

Lagrådsremiss

Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 5 november 2009

Göran Hägglund

Lars Hedengran
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

I lagrådsremissen föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

Den nationella vårdgarantin, som idag är en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, föreslås regleras i lag. Regeringen gör bedömningen att de tidsgränser som gäller för vårdgarantin idag bör kvarstå tills vidare. Landstinget ska se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne kan få vård hos en annan vårdgivare om landstinget inte förmår att i rätt tid uppfylla tidsgränserna. Landstingen och de enskilda yrkesutövarna ska åläggas att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin. Landstingen ska dessutom åläggas att rapportera uppgifter om väntetider till en nationell databas.

Den begränsning som idag finns i lagstiftningen om patientens rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, föreslås utgå. Vårdgivare och de enskilda yrkesutövarna föreslås få ett ansvar för att ge patienten individuellt anpassad information om möjligheterna att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade vården.

Regeringen föreslår att verksamhetschefen ska ges ett tydligare ansvar för att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses. Om det behövs eller om en patient begär det ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Denna ordning ska ersätta den nuvarande funktionen patientansvarig läkare (PAL), som regeringen föreslår ska avskaffas.

Regeringen föreslår vidare att patientens ställning stärks genom att hälso- och sjukvårdens skyldighet att medverka till att patienten kan få en förnyad medicinsk bedömning utökas. Detta görs genom att ta bort begränsningen att skyldigheten bara gäller när vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning för det medicinska ställningstagandet.

Lagstiftningen föreslås träda i kraft den 1 juli 2010.

Innehållsförteckning

1	Beslut	5
2	Lagförslag	6
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	6
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	9
3	Ärendet och dess beredning	11
4	Patientens ställning i hälso- och sjukvården.....	11
4.1	Gällande rätt	11
4.1.1	Allmänt om lagstiftningen	11
4.1.2	Patientens valmöjligheter	12
4.1.3	Vissa grundläggande skyldigheter för vårdgivaren	15
4.1.4	Tillgång till hälso- och sjukvård	21
4.1.5	Tillsyn och andra stödfunktioner för patienten	24
4.2	Vissa fakta om patientens ställning	27
4.2.1	Väntetider	27
4.2.2	Kontinuitet och samordning i vården – PAL och fast läkarkontakt i primärvården m.m.	29
4.2.3	Användning av förnyad medicinsk bedömning	30
5	Allmänna överväganden	31
5.1	Problem med nuvarande förhållanden	31
5.2	Patientens ställning behöver stärkas	34
6	En lagstadgad vårdgaranti	36
6.1	Vårdgarantin ska regleras i hälso- och sjukvårdslagen....	36
6.2	Bemyndigande om det närmare innehållet i vårdgarantin.....	41
6.3	Rapportering av väntetidsdata	44
6.4	Information till patienten	46
6.5	Vård hos annan vårdgivare	51
7	Fast vårdkontakt.....	57
7.1	Funktionen patientansvarig läkare ska avskaffas.....	57
7.2	En fast vårdkontakt ska ersätta funktionen patientansvarig läkare.....	59
8	Utvidgad rätt till förnyad medicinsk bedömning	65
9	Patientlagstiftning	70
10	Tillsyn och uppföljning	71
11	Konsekvenser av regeringens förslag.....	73
12	Genomförandeaspekter och ikraftträdande	76
13	Författningskommentar	76

13.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	76
13.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.....	81
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Patientens rätt, Några förslag för att stärka patientens ställning SOU 2008:127	83
Bilaga 2	Författningsförslag i betänkandet Patientens rätt, Några förslag för att stärka patientens ställning SOU 2008:127	86
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanser som avgett yttrande över betänkandet Patientens rätt, Några förslag för att stärka patientens ställning SOU 2008:127	92

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

2 Lagförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹

dels att 27 § ska upphöra att gälla,

dels att rubriken närmast före 27 § ska utgå,

dels att 2 b och 3 a §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas fem nya paragrafer, 3 g–3 j och 30 a §§, samt närmast före 30 a § en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 b §²

Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Patienten ska ges individuellt anpassad information om

1. sitt hälsotillstånd,

2. de metoder för undersökning, vård och behandling som finns, samt

3. sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 25 kap. 6 eller 7 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i 2 kap. 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

3 a §³

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *skall* landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget *skall* ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *ska* landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget *ska* ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

Senaste lydelse av

27 § 1996:787

rubriken närmast före 27 § 1996:787.

² Senaste lydelse 2009:430.

³ Senaste lydelse 1998:1660. Ändringen innebär bl.a. att andra stycket upphävs.

till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patienten har inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling om står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Landstinget skall ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten skall erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda.

kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Landstinget ska ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning, om det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten ska erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan ge anledning till.

3 g §

Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

- 1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),*
- 2. besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti),*
- 3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och*
- 4. planerad vård (behandlingsgaranti).*

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt närmare föreskrifter om vårdgarantins innehåll.

3 h §

Om landstinget inte förmår uppfylla besöksgarantin eller behandlingsgarantin enligt 3 g §

första stycket 3 eller 4 ska landstinget se till att patienten kan få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

3 i §

Landstinget ska rapportera in uppgifter om väntetidsdata till en nationell databas.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om hur landstingets rapporterings-skyldighet ska fullgöras.

3 j §

Patienten ska ges individuellt anpassad information om vårdgarantin.

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 25 kap. 6 eller 7 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i 2 kap. 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Kontinuitet och säkerhet i vården m.m.

30 a §

Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose detta behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 2 och 2 a §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap. 2 §¹

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd *och om* de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om

1. *sitt hälsotillstånd,*
2. *de metoder för undersökning, vård och behandling som finns,*
3. *sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, samt*
4. *vårdgarantin.*

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 25 kap. 6 eller 7 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i 8 § andra stycket eller 9 § första stycket i detta kapitel.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

2 a §²

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *skall* den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *ska* den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient *skall* medverka till att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en förnyad

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient *ska* medverka till att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en förnyad

¹ Senaste lydelse 2009:471.

² Senaste lydelse 1998:1661.

medicinsk bedömning *i det fall*
vetenskap och beprövad erfaren-
het inte ger entydig vägledning
och det medicinska ställnings-
tagandet kan innebära särskilda
risker för patienten eller har stor
betydelse för dennes framtida
livskvalitet

medicinsk bedömning *om* det
medicinska ställningstagandet kan
innebära särskilda risker för
patienten eller har stor betydelse
för dennes framtida livskvalitet

Bestämmelserna i denna paragraf omfattar inte tandvård enligt tand-
vårdslagen (1985:125).

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2010.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 (dir. 2007:90) att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas (Utredningen om patientens rätt i vården, S 2007:07).

Enligt direktiven ska utredaren göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning.

Utredaren ska särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare ska utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. I uppdraget ligger också att lämna förslag till nödvändiga kompletteringar av det lagförslag om patientlagstiftning som lämnades i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10). I uppdraget ingår vidare att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt.

Den 15 december 2008 lämnade utredaren delbetänkandet Patientens rätt, Några förslag för att stärka patientens ställning (SOU 2008:127). Det är förslagen i detta delbetänkande som ligger till grund för lagrådsremissen.

En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1*. Utredningens lagförslag finns i *bilaga 2*.

Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över de remissinstanser som avgett yttrande över betänkandet finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2008/10579/HS).

4 Patientens ställning i hälso- och sjukvården

Ett stort antal bestämmelser i flera lagar och andra författningar påverkar patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Detta avsnitt inleds med en beskrivning av de bestämmelser och andra åtaganden från landstingen som är mest väsentliga när det gäller patientens ställning. Därefter redovisas vissa fakta och statistik om tillämpningen av dessa bestämmelser.

4.1 Gällande rätt

4.1.1 Allmänt om lagstiftningen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. HSL är framförallt en målinriktad ramlag. Med det förstås att den innehåller övergripande mål och ramar för verksamheten – främst hos sjukvårdshuvudmännen – och alltså inte är detaljerad. Skälen är bl.a. att huvudmännen utifrån det kommunala självstyret ska ha viss frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov. Även verksamhetens inriktning bör, enligt förarbetena, kunna

variera något mellan olika landstingsområden. Vården måste dock ha en likvärdig kvalitet (se prop. 1981/82:97).

I lagstiftningen anges vad sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att erbjuda befolkningen. Lagstiftningen formulerar däremot inte några rättigheter för den enskilde av det slag som finns inom annan lagstiftning på det sociala området, t.ex. i socialtjänstlagen (2001:453).

Rätten till vård får dock anses följa implicit av både de skyldigheter sjukvårdshuvudmännen getts i HSL och av vårdpersonalens ansvar, som framgår av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, förkortad LYHS. Denna rätt är inte juridiskt framtvingsbar genom möjlighet till överklagande eller liknande. Som patient kan man inte överklaga beslut av vårdgivare i enskilda patientärenden annat än i särskilda fall enligt annan lagstiftning. Sådana regler finns bl.a. vid vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och vård enligt smittskyddslagen (2004:168).

Beslut som fattas av läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal i den frivilliga hälso- och sjukvården – t.ex. köplacering, prioriteringar, beslut om vårdinsatser m.m. – betraktas inte som myndighetsutövning mot enskild. Beslut avseende den faktiska sjukvården faller därför helt utanför förvaltningslagens (1986:223) bestämmelser om ärendehandläggning, beslutsmotivering och överklagande.

Frivillig vård

All hälso- och sjukvård är, med några få undantag, frivillig för patienten. Det är den enskilde som avgör om och när han eller hon vill söka vård för en åkomma. Det är också den enskilde som avgör om han eller hon vill ta emot någon behandling eller inte. Varje medborgare har enligt 2 kap 6 § regeringsformen ett grundlagsskydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Denna rättighet får under vissa villkor begränsas i lag. Sådana begränsningar finns i t.ex. smittskyddslagen (2004:168) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

4.1.2 Patientens valmöjligheter

Patientens möjlighet att välja vårdgivare inom landstinget

Det finns inte något i lagstiftningen som begränsar möjligheterna för patienten i ett landsting att välja var man vill ha vård, oavsett om det avser primärvård eller specialiserad vård. För att stärka patientens valmöjligheter införs fr.o.m. januari 2010 en skyldighet för landstingen att, med tillämpning av lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, organisera primärvården så att invånarna i landstinget fritt kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Det ska alltså finnas vårdvalssystem för primärvården i alla landsting (5 § HSL). Vårdvalssystemet innebär att det ska vara fri etablering för vårdgivare inom primärvården som uppfyller de krav på primärvårdsutförare som varje landsting ställt upp. Vårdgivarna måste också ha ansökt om och fått ett avtal med landstinget enligt LOV. LOV utgör ett alternativ till lagen (2007:1091) om offentlig upphandling.

