbund* konstaterar att det finns stor risk att den utvidgande rätten blir kostnadsdrivande när den blir allmänt känd och därmed att den kan komma i konflikt med behovs- och solidaritetsprincipen.

### 18.3 Möjlighet till förnyad medicinsk bedömning, s.k. second opinion

Förslaget tillstyrks av en klar majoritet av remissinstanserna. Flera remissinstanser konstaterar att det innebär en tydlig förbättring att patienter med svåra sjukdomar och skador har rätt att få en förnyad bedömning. *Landstingsförbundet* och flera landsting påpekar att detta är frågor som ställer stora krav på ömsesidigt förtroende och respekt mellan patienten och den behandlande läkaren. Ett par patient- och handikapporganisationer ifrågasätter om inte att rätten till förnyad medicinsk bedömning bör vara utkrävbar.

Kommitténs förslag till avgränsning av de sjukdomar eller skador som kan komma i frågan för en förnyad medicinsk bedömning kommenteras av flera remissinstanser. *Socialstyrelsen* anser exempelvis att det behövs en bättre precisering av vilka sjukdomstillstånd förslaget avser. Flera landsting betonar vikten av kommitténs uppfattning att alternativen måste stå i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och vara ekonomiskt försvarbara med hänsyn till den sjukdom det gäller. Enligt flera landsting bör det klart framgå av lagförslaget att den förnyade bedömningen skall ske inom landet och att denna företrädesvis bör ske inom landstinget alternativt sjukvårdsregionen.

Flera patient- och handikapporganisationer och yrkesförbund menar däremot att avgränsningen av de sjukdomstillstånd då en rätt till förnyad bedömning skall föreligga har gjorts alldeles för snäv. *Handikappförbundens samarbetsorgan* anser att rätt till en förnyad bedömning måste tillkomma patienter som har varaktiga tillstånd eller långvarig behandling och där kunskapen av olika skäl inte leder fram till förbättring och i sådana fall där nya behandlingsmetoder kan leda till omprövning av gällande behandlingsmetoder. *Sveriges läkarförbund* menar att inskränkningen i rätten till förnyad medicinsk bedömning till en mycket liten grupp patienter inte är acceptabel. Sannolikt skulle några avstå helt från operation eller behandling efter ny bedömning och andra skulle kunna få en behandling som de är mer nöjda med än den som ursprungligen planerades. *Svenska läkarsällskapet* konstaterar att en mer generös skrivning sannolikt skulle löna sig på sikt genom att den förbättrar vårdens kvalitet.

Flera remissinstanser efterlyser ytterligare preciseringar av kommitténs förslag. *Landstingsförbundet* konstaterar att det är nödvändigt att förtydliga frågor som rör sekretessen. Flera landsting konstaterar att frågor som behöver klargöras bl.a. gäller remisser, betalningsansvar för medicinska bedömningar, vård och behandling utanför patientens hemlandsting och därmed sammanhängande resor. Ett par instanser anser att det är viktigt att begrepp som t.ex. "allvarlig skada eller sjukdom" så långt möjligt klarläggs. *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* påpekar att kommittén

inte har redovisat sin uppfattning i fråga om det nya åliggandet för den vårdansvariga skall omfattas av det disciplinära ansvaret enligt lagen om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område.

#### 18.4 Krav på dokumentation

Flertalet remissinstanser välkomnar förslaget. Flera remissinstanser påtalar emellertid att de utökade kraven på dokumentation kommer att innebära merarbete och ta extra resurser i anspråk. Några av dem befarar att kraven på lagreglerad dokumentation av informationen inte kommer att stå i rimlig relation till nyttan för patienten. Det är viktigt att informationsmängden hålls rimlig så att tiden för det direkta patientarbetet inte inskränks. Riktlinjer för vilken information som skall registreras i patientjournalen efterlyses av några instanser för att bestämmelsen skall kunna hanteras på ett praktiskt sätt.

#### 18.5 Svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador

*Landstingsförbundet* och de landsting som yttrat sig i frågan tillstyrker förslaget att frågan behandlas i överläggningarna mellan staten och Landstingsförbundet inför nästa Dagmaröverenskommelse eftersom frågan bör få en förhållandevis snar behandling. Merparten av de patient- och handikapporganisationer som kommenterat frågan anser däremot att rätten att få remiss bör lagfästas. *Handikappförbundens samarbetsorgan* anser bl.a. att rätten att få remiss bör lagstiftas och att staten genom statsbidragssystemet borde ta ett större ansvar för att denna rätt blir reell.