Patientens möjlighet att välja vårdgivare i ett annat landsting

Samarbete mellan landstingen enligt hälso- och sjukvårdslagen

Den enskildes rätt till god vård är, som tidigare nämnts, uttryckt som en skyldighet för landsting och kommun att erbjuda detta åt dem som är bosatta i landstinget respektive kommunen. Landstingets åtagande att ge vård till den enskilde är således knutet till det område där han eller hon bor. Enligt 3 a § HSL har en patient inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt om detta kan erbjuda en behandling som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. Motsvarande bestämmelse avseende kommunal hälso- och sjukvård finns i 18 a § HSL.

Om någon vistas i ett annat landsting och behöver omedelbar hälso- och sjukvård ska landstinget dock enligt 4 § HSL erbjuda sådan vård. Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting om landstingen kommer överens om det. Även om patienten således inte har rätt till hälso- och sjukvård utanför det egna landstinget, finns det ändå stora möjligheter att välja detta, tack vare frivilliga överenskommelser mellan landstingen.

Utöver den samverkan som möjliggörs genom 4 § HSL framgår av 9 § HSL att regeringen får föreskriva att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Landstingen ska samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård. Av förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner framgår indelningen i de nu gällande sex hälso- och sjukvårdsregionerna: Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Lund-/Malmöregionen, Göteborgsregionen, Uppsala/Örebroregionen samt Umeåregionen.

Ytterligare en obligatorisk form av samordning av vården finns sedan 2007 i form av s.k. rikssjukvård. Med rikssjukvård avses enligt 9 a § HSL sådan hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård. Rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. Denna vård avser den mest hög-specialiserade vården, där patientunderlaget är litet.

Frivilligt samarbete

Det s.k. Riksavtalet anger vissa närmare förutsättningar för bl.a. val av och ersättning för vård i andra landsting (Riksavtalet för utomlänsvård med kommentarer, Landstingsförbundets styrelse 2004). Riksavtalet förutsätter att vården lämnas av landsting, vårdgivare med vårdavtal, eller vårdgivare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkavårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

Flertalet av bestämmelserna i riksavtalet är subsidiära, dvs. får vika i förhållande till avtal inom sjukvårdsregionen eller avtal mellan landsting, så kallade mellanlänsavtal. Riksavtalet förordar att priserna bestäms i förväg genom en regional prislista, efter att avtal slutits mellan vårdlandstinget och samverkande landsting inom sjukvårdsregionen. Har

landstingen inte gjort på det sättet, gäller särskilda bestämmelser i riksavtalet. Ett regionavtal kan också i övrigt reglera samarbetet om utomlänsvård m.m. inom respektive sjukvårdsregion.

I ett mellanlänsavtal kan samarbetet regleras mellan enskilda landsting. Ett sådant avtal kan avse t.ex. valmöjligheter, samverkan om hälso- och sjukvård för boende i tätortsområden som är uppdelade på flera landsting eller där landstingsgränsen korsar en naturlig arbetsmarknadsregion m.m.

I Landstingsförbundets kommentarer till riksavtalet framhålls bl.a. att HSL inte ger stöd för att prioritera utomlänspatienter på samma sätt som inomlänspatienter, men att omvänt förhållande råder vid akut- och regionsjukvård enligt HSL. Det framhålls dock att ett landsting kan ta emot utomlänspatienter om landstinget samtidigt kan erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget.

Samtliga landsting har åtagit sig att följa en rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården som år 2000 utfärdades av dåvarande Landstingsförbundet (Landstingsförbundets styrelses beslut den 8 december 2000; A 00:56). Rekommendationen gäller den enskildes möjligheter att omgående, från första dagen, välja planerad vård inom det egna landstinget och den anger en minimnivå som gäller i alla landsting. Valmöjligheterna är inte beroende av vårdgarantin. Rekommendationen innehåller följande moment.

Patienter ska erbjudas möjlighet inom det egna landstinget att

- välja vårdinrättning/vårdgivare inom primärvården,
- välja öppenvårdsmottagning för specialistsjukvård och sjukhus inom länsjukvården.

Patienter ska erbjudas möjlighet i andra landsting att

- välja primärvård,
- välja öppenvård för specialistsjukvård i enlighet med hemlandstingets remissregler,
- välja behandling i sluten vård vid sjukhus inom länsjukvården eller i öppenvård för specialistsjukvård, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget.

Vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder krävs ett godkännande i förväg av hemlandstinget. Några i rekommendationen fastställda beloppsgränser för vad som är kostnadskrävande åtgärder finns inte.

Rekommendationen förutsätter att vården lämnas av landsting och andra privata vårdgivare med offentlig finansiering. Valmöjligheterna gäller inte vård som ges enligt reglerna om regionsjukvård och rikssjukvård (9–9 b §§ HSL).

Patientens möjlighet att välja vårdgivare i ett annat EU/EES-land

Det finns flera olika alternativ för svenskar att få planerad vård med offentlig finansiering i ett annat EU/EES-land. Landstinget kan remittera patienten och står då för kostnaden. Förhandstillstånd kan sökas från staten genom Försäkringskassan enligt EU:s förordning 1408/71. Ersättning genom förordningen kan bara ges för sådan vård som utförs inom det allmänna sjukvårdssystem i Sverige. Vårdgivaren ska ingå i ett allmänt sjukvårdssystem. Dessutom ska den sökande patienten inte kunna få vård i Sverige inom en tid som är normal med hänsyn till hans eller

hennes hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp. Patienten kan också själv köpa sin vård och i efterhand söka ersättning via staten enligt EG-fördragets artiklar 49–50. Möjligheten att få vårdkostnaderna ersatta gäller oavsett om vårdgivaren är privat eller offentlig. Villkoret är att vården ingår i det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige. Vid s.k. gränssjukvård i Finland eller Norge är det dessutom möjligt att få ersättning från Försäkringskassan med stöd av gränssjukvårdsförordningen (1962:390).

Europeiska kommissionen lämnade den 2 juli 2008 ett förslag till direktiv om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård. Ett av syftena med förslaget till direktiv är att i lagstiftning lägga fast EG-domstolens rättspraxis kring patientrörlighet inom EU och EES. EG-domstolen har tidigare avgjort att hälso- och sjukvårdstjänster ska omfattas av fri rörlighet på samma sätt som övriga tjänster inom EU. Enligt förslaget till direktiv ska EU-medborgare ha möjlighet att söka och få hälso- och sjukvård samt tandvård i ett annat EU-land och få kostnaderna för vården ersatt av hemlandet. Förslagets huvudregel är att patienten inte ska behöva söka tillstånd för vården i sitt hemland. Förhandlingar om direktivet pågår för närvarande i Europeiska unionens råd.

Patientens möjlighet att välja behandlingsmetod

Patientens möjlighet att välja behandlingsmetod regleras i 3 a § HSL. När det finns flera behandlingsalternativ som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ han eller hon föredrar. Motsvarande bestämmelse avseende kommunal hälso- och sjukvård finns i 18 a § HSL. Landstinget eller kommunen ska ge patienten den valda behandlingen om det framstår som befogat med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen. Om det egna landstinget kan erbjuda hälso- och sjukvård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet så har patienten inte rätt att kräva vård i ett annat landsting.

I 2 kap 2 a § LYHS finns motsvarande bestämmelse avseende hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka till att patienten ges möjlighet att välja det behandlingsalternativ som han eller hon föredrar.

4.1.3 Vissa grundläggande skyldigheter för vårdgivaren

Målet för hälso- och sjukvården i Sverige är enligt 2 § HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Landstingen är ansvariga för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstingen (3 § HSL). Kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvården till de som bor i ett särskilt boende och vistas i dagverksamhet samt, efter överenskommelse med landstinget, för hemsjukvården i kommunen (18 § HSL).

Hälso- och sjukvården ska enligt 2 a § HSL bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. God vård innebär enligt bestämmelsen bl.a.

att vården ska vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska också vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vården ska vidare så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Motsvarande kvalitetskrav på yrkesutövarna finns i 2 kap. 1 § LYHS. Enligt denna bestämmelse ska den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och han eller hon ska visas omtanke och respekt.

För att kunna erbjuda vård av god kvalitet måste vårdgivarna även uppfylla övriga krav som ställs på vården i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Bestämmelserna i HSL reglerar vårdgivarnas ansvar för att snarast ge varje person som vänder sig till vården en medicinsk bedömning och individuellt anpassad information samt skyldigheten att erbjuda en förnyad medicinsk bedömning.

Skyldigheten att ge patienten en medicinsk bedömning

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska enligt 2 a § HSL snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt. Enligt förarbetena (prop. 1996/97:60 s. 41) är förutsättningarna för ett adekvat omhändertagande en snar och kvalificerad bedömning av vårdbehovet och vårdinsatsen. I många fall kan en sådan göras på vårdcentralen, men vid svåra sjukdomar och skador måste en sådan bedömning göras av en annan specialist. Erfarenheten säger att en så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för det framtida behandlingsresultatet. Den första bedömningen bör också göras av väl kvalificerad personal med hög kompetens. Vården av en patient ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet (2 kap 1 § LYHS).

Skyldigheten att informera patienten

Rätten till information är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården. Patienten ska enligt 2 b § HSL ges en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de möjligheter till undersökning, vård och behandling som finns. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten ska de istället lämnas till en närstående till patienten. Information får dock inte lämnas till någon närstående om sekretess eller tystnadsplikt gäller mot honom eller henne.

Informationen bör (prop. 1998/99:4 s. 24) lämnas i former som stärker patientens delaktighet och självbestämmande. Den får inte ges slentrianmässigt utan måste anpassas till den aktuella patientens förutsättningar

och behov. Den information som patienten har rätt att få och som personalen har skyldighet att lämna bör även inkludera åtgärder som kan vidtas av andra än läkare, t.ex. omvårdnadsåtgärder. I betänkandet anfördes att exempel på förhållande som patienten normalt bör få information om bl.a. är förebyggande åtgärder, olika undersökningsmetoder, tänkbara behandlingsalternativ med dess för- och nackdelar, biverkningar av läkemedel, undersökningsresultat, diagnos, prognos samt planering och tidpunkter för fortsatta vårdåtgärder.

Det ankommer på vårdgivaren att organisera verksamheten så att kravet på fullgod information till patienten kan upprätthållas. Detta ansvar för vårdgivaren har sin motsvarighet för hälso- och sjukvårdspersonalen i 2 kap. 2 § LYHS. Skyldigheten att informera patienten är ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal, men ankommer i första hand på den som har det direkta ansvaret för den vårdsituation som informationen avser (prop. 1998/99:4 s. 49). Ytterst är det verksamhetschefen vid enheten som svarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som säkerställer att patienten faktiskt får del av information av sådan kvalitet och omfattning som föreskrivs.

Skyldigheten att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården

Vårdgivarnas skyldighet att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet är som framgår i inledningen av detta avsnitt en viktig aspekt av skyldigheten att erbjuda god vård enligt 2 a § HSL. När detta fördes in i HSL år 2007 tydliggjordes det också att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Ett motiv till att tydliggöra i lagstiftningen att en god vård också innebär kontinuitet och säkerhet för den enskilde var att tydliggöra att huvudmännen ska skapa de rätta förutsättningarna för verksamhetschefen ska kunna ta sitt ansvar för samordning, kontinuitet och patientsäkerhet (prop. 2005/06:115). I HSL betonas också huvudmännens ansvar för planering och samverkan inom hälso- och sjukvården (7–8 och 20–21 §§ HSL). För att underlätta den enskildes vårdsituation och överbygga gränsdragningsproblem har ytterligare regler införts.

Löpande kvalitetsarbete och ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Inom hälso- och sjukvården ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (31 § HSL). Ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet (28 § HSL).

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om hur vårdgivarna ska arbeta med att systematiskt och fortlöpande säkra kvaliteten i verksamheten. Föreskrifternas krav på ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet innebär att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner,

identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Ledningssystemet syftar till att skapa och upprätthålla en grundläggande ordning och reda i verksamheten.

Vårdgivaren har det övergripande ansvaret för att ett ändamålsenligt ledningssystem finns och följs upp och verksamhetschefen är ansvarig för att inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner, ansvara för måluppfyllelse och uppföljning. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska medverka till att målen för verksamheten uppnås.

I föreskrifternas 4 kap. regleras vilka områden ledningssystemet ska omfatta. Ledningssystemet ska bl.a. säkerställa att det finns rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser t.ex. överföring av information. Därutöver ska ledningssystemet säkerställa att det finns rutiner för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsnivåer samt olika vårdgivare, om det inte finns hinder mot det med hänsyn till sekretess eller tystnadsplikt. Det ingår alltså i vårdgivarens ansvar och därmed också i verksamhetschefens ansvar att ge patienten det stöd som behövs för att en vårdprocess ska kunna genomföras. Om vårdprocessen innefattar insatser från flera vårdgivare är det vårdgivarnas skyldighet att ta fram rutiner för att underlätta samordningen mellan vårdgivarna.

Ledningssystemet ska också innefatta rutiner för bemötande av patienter, kompetensförsörjning och vilka ansvarsförhållanden som gäller, riskbedömning samt avvikelshantering.

Verksamhetschefens ansvar

Inom hälso- och sjukvården ska det enligt 29 § HSL finnas någon som svarar för verksamheten, en verksamhetschef. För att hälso- och sjukvården ska kunna kontrolleras på ett effektivt sätt krävs det enligt förarbetena (prop. 1995/96:176 s. 57 ff) att ledningsfunktionen är tydlig. Patienter, anhöriga, personal och tillsynsmyndigheten har behov av att det finns en person som dessa kan vända sig till rörande frågor kring verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för den löpande verksamheten och för att det medicinska omhändertagandet av patienten tillgodoser kraven på säker och god vård. Verksamhetschefen behöver inte nödvändigtvis ha medicinsk kompetens och bör i vissa fall delegera vissa uppgifter med hänvisning till sin kompetens. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOF 1997:8) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård bör verksamhetschefen också tillse att samverkan och samordning med andra enheter fungerar på ett för patienten tillfredställande sätt. Han eller hon ansvarar för att det finns de rutiner och instruktioner som behövs i verksamheten och att personalens kompetens upprätthålls genom utbildningsinsatser m.m.

Patientansvarig läkare och fast läkarkontakt i primärvården

Om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten ska det enligt 27 § HSL utses en patientansvarig legitimerad läkare (PAL) för patienten. Syftet

med bestämmelsen är enligt förarbetena att skapa förutsättningar för att patienten ska få en starkare anknytning till en viss läkare. Vid patientens första besök i en vårdepidod ska en viss läkare utses som har ett speciellt ansvar för patienten under hela vårdepidoden (prop. 1989/90:81 s. 44 ff.). Grundtanken med att utse en PAL är alltså att främja kontinuiteten. Den patientansvariga läkarens uppgifter enligt förarbetena skulle vara att svara för att patienten undersöks så att diagnos kan ställas, svara för att patienten får erforderlig vård, samordna undersöknings- och behandlingsåtgärder, informera patienten om olika behandlingsmetoder och svara för att patienten får möjlighet att samråda om och påverka vården.

Enligt 5 § HSL är landstingen också skyldiga att låta medborgarna välja en fast läkarkontakt i primärvården. Alla landsting ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt i primärvården. Genom en ändring i HSL som trädde i kraft den 1 april 2009, är den fasta läkarkontakten inte längre begränsad till läkare som har specialistkompetens i allmänmedicin (prop. 2008/09:74).

Sammanhållen journalföring och andra bestämmelser om samordning av hälso- och sjukvård

En viktig förutsättning för samordning inom hälso- och sjukvården är integrerade journalsystem inom vårdgivarens verksamhet och sammanhållen journalföring över vårdgivargränserna enligt bestämmelserna i patientdatalagen (2008:355). Om patientuppgifter finns tillgängliga där patienten vårdas blir det enklare och säkrare att samordna de olika insatserna för patienten. Den nationella patientöversikten (NPÖ) som för närvarande håller på att införas syftar till att, genom ett system för utbyte av grundläggande patientuppgifter mellan olika vårdgivare, öka patient-säkerheten.

Det finns flera andra författningar som syftar till att säkerställa samverkan mellan olika vårdenheter eller vårdgivare. I HSL finns krav på landsting och kommuner att ta fram en individuell plan över planerade och beslutade insatser för personer med funktionshinder (3 b och 18 b §§). Syftet med planen är att samordna de olika habiliterings-, rehabiliterings- och hjälpmedelsinsatser som den enskilde kan behöva. Den 1 januari 2010 träder en bestämmelse i kraft om att landsting och kommuner ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården (prop. 2008/09:193). En plan ska upprättas om ett landsting eller en kommun anser att det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs och vilka insatser som respektive huvudman ansvarar för samt vilken huvudman som har det övergripande ansvaret. Bestämmelserna i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård syftar bl.a. till att tydliggöra vårdgivarnas ansvar för samordning. När en patient skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård eller när det bedöms finnas ett behov av det ska den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas genom ett inskrivningsmeddelande underrätta

berörda enheter i den öppna vården eller omsorgen om att patienten efter utskrivningen kan komma att behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan vård (10 a §). Den behandlande läkaren ska kalla till vårdplanering och en vårdplan ska upprättas tillsammans med berörda enheter (10 b och c §§). Enligt 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård ska landstingen och kommunerna i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering och för överföring av information mellan vård- och omsorgsgivare. Socialstyrelsen har också i föreskrifter (SOSFS 2008:20) meddelat att landstinget och kommunen gemensamt ska utarbeta rutiner för samordning av habiliterings- och rehabiliteringsinsatser för enskilda enligt 3 b § och 18 b § HSL. Rutinerna ska säkerställa att namngiven personal med ansvar för samordning ska utses och ges de förutsättningar de behöver och att de som utses också ansvarar för att en plan för samordningen upprättas.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. ska vårdgivaren ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser ska utformas och hanteras. Verksamhetscheferna på den remitterande enheten respektive den mottagande enheten har ansvar för att fastställa säkra rutiner för remisshanteringen.

Skyldigheten att erbjuda patienten en förnyad medicinsk bedömning

Landstinget är skyldigt att ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada en förnyad medicinsk bedömning, inom eller utom det egna landstinget, i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet (3 a § HSL). Patienten ska sedan erbjudas den behandling som den förnyade medicinska bedömningen kan föranleda. Möjligheten till förnyad medicinsk bedömning är inte begränsad till landstinget där patienten bor utan gäller i hela landet.

Vilka tillstånd som kan betraktas som livshotande eller särskilt allvarliga får enligt förarbetena avgöras från fall till fall (prop. 1998/99:4 s. 48). Med livshotande avses situationer i ett kortare perspektiv, således inte det förhållande att t.ex. vissa sjukdomar på längre sikt kan medföra en risk för att livet förkortas med något eller några år. I betänkandet Patienten har rätt (SOU 1997:154 s. 236) anfördes att en förnyad bedömning främst kan bli aktuell i två grundläggande situationer. Den ena situationen är att ansvarig läkare hävdar att det inte finns någon terapi som kan bota patienten vilket då innebär att patienten kommer att avlida av sin sjukdom eller skada. Den andra situationen tar sikte på fall då riskfylld, ingripande, långvariga eller smärtsamma behandlingar föreslås.

I 2 kap. 2 a § andra stycket LYHS finns motsvarande bestämmelse som uttrycker hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka till att en patient i vissa situationer får möjlighet till en förnyad medicinsk bedömning av ytterligare en yrkesutövare.

4.1.4 Tillgång till hälso- och sjukvård

Vård i rimlig tid

HSL innehåller inte någon reglering av vilka väntetider som kan anses förenliga med kravet på god vård. Frånsett akutsjukvård anges endast att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården snarast ska ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövligt. Av de allmänna kraven på hälso- och sjukvården i 2 a § HSL framgår vidare att vården ska vara lätt tillgänglig. Dessutom finns i 2 § HSL en allmän prioriteringsregel. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Riksdagen har beslutat om nationella riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården (se följande avsnitt).

Däremot har det sedan 1992 träffats flera överenskommelser mellan Landstingsförbundet (nuvarande Sveriges Kommuner och Landsting) och regeringen om längsta godtagbara väntetider, s.k. vårdgarantier. Dessa överenskommelser är dock inte formellt bindande för de enskilda landstingen och innebär inte några direkta skyldigheter mot invånarna.

Vårdgarantin

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. Den började gälla år 1992 och skulle i första hand tillämpas under ett år. Utredning eller behandling erbjöds för tolv preciserade behandlingar, varav tio operativa ingrepp, inom 90 dagar från den dag då beslutet om utredning eller behandling fattats. Kunde inte den vårdenhet patienten vände sig till klara väntetiden, fanns en skyldighet att om patienten så önskade hjälpa honom eller henne till vård hos annan vårdgivare. Vårdgarantin ingick även i Dagmaröverenskommelserna för åren 1993–1996, men utan särskild ekonomisk specificering inom ramen för överenskommelsens totala statsbidrag.

I Dagmaröverenskommelsen för år 1997 kom staten och Landstingsförbundet överens om att avskaffa vårdgarantin som den dittills varit utformad. Målsättningen var att öka tillgängligheten för alla patienter, inte som tidigare vissa utvalda grupper, genom att fastställa tidsfrister för besök i primärvården och övrig specialistvård. Dessutom betonades vikten av ett system med nationella riktlinjer och regionala och lokala vårdprogram för de stora kroniska sjukdomsgrupperna. Insatserna skulle sammantaget öka möjligheterna att få god vård inom rimlig tid.

1997 års vårdgaranti innebar att primärvården skulle erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om den första kontakten inte skedde med läkare skulle tid för läkarbesök kunna erbjudas senast inom åtta dagar. Den som fick remiss till den specialiserade vården skulle erbjudas ett besök inom 90 dagar. För patienter med stark oro, eller när läkaren på grund av befarad allvarlig sjukdom med försämrad prognos vid tidsutdräkt bedömde att besök hos specialist inte kunde anstå, skulle besöket ske senast inom 30 dagar. Garantin angav inte några tidsfrister för hur länge en patient skulle be-

höva vänta på den behandling som läkaren bedömt att han eller hon hade behov av.