### 19 Patientnämnder

En klar majoritet av instanserna tillstyrker kommitténs förslag om att en ny lag om patientnämnd m.m. skall ersätta nuvarande lag om förtroendekommittés verksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. Merparten instämmer även i att nämndernas arbetsuppgifter bör preciseras i lagstiftningen samt att nämndernas arbetsområde skall utvidgas till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen. *Sveriges läkarförbund* tycker t.ex. att det är bra att rollerna i sjukvården görs klarare och välkomnar mot den bakgrunden en lag som leder till en tydligare patientföreträdare. *Socialstyrelsen* konstaterar att det är viktigt att gränsdragningen är klar och entydig när flera aktörer är verksamma inom samma område. Det är därför bra att man i föreslagna lagtext preciserar nämndens arbetsuppgifter. *Västerbottens läns landsting* anser att det visserligen kan finnas risker med en alltför detaljerad uppräkningslista av arbetsuppgifter, men att riskerna uppvägs av fördelarna med att i varje fall de viktigaste insatserna betonas. *Norrbottens läns landsting* anser att det är viktigt att lagförslaget framhåller en dubbel

uppgift – att hjälpa och stödja patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen. *Landstinget Halland* anser att det är angeläget att förändra förtroendenämndernas verksamhet för att skapa möjlighet för allmänheten att vända sig till en och samma instans oavsett huvudmannaskap och driftsform. Några instanser framför invändningar mot enstaka punkter i lagtexten.

Några instanser vill se ett ännu bredare arbetsområde för nämnderna. *Svenska Kommunförbundet* anser t.ex. att all vård och omsorg till äldre skall ingå. *Socialstyrelsen* anser att omsorgen om psykiskt långtidssjuka skall ingå i arbetsområdet. *Jönköpings läns landsting* anser utöver kommitténs förslag att nämndernas uppgifter bör utvidgas till att omfatta vissa socialtjänstuppgifter inom kommunernas samtliga vård- och omsorgsverksamheter. *Handikappombudsmannen* efterlyser en klarare avgränsning av nämndernas arbetsuppgifter i förhållande till lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Kommitténs förslag att nämnderna bör benämnas Patientnämnd för att lättare nå ut med information om sin existens till patienter, anhöriga och allmänhet samt för att tydligare markera vilka nämnderna skall företräda, får uttryckligt stöd av några instanser. *Sveriges psykologförbund* anser att det är bra att förtroendenämnden döps om till patientnämnd då det mer sätter fokus på just patientens situation. *Landstinget Gävleborg* och *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund* anser att ett byte till patientnämnd kommer att tydligare markera vilka nämnderna skall företräda utan att de för den skull skall agera som juridiskt ombud.

Flera remissinstanser, däribland flertalet landsting, motsätter sig dock ett namnbyte till patientnämnder. *Landstingsförbundet*, *Bohuslandstinget*, *Landstinget Skaraborg*, *Landstinget i Älvsborg* och *Göteborgs kommun* anser t.ex. med hänvisning till kommitténs förslag om samverkan mellan landsting och kommuner i dessa frågor att namnet förtroendenämnd bör bibehållas. *Malmö kommun* anser att beteckningen patientnämnd är mindre välbetänkt då verksamheten även kommer att omfatta vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen. *Landstinget i Uppsala län* konstaterar att en stor del av förtroendenämndens verksamhet i praktiken handlar om att skapa förutsättningar till samtal mellan vårdgivare och patient när patienten upplever att hon ej blivit riktigt behandlad.

De flesta remissinstanser stöder förslaget att inte genomföra några förändringar av nämndernas organisatoriska förutsättningar. *Svenska Kommunförbundet* anser att möjligheterna att lokalt bestämma om den organisatoriska formen för nämnden är bra. *Landstingsförbundet* understryker att det är angeläget att finna lokala organisatoriska lösningar som ger allmänheten möjlighet att vända sig till en och samma instans oavsett huvudmannaskap och driftsform. *Västerbottens läns- och Norrbottens läns landsting* anser att frågan om en gemensam förtroendenämnd för landsting och kommuner även fortsättningsvis bör bygga på överenskommelser och avtal.

Några patient- och handikapporganisationer föreslår att även patient- och handikapporganisationerna skall ingå i nämnderna. *Riksförbundet för trafik- och polioskadade* anser t.ex. att patient- och handikapporganisationernas medverkan i patientnämnderna är en förutsättning för att dessa skall fungera enligt förslaget.

Flertalet instanser instämmer i att det är direkt olämpligt att ledamöter i förtroendenämnderna samtidigt fullgör uppdrag i sådana kommunala nämnder som har ansvar för hälso- och sjukvård. *Landstinget Sörmland* anser t.ex. att politikerna i de framtida patientnämnderna måste bli tydliga som patientföreträdare och därför inte bör ha andra uppdrag inom hälso- och sjukvården som kan medföra svårigheter att ställa upp som patientföreträdare. *Sveriges läkarförbund* anser att det är av stort värde att kommittén påpekar att uppdraget som ledamot i en patientnämnd inte får kombineras med uppdrag i kommunala nämnder med ansvar för hälso- och sjukvård.