År 2005 träffade regeringen och Landstingsförbundet en överenskommelse om att utvidga besöksgarantin till en vårdgaranti som också omfattar längsta väntetid till behandling. Det är denna vårdgaranti som gäller idag. Vårdgarantin består av fyra delar som täcker i stort sett alla icke akuta besök inom primärvården, samt planerade första besök och behandling inom den specialiserade vården. Den brukar sammanfattas med sifferserien 0-7-90-90, som markerar hur många dagar den enskilde längst ska behöva vänta i följande olika vårdssammanhang.

1. En *"tillgänglighetsgaranti"* för patientens kontakt med primärvården. Samma dag som patienten söker hjälp ska han eller hon få kontakt med primärvården, t.ex. vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen. Det kan ske via telefon eller genom besök.
2. En *"besöksgaranti"* för patientens besök hos läkare i primärvården. Bedömer primärvården att patienten behöver besöka en läkare ska detta ske inom högst sju dagar, t.ex. på vårdcentralen eller hos familjeläkaren.
3. En *"besöksgaranti"* för patientens besök i den specialiserade vården. Om patienten får en remiss till den specialiserade vården, ska han eller hon få en tid för besök inom högst 90 dagar. Besöksgarantin gäller även om patienten sökt vård utan remiss.
4. En *"behandlingsgaranti"* för behandling inom landstingets planerade vård. Efter beslut om behandling, t.ex. operation, ska patienten få en tid inom högst 90 dagar.

Vårdgarantin omfattar all behandling inom landstingens planerade vård och tydliggör vårdens åtagande gentemot patienten i samband med en beslutad behandling. Utgångspunkten är kravet i HSL på att beslut om behandling ska tas i samråd med patienten. Detta innebär att det är förenligt med vårdgarantin att väntetiden till behandling kan överstiga 90 dagar om patient och behandlande läkare kommer överens om detta. I första hand ska landstinget erbjuda patienten behandling inom det egna landstinget inom 90 dagar. I det fall ett landsting inte kan erbjuda behandling inom denna tidsgräns åligger det landstinget att hjälpa patienten att få vård i annat landsting inom garanterad tid. I det fall hemlandstingets åtagande enligt vårdgarantin fullgörs i ett annat landsting ska det ske utan extra kostnader för patienten.

I överenskommelsen anges att förbättrad information och förbättrat stöd till patienterna är en förutsättning för en fungerande vårdgaranti. Det åligger landstingen att tillhandahålla sådan information till invånarna. I överenskommelsen anges att landstingen ska fortsätta arbetet med att förbättra uppföljningen av tillgängligheten samt förbättra informationen till patienter och allmänhet om både väntetider och valmöjligheter.

Kömiljarden

Regeringen slöt i januari 2009 en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, den s.k. kömiljarden. Överenskommelsen omfattar en miljard kronor per år från och med 2010 och ska revideras årligen. I överens-

kommelsen regleras de kriterier som landstingen ska uppfylla för att statliga bidrag ska utbetalas i takt med att landstingen uppfyller vårdgarantin. Utbetalning sker årligen baserat på uppnådda resultat under föregående år. Medlen fördelas genom en prestationsbaserad ersättningsmodell för att stimulera landstingens uppfyllande av vårdgarantin. Avsikten är att genom tydliga incitament ytterligare stimulera landstingen att erbjuda patienter vård i enlighet med vårdgarantin.

Överenskommelsen för 2009 innebär att 900 miljoner kronor fördelas till de landsting som når målet att minst 80 procent av patienterna i landstinget får besök inom specialiserad vård respektive får behandling inom planerad specialiserad vård inom 90 dagar. Återstående 100 miljoner kronor fördelas mellan de landsting som når en nivå där 90 procent eller fler av patienterna får besök inom specialiserad vård respektive får behandling inom planerad specialiserad vård inom 90 dagar. Fördelningen mellan landstingen sker i relation till befolkningsandel.

Rehabiliteringsgarantin

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting slöt i december 2008 en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. Utgångspunkten för vad som ska betraktas som evidensbaserade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser är Statens beredning för medicinsk utvärderings rapporter eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar med evidens för att återfå arbetsförmågan.

De stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa omfattas av garantin.

Genom en tydlig urvalsprocess ska de individer som är betjänta av rehabilitering/behandlingsformer som har evidens för återvunnen arbetsförmåga garanteras skyndsamt behandling inom ramen för det övergripande kravet på en god vård på lika villkor enligt 2 § HSL.

Överenskommelsen i dess nuvarande utformning gäller för 2009 och 2010. För 2009 har 600 miljoner kronor avsatts och för 2010 1 miljard kronor för insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin, i dessa medel inkluderas även vissa forskningsmedel.

Utredningen Patientens rätt i vården fick genom tilläggsdirektiv den 18 juni 2008 (dir. 2008:87) i uppdrag att bl.a. lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt samt förslag till samordning med den nationella vårdgarantin. Utredningen överlämnade i maj 2009 betänkandet Bättre samverkan – Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring (SOU 2009:49). Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Riksdagen har fastställt nationella riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr.

1996/97:186). Enligt beslutet ska patienter med de största behoven ges företräde i vården. Riksdagsbeslutet består av en etisk plattform och fyra prioriteringsgrupper. Den etiska plattformen grundas på tre etiska principer:

- Människovärdesprincipen, enligt vilken alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen, enligt vilken resurserna bör satsas på områden (verksamheter, individer) där behoven är störst.
- Kostnadseffektivitetsprincipen, enligt vilken en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa och livskvalitet, bör eftersträvas vid valet mellan olika verksamheter eller åtgärder.

Principerna är rangordnade. Människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Konkret innebär detta att svåra sjukdomar går före lindrigare även om vården av de svåra sjukdomarna kostar mycket mer. Det är oförenligt med de etiska principerna att låta en människas behov stå tillbaka på grund av hans/hennes ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska förhållanden. Däremot är det möjligt att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av de medicinska åtgärderna.

Utifrån de etiska riktlinjerna har riksdagen lagt fast riktlinjer för prioriteringar, som delats in i fyra prioriteringsgrupper efter angelägenhetsgrad. Prioriteringsgrupp 1 avser vård av livshotande akuta sjukdomar, sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller till för tidig död, svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi. Prioriteringsgrupp 2 avser prevention och habilitering/rehabilitering. Prioriteringsgrupp 3 avser vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. Prioriteringsgrupp 4 avser vård av andra skäl än sjukdom eller skada. Enligt riksdagsbeslutet ska behoven i respektive prioriteringsgrupp täckas i fallande ordning, dvs. behoven ska täckas i högre grad i den högsta än i den andra gruppen och högre i den andra än i den tredje, osv.

4.1.5 Tillsyn och andra stödfunktioner för patienten

Tillsyn över hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen ska utöva tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen samt över all hälso- och sjukvårdsverksamhet, med undantag för den som bedrivs inom försvarsmakten. Närmare bestämmelser om tillsynen finns i 6 kap. LYHS. Genom ändringar i lagstiftningen, som träder i kraft den 1 januari 2010, kommer det tydligare att definieras vad tillsyn innebär och vad som ska utföras inom ramen för tillsynen (prop. 2008/09:160). Enligt den nya 2 a § LYHS innebär tillsyn enligt lagen granskning av att verksamhet och personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Enligt den nya 2 b § ska Socialstyrelsen inom ramen för sin tillsyn lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden av-

hjälp, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, och informera och ge råd till allmänheten.

Grundläggande är att all verksamhet och all personal som omfattas av Socialstyrelsens tillsyn på begäran är skyldiga att lämna de upplysningar och det material som rör verksamheten som Socialstyrelsen behöver för sin tillsyn. Efterkommer berörd personal eller verksamhet inte en sådan begäran kan föreläggande med vite meddelas. Socialstyrelsen har vidare rätt att inspektera såväl verksamhet som yrkesutövning samt att tillfälligt omhänderta handlingar m.m. Den vars verksamhet eller yrkesutövning inspekteras är skyldig att bistå myndigheten. Socialstyrelsen ska vidta åtgärder för att vinna rättelse om myndigheten får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under myndighetens tillsyn. Behövs det ska anmälan till åtal göras. Om Socialstyrelsen finner att en vårdgivare inte uppfyller kraven på god vård och säkerhet och dessa brister är av betydelse för patientsäkerheten eller säkerheten för andra så får myndigheten förelägga vårdgivaren att avhjälpa missförhållandena. Föreläggandet får kombineras med vite. Socialstyrelsen kan som yttersta patientsäkerhetsåtgärd förbjuda verksamhet. Om Socialstyrelsen anser att det finns skäl att vidta åtgärder mot hälso- och sjukvårdspersonal ska detta anmälas hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) eller, om den mot vilken disciplinpåföljd kan övervägas är skäligen misstänkt för att ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet, till åtal.

Socialstyrelsens operativa tillsyn över hälso- och sjukvården och tandvården utövas i dag av sex regionala tillsynsenheter (Umeå, Örebro, Stockholm, Jönköping, Göteborg och Malmö). Tillsynsaktiviteter genomförs både med anledning av anmälningar från chefläkare/medicinskt ansvariga sjuksköterskor/motsvarande (lex Maria) och från patienter eller närstående samt på tillsynsenheternas egna initiativ. Tillsynsaktiviteterna sker ofta i form av direktkontakter med verksamhetens företrädare i samband med besök eller inspektioner men också i form av granskning av journalhandlingar, och för verksamheten väsentliga styrdokument. Resultatet av granskningsaktiviteten återförs därefter alltid i form av ett beslut till den som varit föremål för granskningen. Återföringen medför ofta att Socialstyrelsen lämnar förslag till förbättringsåtgärder eller ställer krav på åtgärder och återrapportering till Socialstyrelsen.

Rätt att klaga till Socialstyrelsen och HSAN

Det är Socialstyrelsen, HSAN och de allmänna förvaltningsdomstolarna som administrerar ansvarssystemet inom hälso- och sjukvården. Förenklat kan sägas att det är Socialstyrelsen som fattar beslut om åtgärder mot vårdgivare och att det är HSAN som fattar beslut om åtgärder mot hälso- och sjukvårdspersonal. De allmänna förvaltningsdomstolarna är överprövningsinstanser både vad gäller vissa beslut fattade av Socialstyrelsen och beslut fattade av HSAN.

Alla som vill har rätt att vända sig till Socialstyrelsen med klagomål på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen kan inleda ett ärende genom att ta emot en anmälan eller på eget initiativ inleda en utredning mot vård-

givare och mot hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns inga formkrav beträffande hur en anmälan ska göras till Socialstyrelsen.

HSAN handlägger, till skillnad från Socialstyrelsen, enbart frågor som rör enskilda yrkesutövare och kan inte på eget initiativ inleda en utredning. Behöriga att initiera ärenden (ansökningar och anmälningar) i HSAN är patient eller dennes närstående, Socialstyrelsen, den yrkesutövare saken gäller samt Riksdagens ombudsmän (JO) och Justitiekanslern (JK). Samtliga som initierar ärenden i HSAN är att betrakta som part. Bestämmelser om HSAN:s verksamhet och uppdrag finns dels i myndighetens instruktion, dels i 7 kap. LYHS. Av bestämmelserna i LYHS framgår att myndigheten ska utreda och besluta i ärenden rörande disciplinpåföljder och vissa behörighetsfrågor, bl.a. återkallande av legitimation och begränsning av förskrivningsrätt (1 §).

HSAN är som huvudregel skyldig att i sak pröva samtliga anmälningar och ansökningar men i vissa fall kan en anmälan som gäller arbetstagare överlämnas av HSAN till arbetsgivaren för vidare åtgärder. Det gäller om det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden inte är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt.

Patientnämnderna

Enligt 1 § lagen om (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska det i varje landsting och kommun finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom hälso- och sjukvården och tandvården.

Det är en uppgift för huvudmännen att i enlighet med kommunallagen (1991:900) inrätta och organisera nämnderna på det sätt de finner mest lämpligt. Nämnderna ska följa de reglementen som fastställts av landstings- eller kommunfullmäktige. Det har i förarbetena till lagen framhållits att det inte bör råda någon tvekan om att nämnderna är självständiga i förhållande till dem som beslutar om hälso- och sjukvården (prop. 1998/99:4). Huvudmännen har lämnats ett stort utrymme att utifrån lokala förhållanden välja verksamhetsform.

I lagens 2 § preciseras nämndernas åligganden. Nämnderna ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården genom att hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården. Nämnderna ska vidare främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet samt rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter. Den övergripande uppgiften att främja kontakten mellan patienter och vårdpersonal innefattar även personal inom socialtjänsten som medverkar i allmän omvårdnad. Patientnämnderna ska också hjälpa patienten att vända sig till rätt myndighet i händelse av att hon eller han vill göra en anmälan.

Nämnderna kan också uppmärksamma Socialstyrelsen på ett visst förhållande om patienten önskar det men inte själv vill eller förmår ta en sådan kontakt. Däremot ska nämnderna inte föra patientens talan i ärenden där eller vid HSAN.

Patientnämndernas erfarenheter ska återföras som ett stöd i kvalitetsutvecklingsarbetet genom rapportering till vårdgivare och vårdenheter. Vårdgivarna kan på det sättet göras uppmärksamma på eventuella missförhållanden och ges möjlighet att bedöma om händelserna bör inkluderas i den lokala avvikelshantering eller föranleda en anmälan till Socialstyrelsen.

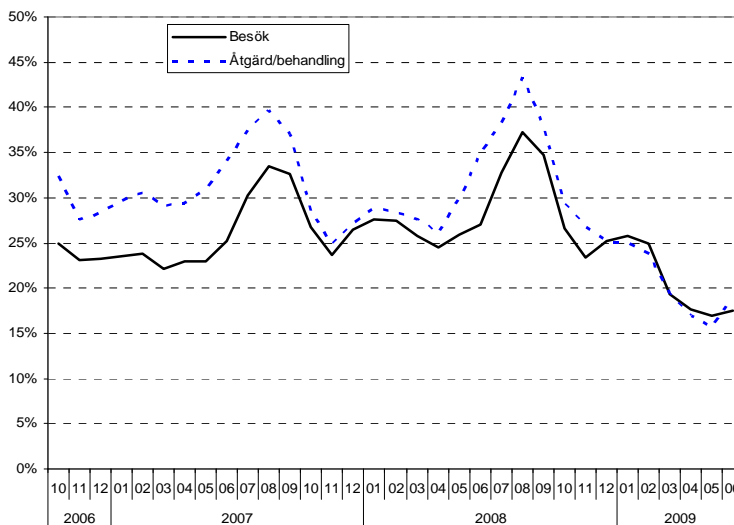
4.2 Vissa fakta om patientens ställning

4.2.1 Väntetider

Vårdgarantin följs upp av Socialstyrelsen i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting. Sedan april 2006, då mätningarnas tillförlitlighet hade blivit förhållandevis stabil, fram till slutet av 2008, har väntetiderna för både behandling och besök varit relativt oförändrade. Kraftiga fluktuationer har uppstått årligen i samband med sommar-månaderna, när andelen som väntat länge ökar.

Under de inledande månaderna 2009 har en kraftig nedgång i andelen som väntat längre än 90 dagar inträffat, som bryter mönstret från tidigare år. En jämförelse mellan mars 2008 och mars 2009 visar att andelen som väntat längre än 90 dagar på besök respektive behandling har sjunkit från 26 respektive 29 procent till 19 procent för både besök och behandling. Det kan finnas flera skäl till förbättringen men ett ytterligare förstärkt arbete från landstingen i syfte att nå målen i regeringens satsning på den prestationsbaserade s.k. kömiljarden är sannolikt en starkt bidragande faktor. Samtidigt bör noteras att det under 2009 funnits oklarheter med avseende på rapportering och klassificering av kategorin ”självvalt väntande” patienter, som inte fullt ut finns med i den nu aktuella statistiken för väntetider.

Diagram 1 Andel som väntat mer än 90 dagar på besök till specialistläkare samt på behandling eller åtgärd sedan oktober 2006



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

När det gäller tillgängligheten till primärvård, mäts denna bl.a. genom att undersöka andelen besvarade telefonsamtal. Denna andel har successivt förbättrats sedan 2006 och låg under våren 2009 på nära 90 procent av de inkomna telefonsamtalen. När det gäller besök hos läkare i primärvården fick under våren 2009 91 procent av patienterna besök inom 7 dagar.

Variationerna i väntetider mellan landstingen var alltså stora under våren 2009.

- Andelen patienter som väntat längre än 7 dagar på ett läkarbesök i primärvården varierade mellan 5 och 17 procent.
- Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på specialistbesök varierade mellan 4 och 40 procent.
- Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på beslutad behandling varierade mellan 3 och 43 procent.

Landstingens rapportering till databasen Väntetider i vården är av avgörande betydelse för att på ett tillförlitligt sätt följa utvecklingen av tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Svarsfrekvensen har sedan 2006 legat relativt oförändrad i spannet 75–85 procent, med undantag för årliga försämringar av rapporteringen under sommarmånaderna. Under de inledande månaderna 2009 har dock svarsfrekvensen väsentligt förbättrats till nivåer nära 100 procent under våren. En förutsättning för att kunna ta del av kömiljarden är för närvarande att landstingens svarsfrekvens uppgår till minst 90 procent.

4.2.2 Kontinuitet och samordning i vården – PAL och fast läkarkontakt i primärvården m.m.

Val av fast läkarkontakt i primärvården

Hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att alla får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt i primärvården. Socialstyrelsens befolkningsenkät år 2005 som redovisas i Hälso- och sjukvårdsrapport 2005 visade att drygt 40 procent av befolkningen hade en fast läkare vid vårdcentral. Nivån var densamma som vid enkäten 2002. Variationen mellan landstingen minskade mellan 2002 och 2005 men andelen invånare med fast läkarkontakt varierade ändå mellan 21 och 63 procent i landstingen år 2005. Ungefär hälften av de patienter som hade en fast läkare hade valt läkaren på eget initiativ och den andra hälften hade blivit tilldelade en fast läkare av vårdcentralen. Sex procent uppgav att de hade försökt byta läkare utan att ha bytt bostadsadress de senaste tolv månaderna.

Enligt Vårdbarometern 2008, en undersökning som landstingen och regionerna genomför årligen om befolkningens syn på vården, ansåg 57 procent av de intervjuade att de hade en fast läkarkontakt i primärvården. Det är en ökning med fyra procentenheter sedan 2007. Andelen varierade mellan 35 och 73 procent i landstingen. Av de intervjuade i samma undersökning ansåg cirka 90 procent att det var viktigt med en fast läkarkontakt.

Socialstyrelsens befolkningsenkäter visade också att av dem som hade en fast läkare på vårdcentralen var det drygt 70 procent som oftast/alltid fick träffa sin läkare både år 2002 och år 2005. Samtidigt hade de som aldrig eller endast sällan/aldrig fick träffa sin fasta läkare ökat med två procent mellan åren 2002 och 2005 enligt undersökningen. För personer mellan 20–44 år försämrades kontinuiteten, från 66 till 58 procent mellan år 2002 och 2005. Endast i ett landsting (Sörmland) förbättrades kontinuiteten medan den försämrades i fyra landsting (Stockholm, Uppsala, Skåne och Gotland). I de flesta landsting kunde inga signifikanta skillnader uppmätas mellan åren.

I samband med uppföljningen år 2005 fick landstingen svara på vad de har vidtagit för åtgärder för att tillgodose patienternas valfrihet avseende fast läkarkontakt. Endast ett fåtal landsting redogjorde tydligt för hur patienterna erbjuds att välja fast läkarkontakt och hur ersättningssystemet är utformat så att det stödjer valet. Några landsting hade vid uppföljningstillfället infört eller planerade att införa åtgärder för att stimulera valfriheten.

Patientansvarig läkare

Enligt bestämmelsen om patientansvarig läkare i 27 § HSL ska en patientansvarig legitimerad läkare (PAL) utses för patienten om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten. Den patientansvarige läkaren utses vid patientens första vårdtillfälle i en vårdepisod och ska svara för patientens behov av kontinuitet och samordning i vården. Bestämmelsen gäller inom hela hälso- och sjukvården men i primärvården och delar av öppenvården är det i praktiken den fasta läkarkontakten som har denna roll.

En granskning som Socialstyrelsen utförde år 1995 av hur lagstiftningen om PAL efterlevs på kliniker där patienter med tumörsjukdomar behandlas visade att 82 procent av patienterna upplevde sig ha egen läkare. I princip alla intervjuade kunde uppge namnet på denne. 40 procent angav att de hade bara haft en PAL och 49 procent uppgav att de hade haft flera PAL under sjukdomstiden. 10 procent av alla patienter och anhöriga tillsammans ansåg att patienten inte hade en egen läkare. Av patienterna ansåg 91 procent att läkarkontakterna fungerade bra. Av patienterna ansåg sig en tredjedel ha en egen sjuksköterska på avdelningen.

Det fanns enligt samma granskning dokumentation om PAL i cirka hälften av fallen och i 46 procent av fallen var det samma PAL dokumenterad sedan första diagnosen ställdes. Av patienterna bedömdes 40 av 284 inte ha någon PAL. I 45 procent av dessa fall fanns en PAL utsedd enligt journal men patienten och de anhöriga hade uppfattningen att ingen särskild PAL fanns. Socialstyrelsen bedömer att det berott på att för många läkare varit inblandade i vården.

De flesta patienter fick alltså en PAL tilldelad vid första besöket men få patienter fick vara med och påverka vem som skulle vara hans eller hennes PAL, enligt granskningen.