Några instanser önskar emellertid att nämndernas självständighet markeras ytterligare eller att de måste vara helt självständiga i förhållande till sjukvårdshuvudmännen. *Svea hovrätt* avstyrker t.ex. förslaget eftersom de vill se en oberoende instans. *Svenska diabetesförbundet* förordar en bestämmelse som uttryckligen förbjuder förtroendevalda att sitta i exempelvis hälso- och sjukvårdsnämnden och förtroendenämnden samtidigt, alternativt att förtroendenämnderna lyfts ut och placeras under en central Patientombudsman.

Förslagen att det skall åligga patientnämnderna att återföra erfarenheter till landstingsstyrelsen och kommunstyrelsen samt att Socialstyrelsen årligen skall informeras om patientnämndernas arbete får stöd av flertalet instanser. *Landstingsförbundet* anser att förtroendenämndsverksamheten skall vara ett viktigt instrument i landstingens respektive kommunernas interna kvalitetsutvecklingsarbete. *Socialstyrelsen* anser att det är bra att nämnderna skall medverka till att kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården fortlöpande utvecklas genom att rapportera iakttagelser och avvikelser till vårdgivare och vårdenheter samt verka för att vårdgivaren i förekommande fall beaktar sin anmälningsskyldighet.

## 20 Ekonomiska konsekvenser

Flera remissinstanser, däribland flertalet landsting och yrkesförbund, bedömer att genomförande av förslagen i många stycken kommer att kräva resurstillskott jämfört med vad som förutsätts i betänkandet. Flera av dem förutsätter därför att statliga medel tillskjuts för den merkostnad som uppstår. *Svenska Kommunförbundet* befarar t.ex. att kommitténs förslag till en starkare ställning för patienterna inom landstingens hälso- och sjukvård kan leda till kostnadsökningar som begränsar utrymmet för kommunerna att erbjuda bra kvalitet i sin vård och omsorg. *Landstinget Sörmland* påpekar att om förslagen leder till ökade kostnader för landstinget måste dessa kompenseras av staten. I dagens läge är det inte möjligt för landstinget att finansiera ett utökat åtagande inom tillgängliga resurser. *Landstinget i Östergötland* bedömer att kostnaderna för genomförande av förslagen i många delar inte kommer att vara små eller obefintliga som anges i betänkandet. Speciellt gäller det val av dyrare behandlingsalternativ vid allvarlig sjukdom. *Sveriges läkarförbund* anser att kommittén underskattat de ekonomiska konsekvenserna då det gäller

ökade kostnader och även tidsåtgång för t.ex. information och journal-dokumentation.

Merparten av patient- och handikapporganisationerna instämmer inte i kommitténs diskussion om att en stark ställning för patienten skulle medföra ökade kostnader. *Handikappförbundens samarbetsorgan* konstaterar t.ex. att betänkandet ger en känsla av att inflytandet vore ekonomiskt villkorat – skulle det kosta pengar bör hälso- och sjukvården överväga hur pass långtgående detta inflytande får bli. Flera av patient- och handikapporganisationerna påpekar att ett större inflytande både för patienter och för deras organisationer alltid är kostnadseffektivt. Om hälso- och sjukvården på ett mer systematiskt sätt tog tillvara patienternas erfarenhet av ineffektiva organisationslösningar och dåligt fungerande vårdkedjor, skulle man uppnå både en starkare ställning för patienterna och en större effektivitet i organisationen.

*Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik* delar kommitténs uppfattning att det är svårt att beräkna de ekonomiska konsekvenserna av förslagen. SBU hävdar dock att om reformförslagen rörande fritt val och ökat inflytande för patienterna tillåts få stort genomslag borde det innebära kraftiga omfördelningar av resurserna.

## 21 Övriga synpunkter

Några remissinstanser betonar att särskilt utsatta gruppers behov måste beaktas i det fortsatta arbetet både med en förstärkt lagstiftning och i utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården. Bland andra anser *Socialstyrelsen* att möjligheterna att få tillgång till patientinformation för personer med olika former av hinder och svårigheter måste uppmärksammas särskilt. *Handikappförbundens samarbetsorgan* pekar på det förhållandet att många patienter, p.g.a. sin sjukdom eller sitt funktionshinder, inte själva har möjlighet att föra sin talan i behandlingssituationen eller utöva inflytande över sin vård.