4.2.3 Användning av förnyad medicinsk bedömning

Patienter har rätt att, under vissa förutsättningar, få ett andra utlåtande om sin sjukdom eller skada och behandling, dvs. en förnyad medicinsk bedömning. Det finns dock relativt lite fakta om i vilken utsträckning som möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning används i sjukvården. Socialstyrelsen har i sina nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer samt hjärtsjukdomar konstaterat att när samtliga rekvisit för att landstingen ska vara skyldiga att erbjuda patienten en förnyad medicinsk bedömning är uppfyllda återstår en liten grupp patienter. När Socialstyrelsen under de första åren på 2000-talet begärde in uppgifter från patientnämnderna om antalet ärenden som gällt förnyad medicinsk bedömning var det endast ett fåtal patientnämnder som rapporterade att man haft ärenden där patienter nekats en förnyad medicinsk bedömning. År 2002 var det två patientnämnder som rapporterat om att de haft ärenden där patienter nekats en förnyad medicinsk bedömning. När Socialstyrelsen följde upp införandet av bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning 1999 kom man dock fram till att sjukvården använt sig av förnyade medicinska bedömningar redan innan lagstiftningen infördes.

Efter lagändringen den 1 januari 1999 när bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning infördes i HSL och LYHS har Socialstyrelsen följt upp vilka informations- och utbildningsinsatser som har genomförts, riktade mot hälso- och sjukvårdspersonal, för att öka kunskapen bl.a. skyldigheten att medverka till förnyad medicinsk bedömning (Socialstyrelsen, Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande – läget efter lagändringarna 1 januari 1999). Fjorton landsting uppgav år 2003 att de hade genomfört någon utbildnings- eller informationsinsats riktad till personalen om patientens rätt till information, val av behand-

lingsmetod och förnyad medicinsk bedömning. Endast tre av landstingen uppgav att de hade följt upp resultatet av insatserna. I samma undersökning uppgav tolv landsting att man hade genomfört någon form av informationskampanj för att informera allmänheten om patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande i val av behandling och förnyad medicinsk bedömning.

5 Allmänna överväganden

5.1 Problem med nuvarande förhållanden

Socialstyrelsens uppföljning av den nationella vårdgarantin

Socialstyrelsen har följt upp implementeringen av den nationella vårdgarantin och den fortsatta satsningen på förbättrad tillgänglighet. Myndigheten konstaterar att väntetiderna inom den planerade vården inte minskat så snabbt som förväntat och att vissa väntetider till och med ökar. Socialstyrelsen bedömer att vårdgarantin i allmänna termer har haft begränsade effekter på väntetiderna. Emellertid anses att detta inte bör tolkas som att tillgänglighetssatsningarna inte har gett något resultat, situationen varierar stort mellan landstingen och i flera landsting finns exempel på bestående effekter och en tydlig minskning av väntetider för såväl besök som behandling.

Socialstyrelsen betonar att väntetiderna ska tolkas med försiktighet. Väntetidsdatabasen baseras på uppgifter som sammanställs inom varje landsting och sedan skickas till väntetidsdatabasen. Varje landsting ansvarar för att kvalitetskontrollera de levererade uppgifterna. Landstingens förmåga att leva upp till de rapporteringskrav som ställs inom ramen av projektet "Väntetider i vården" har dock varierat kraftigt sedan början av mätningarna. Under perioden november 2005-oktober 2007 redovisade en majoritet av landstingen väntetidsuppgifter för över 90 procent av samtliga vårdgivare och specialister i landstinget. Variationerna mellan landsting med hög svarsfrekvens och landsting med låg svarsfrekvens var dock fortsatt stor. Socialstyrelsen betonar att för en fortsatt förbättring av jämförbarheten av siffrorna måste landstingen fortsätta arbeta för att inrapporteringen av väntetidsuppgifterna ska täcka samtliga enheter och att uppgifternas kvalitet är så hög som möjligt.

Att yngre, förhållandevis friska patienter är överrepresenterade bland dem som använder möjligheten att få vård i annat landsting är en bild som framkommit och som även bekräftas i Vårdbarometern 2006. En av förklaringarna som anges till detta är dels att yngre och relativt friska patienter har större möjligheter att använda sig av dessa möjligheter än äldre och sjukare personer, dels att patienterna förhållandevis ofta skickas till privata vårdgivare med förhållandevis små kliniker. Dessa mindre kliniker har inte alltid nödvändig utrustning (t.ex. intensivvårdsavdelning) som krävs för att vårda äldre eller patienter med flera diagnoser och hög komplikationsrisk.

Vad som framkommit i Socialstyrelsens uppföljning är att landsting som arbetar systematiskt med förbättringsarbete på alla nivåer även har

bättre tillgänglighet än de landsting som inte har ett lika systematiskt arbetssätt. Socialstyrelsen framhåller att dessa olikheter i hanteringen av vårdgarantin mellan olika landsting i kombination med stora skillnader i medicinsk praxis medför att vårdgarantin inte kan betraktas som nationell. Socialstyrelsen framhåller att de viktigaste kategorierna för begränsningar i landstingens arbete med tillgänglighet består i bristande vilja att prioritera tillgänglighetsfrågor, brister i arbetssätt (rutiner och processer inom hälso- och sjukvården) samt effektivitetsbrister i organisationskultur och ledningssystem.

Socialstyrelsens uppföljning uppmärksammar frågan om huruvida vårdgarantin medför en risk för undanträngning av den gällande prioriteringsordningen. Redan 1999 analyserade Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen förutsättningar för och konsekvenserna av en behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården. I fokus var då hur en behandlingsgaranti förhåller sig till riksdagsbeslutet om prioriteringar i vården. De risker och konsekvenser som beskrevs i utredningen var framför allt tre typer av undanträngning:

1. undanträngning inom samma patientgrupp genom att de som närmar sig eller redan har passerat tidsgränsen i garantin prioriteras framför allvarligt sjuka patienter som väntat en kortare tid,
2. undanträngning av patientgrupper som inte täcks av vårdgarantin,
3. undanträngning av patienter i den del av vårdkedjan som inte täcks av vårdgarantin.

Det har emellertid visat sig svårt att påvisa förekomsten av problemet. ”Det underlag som uppföljningen bygger på visar att omprioriteringar av patienter sannolikt har förekommit. Omfattningen av undanträngningarna tycks dock vara begränsad”, konstaterades i den utredning Socialstyrelsen 1999 gjorde av vårdgarantin.

I 2008 års uppföljning av vårdgarantin har det framhållits av landsting, verksamheter och patienter att det sker avvikelser från gällande prioriteringsriktlinjer och att undanträngning därmed förekommer. Socialstyrelsen har emellertid inte heller i denna uppföljning bedömt det möjligt att kvantifiera eventuella undanträngningseffekter till följd av vårdgarantin.

Socialstyrelsens utvärdering av tillämpningen av patientansvarig läkare

Socialstyrelsen har utvärderat effekterna av funktionen patientansvarig legitimerad läkare (PAL) i två omgångar, år 1995 och år 2000. Enligt utvärderingarna finns det ett antal problem med tillämpningen av bestämmelsen om PAL. För det första att det är oklart hur PAL utses och vilka som är en PAL:s uppgifter. Inom den öppna vården och den enskilda vården har bestämmelsen tillämpats i liten utsträckning. I primärvården har den fasta läkarkontakten istället tagit den roll som ankommer på en PAL. Båda utvärderingarna har ifrågasatt om samordning och kontinuitet av vården för en patient bör ligga på en enskild läkare. Istället anses det av flera av de intervjuade i utvärderingarna att ett sådant ansvar bör ligga på fler personer från flera yrkesgrupper som är i kontakt med patienten, dvs. teamet, enheten eller avdelningen. Granskningen från 1995 visade att läkarna inte heller uppfattade det som att ett övergripande ansvar för

samordning, kontinuitet och information var tänkt att ligga i PAL-funktionen. Bestämmelsen om PAL visade sig ändå ha haft betydelse för förståelsen för att samordning och kontinuitet är nödvändiga delar av en god vård och i regel en förutsättning för patientsäkerhet.

I utvärderingen från 2000 framhöll en del av de intervjuade att sjukvården idag är så specialiserad att läkarna och övrig personal inom den enskilda specialiteten inte är lämpade att ta något generellt ansvar för information och samordning. Det innebär att det ansvar som PAL ska ha enligt uttalandena i propositionen (prop. 1989/90:81) kommit att avse endast den vård och behandling som ges inom den egna specialiteten. Många av de intervjuade sjuksköterskorna ansåg att de mycket väl kunde utföra dessa uppgifter. Flera av de intervjuade ansåg att samordningsansvaret inte bara kan ligga på läkaren utan bör vara en uppgift för hela teamet. Begreppet PAL visade sig också vara relativt okänt hos patienterna.

Socialstyrelsens uppföljning av tillämpningen av förnyad medicinsk bedömning

Socialstyrelsen har rapporterat till regeringen om effekterna av införandet av de bestämmelser för att stärka patientens ställning som trädde i kraft år 1999 avseende bl.a. val av behandlingsmetod, informationsplikt och möjlighet att få förnyad medicinsk bedömning. Inom ramen för uppföljningen genomförde Socialstyrelsen år 1999 en enkätstudie bland ett urval av sjukhuskliniker och primärvårdsenheter för att undersöka hur den nya bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning tillämpades. Socialstyrelsen konstaterade då, knappt ett år efter att lagändringen trätt i kraft, att lagändringen ännu inte var allmänt känd bland hälso- och sjukvårdspersonalen eller bland patienterna och att det rådde osäkerhet om vilka patientgrupper som omfattades av bestämmelsen. I uppföljningen kom Socialstyrelsen samtidigt fram till att sjukvården haft som praxis att ge patienterna förnyad medicinsk bedömning redan innan lagen tillkom.

I den samlande uppföljningsrapporten från Socialstyrelsen år 2003, Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande, påtalade Socialstyrelsen att det rådde osäkerhet kring vilka kunskaper allmänheten och patienter hade om rätten till individuellt anpassad information och förnyad medicinsk bedömning samt att det rådde okunskap om vart man som patient kunde vända sig med klagomål. Patientföreträdare framförde vid hearings år 2001 och 2003 att förnyad medicinsk bedömning sällan förekom och inte erbjöds i så många fall som det var befogat. Det konstaterades att såväl begreppet ”förnyad medicinsk bedömning” som avgränsningarna och förutsättningarna för att få rätt till en sådan uppfattades som otydliga. Socialstyrelsen pekade också på att informationen om rätt till förnyad medicinsk behandling, val av behandlingsmetod och rätt till information varierar. Alla landsting informerar i någon form om detta men skillnaderna är stora i hur möjligheterna för den enskilde att få tillgång till information ser ut.

I Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport 2001 bedömdes också att rätten till förnyad medicinsk bedömning var åtminstone delvis okänd för stora grupper av patienter, och även hos vårdpersonal.

Socialstyrelsen har i sina nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer samt hjärtsjukdomar konstaterat att en liten grupp patienter återstår när förutsättningarna för att hälso- och sjukvårdens skyldighet att ge möjlighet till förnyad medicinsk bedömning är uppfyllda. Särskilt gäller detta för rekvisitet om att vetenskap och beprövad erfarenhet ska uppfyllas. Socialstyrelsen ger i riktlinjerna få exempel på när förnyad medicinsk bedömning kan vara nödvändig inom dessa områden. Socialstyrelsen poängterar också att även om de legala förutsättningarna inte är uppfyllda är det ändå möjligt för hälso- och sjukvården att erbjuda patienten en förnyad medicinsk bedömning. Detta utifrån argumentet att det är viktigt att patienter som står inför svåra val får möjlighet att diskutera sin sjukdom och behandling.

5.2 Patientens ställning behöver stärkas

Hälso- och sjukvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) främja befolkningens hälsa och ge en god vård på lika villkor och efter behov. Från den utgångspunkten borde patienter ha en stark ställning inom hälso- och sjukvården. Den offentliga gemensamma finansieringen, en sjukvård som omfattar alla, behovsprincipen och den nära politiska styrningen är till för att garantera detta. Inte desto mindre finns en lång rad områden där det har konstaterats att patienter systematiskt har en alltför svag och ibland, åtminstone upplevd, underordnad ställning.

Många insatser har gjorts under senare år för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Sedan 1982 då den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft har ett 15-tal förändringar genomförts. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har flera bestämmelser förts in för att stärka inflytandet, bl.a. när det gäller patientens rätt till en förnyad medicinsk bedömning och rätten till fast läkarkontakt. I januari 1999 infördes en rad lagändringar för att stärka patientens ställning, såsom tydliggörande av landstingens skyldighet att erbjuda en fast läkarkontakt, patientens inflytande över val av behandlingsmetod, hälso- och sjukvårdens informationsskyldighet och förnyad medicinsk bedömning. Regeringen har under de senaste åren genomfört reformer för att öka patientens valfrihet, bl.a. genom införandet av lagen (2008:962) om valfrihetssystem. I syfte att förenkla för patienter som söker information och rådgivning har regeringen dessutom de senaste åren genomfört satsningar för att skapa en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning per telefon (1177) och via Internet (www.sjukvårdsrådgivningen.se, numera www.1177.se). Därtill kommer initiativ som syftar till att öka både jämförbarheten i och informationen om vården, bl.a. genom regeringens strategi för öppna jämförelser och den funktion för oberoende granskning, som för närvarande bereds inom Regeringskansliet.

Regeringen genomför även flera satsningar i syfte att stimulera huvudmännens arbete, bl.a. genom bidragen för vårdgarantin och den s.k. kömiljarden. Flera av de utredningsförslag som för närvarande bereds av regeringen, bl.a. från Patientsäkerhetsutredningen, utredningen En nationell cancerstrategi, samt Vårdighetsutredningen, har delvis också syftet att stärka patientens ställning.

Som framgår av flertalet uppföljningar och utvärderingar av vården och som också utredningen har konstaterat finns det trots de senaste årens insatser fortfarande brister att åtgärda när det gäller patientens ställning. Orsakerna till en svag patientställning kan variera mellan olika typer av patienter och vårdssituationer. Som utredningen påpekar finns det därför ingen enskild åtgärd som ensamt kan stärka patientens ställning med avseende på tillgänglighet och kontinuitet. Stärkandet av patientens ställning måste ske genom en kombination av olika kompletterande åtgärder.

De områden som av utredningen identifierats som särskilt angelägna att åtgärda avser tillgängligheten i vården, samordning av olika vårdinsatser liksom patientens delaktighet i vården.

När det gäller väntetiderna till vård finns särskilda problem. Utöver de nationella uppföljningar som bl.a. Socialstyrelsen har genomfört, finns det flera jämförande internationella studier som påvisar detta. Sverige har goda resultat när det gäller behandlingsresultat, tillgång till läkemedel, sjukvårdssystemets tillgänglighet och e-hälsa. Det som drar ned Sveriges samlade resultat är framför allt väntetiderna.

Också när det gäller kontinuitet och samordning inom vården finns vissa brister i förhållande till patienternas behov. För patienter med behov av vård från olika delar av hälso- och sjukvården, t.ex. från kommunal hälso- och sjukvård, specialistsjukvård och rehabilitering kan samordningen mellan personal, enheter och vårdgivare vara otillräcklig. Patienter ges ibland ett samordningsansvar för vårdens insatser, som bör tas av hälso- och sjukvården. Detta är ett särskilt stort problem då de patienter som har flera diagnoser och komplicerade vårdbehov ofta också är de patienter som med hänvisning till sin hälsosituation har sämre förutsättningar att ta aktiv del i planeringen av sin vård. Det gäller patienter med omfattande vårdbehov, t.ex. sköra äldre, vissa kroniker och patienter med psykiska funktionshinder. Enligt Socialstyrelsens utredning Hemsjukvård i förändring (2008) har äldre personer med behov av flera olika vårdresurser från olika vårdgivare och professioner ofta behov av hjälp med att samordna vårdens insatser. Enligt Äldrevårdsutredningens betänkande Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68 s. 39) är det ett stort problem att äldre och andra personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov får vård- och omsorgsinsatser utan en helhetssyn på deras problem. Detta beror bl.a. på otydliga ansvarsgränser och bristande samverkan mellan olika verksamheter och yrkesgrupper.

Förstärkningen av patientens möjligheter att vara delaktig i valet av behandlingsmetod men också att erbjudas en förnyad medicinsk bedömning har syftat till att skapa trygghet men också göra patienten mer delaktig i vården. Trots åtgärder för att stärka patientens ställning kan det fortfarande vara svårt för patienten att få tillräckligt inflytande i den egna hälso- och sjukvården. Kännedomen om bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning har i tidigare uppföljningar visat sig vara förhållandevis låg bland patienter och sjukvårdspersonal. Det råder också vissa tveksamheter om när skyldigheten gäller och det finns tecken på att det råder en viss begreppsförvirring. Skyldigheten att medverka till en förnyad medicinsk bedömning där en patient erbjuds ett andra läkarutlåtande om sitt hälsotillstånd och behandlingsmöjligheter förväxlas

ibland med det vanliga praktiska arbetssättet att en läkare frågar en kollega om råd i ett visst fall.

Det är möjligt att användningen av förnyad medicinsk bedömning kommer att öka inom vissa områden i takt med att sjukvården blir mer specialiserad och patienter blir mer informerade. Bl.a. har företag som erbjuder förnyad medicinsk bedömning kommit fram på marknaden och t.ex. Cancer- och Trafikskadades Riksförbund erbjuder ansökningsbara medel att använda för förnyad medicinsk bedömning för personer med bristande ekonomiska möjligheter

6 En lagstadgad vårdgaranti

6.1 Vårdgarantin ska regleras i hälso- och sjukvårdslagen

Regeringens förslag: Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),
2. besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti),
3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och
4. planerad vård (behandlingsgaranti).

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen har föreslagit att det i lagtexten ska anges att landstingen ska besluta om en vårdgaranti.

Remissinstanserna: En stor majoritet av remissinstanserna, bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting*, ställer sig övervägande positiva till den föreslagna lagregleringen av vårdgarantin. *Socialstyrelsen*, *Södermanlands läns landsting* och *Norrbottnens läns landsting* är tveksamma till utredningens förslag. *Statskontoret* avstyrker förslaget.

Många av remissinstanserna har synpunkter på en eller flera olika delar av förslaget. Ett stort antal remissinstanser bl.a. flera landsting, *Statens folkhälsoinstitut* och *Pensionärernas Riksorganisation* befarar att vårdgarantin kan komma att påverka landstingens prioriteringsarbeten och leda till undanträngningseffekter. Många av remissinstanserna anser att det bör kartläggas och följas upp hur prioriteringar i vården påverkas av en lagreglering av vårdgarantin och efterfrågar en tydligare och mer enhetlig reglering av prioriteringsarbetet i landstingen. *Vårdförbundet*, *Svensk sjuksköterskeförening*, *Hallands läns landsting* och *Kalmar läns landsting* befarar att särskilt kroniskt sjuka, multisjuka och grupper som inte omfattas av vårdgarantin kan drabbas av undanträngningseffekter.

Socialstyrelsen, *Statskontoret*, *Västra Götalands läns landsting* samt *Vårdförbundet* med flera är tveksamma till om det går att komma tillrätta med tillgänglighetsproblemen i vården via lagstiftning och efterfrågar andra styrinstrument och åtgärder. *Statskontoret*, *Gävleborgs läns landsting*, *Norrbottnens läns landsting* bedömer att förslaget kan komma i konflikt med det kommunala självstyret. *Statskontoret* anser att om en lagreglering av vårdgarantin införs bör denna begränsas till ett krav att en vårdgaranti ska finnas för samtliga landsting. *Kammarrätten i Göteborg*

anser att 3 f § i den föreslagna lydelsen till ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, på grund av sin längd blir tungläst. *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att den föreslagna utformningen behöver bli tydligare. Det måste framgå av texten att vårdgarantin reglerar den maximala väntetiden och inte om en insats ska göras. *Östergötlands läns landsting* anser att en lagreglering kan ge en tydlighet för patienten om vilka skyldigheter landstingen har. En annan fördel med att låta varje landsting besluta om vårdgarantin som lyfts av landstinget är att man lokalt kan få en bättre diskussion om vilka konsekvenser en sådan garanti kan få. *Tillväxtverket* menar att en lagreglering av vårdgarantin bidrar till att garantera långsiktigheten i åtagandet vilket gör det enklare för entreprenörer att göra strategiska överväganden rörande affärsmöjligheter.

Skälen för regeringens förslag

En lagstadgad vårdgaranti bör införas

Vårdgarantier har funnits i svensk hälso- och sjukvård i olika former sedan början av 1990-talet genom avtal mellan staten och företrädare för landstingen – Sveriges Kommuner och Landsting, förkortat SKL, och tidigare Landstingsförbundet. Vårdgarantierna har inneburit att övergripande mål funnits för landstingens arbete med att förbättra tillgängligheten till vård och att staten tillfört landstingen relativt omfattande bidrag för att stimulera arbetet med tillgänglighet (se avsnitt 11).

Den nuvarande vårdgarantin bygger på en överenskommelse mellan staten och SKL. Enligt överenskommelsen har landstingen ett åtagande att inom viss tid erbjuda kontakt och besök inom primärvården, samt planerade nybesök och behandling inom den specialiserade vården. I det fall ett landsting inte kan erbjuda behandling inom denna tidsgräns åligger det landstinget att hjälpa patienten att få vård i annat landsting inom garanterad tid och utan extra kostnader för patienten. Det åligger landstingen att tillhandahålla information om vårdgarantin till invånarna. I överenskommelsen anges att landstingen ska förbättra uppföljningen av tillgängligheten samt förbättra informationen till patienter och allmänhet om både väntetider och valmöjligheter.

Uppföljningar har dock visat att vårdgarantierna inte i tillräcklig grad inneburit förbättringar i vårdens tillgänglighet. Socialstyrelsen har bl.a. pekat på att det framförallt finns brister hos huvudmännen när det gäller viljan att prioritera tillgänglighetsfrågor samt i rutiner och processer inom hälso- och sjukvården. Kännedomen om vårdgarantin och dess innebörd tycks vara låg både bland medborgare och bland hälso- och sjukvårdens personal. Särskilt allvarligt är detta mot bakgrund av att tillgänglighet är ett svagt område inom den svenska hälso- och sjukvården, där behovet av förbättringar är stort.