Flera landsting, fackförbund och patient- och handikapporganisationer betonar att en förutsättning för större patientinflytande är förändrade attityder från personal på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. *Örebro läns landsting* poängterar att det största ansvaret för att patienten får kännedom om allt väsentligt för att kunna utöva ett reellt inflytande ligger hos personalen. Dialogen mellan patient och personal måste föras i ett öppet klimat och med respekt så att patienten vågar ställa berättigade krav. *Sveriges kommunaltjänstemannaförbund* anser att det är en allvarlig brist att hälso- och sjukvårdspersonalens roll, engagemang och utbildning i samband med genomförandet av kommitténs förslag överhuvudtaget inte är omnämnda i betänkandet, eftersom förslagen i stor utsträckning bygger på information och kommunikation mellan patient och företrädare för hälso- och sjukvården. *Vårdförbundet* framhåller att förslagen innebär att kravet på tillgång till ständig fortbildning och kompetensutveckling blir än mer angeläget, inte bara inom sakområdet utan också i syfte att utveckla olika pedagogiska metoder och tekniker.

Några remissinstanser, däribland *Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik*, *Landstinget Västernorrland* och *Sveriges kommunaltjänstemannaförbund*, efterlyser konkreta förslag på uppföljning och utvärdering av kommitténs åtgärdsförslag.

*Svenska Kommunförbundet* anser att regeringen skyndsamt bör lägga fram förslag till lagändringar som möjliggör gemensamt ansvarstagande för vård och omsorg mellan kommuner och landsting.



## Förteckning över remissinstanser som yttrat sig över betänkandet Jämställd vård. Olika vård på lika villkor (SOU 1996:133) m.fl.

I augusti 1996 överlämnade Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården sitt huvudbetänkande Jämställd vård. Olika vård på lika villkor (SOU 1996:133) till regeringen. Samtidigt överlämnades två delbetänkanden; Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv (SOU 1996:134) samt Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU (SOU 1996:135). Utredningens betänkanden sändes därefter i oktober månad 1996 ut på remiss för svar senast den 24 mars 1997. 133 remissinstanser har beretts tillfälle att yttra sig över betänkandena. Av dessa har 86 instanser inlämnat svar.

Följande remissinstanser har inkommit med yttranden: Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Statens institut för psykosocial miljömedicin, Folkhälsoinstitutet, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Handikappombudsmannen, Handikappinstitutet, Socialvetenskapliga forskningsrådet, Högskoleverket, Forskningsrådsnämnden, Medicinska forskningsrådet, Uppsala universitet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Göteborgs universitet, Umeå universitet, Mitthögskolan, Jämställdhetsombudsmannen, Spri, samtliga lands- ting (utom Landstinget Blekinge), Gotlands kommun, Göteborgs kommun, Malmö kommun, Stockholms kommun, Östersunds kommun, Hälsohögskolan i Jönköping, Hälsohögskolan i Umeå, Vårdhögskolan i Göteborg, Vårdhögskolan i Uppsala, Centerkvinnorna, Folkpartiet liberalernas kvinnoförbund, Handikappförbundens samarbetsorgan, Hjärt- och lungsjukas riksförbund, Husmorsförbundet hem och samhälle, Kristdemokratiska kvinnoförbundet, Landsorganisationen i Sverige, Landstingsförbundet, Miljöpartiets kvinnoutskott, Moderata kvinnoförbundet, Riksförbundet för dementas rättigheter, Riksförbundet för mag- och tarmsjuka, Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar, Riksförbundet för social och mental hälsa, Riksförbundet för trafik- och polioskadade, Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna, Astma- och allergiförbundet, Reumatikerförbundet, Riksförbundet pensionärsgemenskap, Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige, Svenska diabetesförbundet, Svenska kommunalarbetsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Sveriges kvinnliga läkares förening, Svenska läkaresällskapet, Svenska privatläkareföreningen, Sveriges akademikers centralorganisation, Sveriges kommunaltjänstemannaförbund, Sveriges läkarförbund, Sveriges pensionärsförbund, Sveriges psykologförbund, Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, Sveriges tandläkarförbund, Tandvårdsskadeförbundet, Vårdförbundet och Vänsterpartiets kvinnopolitiska utskott.

Karolinska institutet och Diskrimineringsombudsmannen har förklarat att de avstår från att yttra sig.

## Socialdepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 25 juni 1998

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden Peterson, Wallström, Tham, Åsbrink, Schori, Andersson, Uusmann, Ulvskog, Sundström, von Sydow, Klingvall, Pagrotsky, Messing

Föredragande: statsrådet Wallström

---

Regeringen beslutar proposition 1997/98:189 Patientens ställning.