Regeringen gör liksom utredningen bedömningen att det finns behov av att ytterligare stärka vårdgarantin och arbetet med tillgänglighet. De flesta av remissinstanserna efterfrågar en sådan förstärkning och tillstyrker utredningens förslag.

En överenskommelse av det slag som omfattar den nuvarande vårdgarantin har bl.a. fördelen att den tillkommer i samförstånd mellan stat

och företrädare för landstingen samt att den tydliggör parternas avsikter när det gäller utvecklingen inom ett område. Det lämnas vidare stort utrymme för landstingen att utifrån lokala och regionala förhållanden skapa lösningar på problem som parterna tillsammans har identifierat. I styrningsavseende har dock denna typ av överenskommelse flera brister. En grundläggande brist är att en överenskommelse mellan staten och SKL inte i sig medför några skyldigheter för landstingen gentemot patienten. Detta skapar i sig en otydlighet om överenskommelsens räckvidd. Överenskommelsen saknar partsverkan mellan staten och SKL, mellan staten och landstingen samt mellan SKL och landstingen. En vårdgaranti som vilar på en överenskommelse innebär dessutom att det blir otydligt hur garantin förhåller sig till den lagstiftning som reglerar patientens ställning i vården. Dessa brister liksom andra erfarenheter från den nuvarande formen av styrning genom överenskommelser visar att en förstärkning av arbetet med tillgänglighet baserat enbart på överenskommelser om vårdgarantin inte är tillräcklig.

En tydligare rättslig grund för vårdgarantin har flera fördelar. Det tydliggör att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på tillgänglighet som vårdgarantin innebär. En sådan skyldighet innebär att det finns bättre möjligheter för medborgare att utkräva politiskt ansvar om landstingen inte lever upp till sina skyldigheter. Det innebär dessutom att vårdgarantin tydligare sätts in i ett sammanhang i lagstiftningen, bl.a. när det gäller information till patienten samt möjligheter att få vård hos annan vårdgivare vid bristande uppfyllelse. Det innebär dessutom ett förtydligande av den samlade ramen för patientens ställning, där tillgänglighet till hälso- och sjukvården endast utgör en del.

Regeringen föreslår mot den nu redovisade bakgrunden att vårdgarantin ska föras in i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Vårdgarantins omfattning

Den nuvarande vårdgarantin omfattar som tidigare nämnts fyra moment med angivna längsta väntetider:

1. *En "tillgänglighetsgaranti" för patientens kontakt med primärvården.* Samma dag som patienten söker hjälp ska han eller hon få kontakt med primärvården, t.ex. vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen. Det kan ske via telefon eller genom besök.
2. *En "besöksgaranti" för patientens besök hos läkare i primärvården.* Bedömer primärvården att patienten behöver besöka en läkare ska detta ske inom högst sju dagar, t.ex. på vårdcentralen eller hos familjeläkaren.
3. *En "besöksgaranti" för patientens besök i den specialiserade vården.* Om patienten får en remiss till den specialiserade vården, ska han eller hon få en tid för besök inom högst 90 dagar. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss.
4. *En "behandlingsgaranti" för behandling inom landstingets planerade vård.* Efter beslut om behandling, t.ex. operation, ska patienten få en tid inom högst 90 dagar.

Vårdgarantin är således i allt väsentligt en garanti som anger den tid som en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med, besök

hos eller behandling i hälso- och sjukvården. Det är viktigt att klargöra att den nuvarande vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Vårdgarantin tar sikte på inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas vård. Inte heller reglerar vårdgarantin hur lång tid utredningen av en patient får ta.

Utredningens förslag innebär att vårdgarantins fyra moment blir föremål för lagstiftning, dock utan att de närmare tidsgränserna anges i lagen. Utredningen har gjort bedömningen att en framtida vårdgaranti i tidsräkningen bör inkludera alla de åtgärder som är nödvändiga för att behandling ska kunna inledas samt att patienten inte ska behöva hålla reda på några andra regler än att vårdgarantin räknas från det tillfälle då man först tar kontakt med vården. Denna uppfattning delas av flera remissinstanser, som bl.a. framför att vårdgarantins tillämpningsområde bör utvidgas till att omfatta hela vårdförloppet. I nuläget saknas dock underlag och statistik för en konsekvensanalys av en sådan utvidgning och en sådan måste göras innan ytterligare steg för att förstärka vårdgarantin kan tas, t.ex. genom att även utredningstiden omfattas av vårdgarantin. Regeringen delar utredningens bedömning att det är vårdgarantin i dess nuvarande utformning med fyra avgränsade moment som bör bli föremål för lagstiftning. Detta innebär dock enligt regeringens mening i sig en avsevärd förstärkning av vårdgarantin, i form av ökad tydlighet när det gäller landstingens skyldigheter gentemot patienten. Regeringen återkommer till den framtida utvecklingen av vårdgarantin nedan (se avsnitt 6.2).

När det gäller vårdgarantins övriga innehåll, bl.a. vilka tidsgränser som ska gälla för varje moment, har utredningen föreslagit att det bör regleras i föreskrifter och att regeringen bör ges ett bemyndigande att meddela sådana föreskrifter. Regeringen återkommer till detta nedan (se avsnitt 6.2).

Landstingen föreslås få en skyldighet att erbjuda de som är bosatta inom landstinget en vårdgaranti. Regeringen bedömer att denna skyldighet innebär att landstingen ska fatta nödvändiga beslut för att en vårdgaranti erbjuds alla som är bosatta i landstinget. Regeringen utgår från att landstingen tar sitt ansvar för denna fråga och – inom ramen för den kommunalrättsliga kompetensen – fattar de beslut som behövs för att uppfylla skyldigheten. Regeringen bedömer mot den bakgrunden att det inte är nödvändigt, som utredningen föreslår, att ange ett krav på beslut om vårdgarantin direkt i lagtexten.

Bestämmelserna i kommunallagen (1991:900, förkortad KL) är tillämpliga på det beslut som landstinget ska fatta. Detta gäller t.ex. bestämmelserna om beredning av ärenden i 5 kap. 26–32 §§ KL, vilket bl.a. innebär att landstingsfullmäktiges beslut ska föregås av beredning i en relevant nämnd. Vidare är bestämmelserna om revision i 9 kap. KL tillämpliga på ett sådant beslut. I de kommunala revisorernas förvaltningsrevision ligger bl.a. att undersöka om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Prövningen avser bl.a. frågan om verksamheten är inriktad på de mål som gäller för den enligt lag och landstingsfullmäktiges beslut.

För det fall att någon är missnöjd med landstingets beslut om vårdgarantin finns en möjlighet att begära laglighetsprövning av beslutet med stöd av bestämmelserna i 10 kap. KL. För klagorätt krävs t.ex. att man är

medlem i landstinget, dvs. är folkbokförd. Prövningen avser lagligheten av besluten. Ett beslut som överklagas ska upphävas bl.a. om det inte har tillkommit i laga ordning eller om det strider mot lag eller annan författning.

Utredningen har föreslagit att all planerad vård inom landstingen ska omfattas av vårdgarantin. Regeringen, som instämmer i utredningens bedömning, kan inte se något skäl att utelämna vård som t.ex. ges på regional nivå eller riksnivå. Oavsett vårdnivå så är långa väntetider inte acceptabelt. En orimligt lång väntetid tyder på att landstinget antingen inte har tillräcklig kapacitet eller av något skäl har ett otillräckligt flöde genom hälso- och sjukvården. Inget av detta är ett skäl att lämna viss vård utanför vårdgarantin. Däremot kan det vara så att det för viss hög-specialiserad vård finns små möjligheter att söka sig till annan vårdgivare.

Vårdgarantins förhållande till prioriteringar inom vården

Risken för att en vårdgaranti skapar ”undanträngningar” av viss vård är en fråga som diskuterats återkommande sedan vårdgarantins införande. Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov). Flera remissinstanser har påtalat risken för undanträngningar samt påpekat vikten av att klargöra hur vårdgarantin förhåller sig till prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Vårdgarantin reglerar inte om vård ska ges eller vilken vård som ska ges. Som tidigare har nämnts är en förutsättning för att vårdgarantin ska gälla att nödvändiga beslut redan har fattats. Ett sådant beslut kan vara att en patient har behov av ett besök inom någon form av specialiserad vård eller att patienten har behov av en behandling. Detta innebär att vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen. Det innebär i sin tur att vårdgarantin är beroende och begränsas av de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården, såväl mellan patienter som har samma sjukdom, som mellan olika sjukdomsgrupper. Sådana prioriteringar ska alltid utgå från den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen (se avsnitt 4.1.4). Regeringen har inte i detta sammanhang för avsikt att föreslå några ändringar av nu gällande förhållanden. Arbetet med prioriteringar inom hälso- och sjukvården måste fortgå som vanligt utifrån den gällande prioriteringsordningen. Regeringens förslag till vårdgaranti ändrar inte på detta.

Några remissinstanser, bl.a. *Cancerfonden*, har framfört att vissa typer av svårare sjukdomar måste ha ”egna” tidsgränser i vårdgarantin, eftersom dessa sjukdomar är högt prioriterade. Rent principiellt stämmer det att vissa sjukdomar, särskilt de som hör till prioriteringsgrupp 1, inte sällan kräver skyndsamma eller ibland omedelbara insatser från hälso- och sjukvården. Vårdgarantin får dock inte förstås så att den uttalar hur snart en åtgärd för en specifik sjukdom bör ske inom vården. Ett beslut om det måste fattas inom hälso- och sjukvården utifrån omständigheterna i varje enskilt fall. Däremot uttalar vårdgarantin att alla beslutade besök och behandlingar bör ske *senast* inom vissa tydligt angivna tidsramar. Den nuvarande vårdgarantin med dess relativt vida tidsram har utgångs-

punkten att det i princip aldrig kan anföras vare sig medicinska eller ekonomiska skäl till att en behandling eller ett besök bör ske utanför dessa ramar. I många fall kan det dock naturligtvis vara så att besök bör ske eller behandling sättas in betydligt snabbare än vårdgarantins yttre tidsramar.

Socialstyrelsen har i den senaste uppföljningen av vårdgarantin (2008) framhållit att det både från landsting, verksamheter och patienter framkommit att det sker avvikelser från gällande prioriteringsriktlinjer. Socialstyrelsen konstaterar dock att det inte har varit möjligt att påvisa undanträngningseffekterna till följd av vårdgarantin. Socialstyrelsen konstaterar att även de tidigare vårdgarantierna har givit upphov till liknande farhågor, men inte heller vid utvärdering av dessa har det funnits ett övergripande underlag för att påvisa undanträngningseffekter.

Regeringen har avsikt att följa denna fråga, som även fortsatt bör ingå som en del av uppföljningen av vårdgarantin (se avsnitt 10).

6.2 Bemyndigande om det närmare innehållet i vårdgarantin

Regeringens förslag: Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt närmare föreskrifter om vårdgarantins innehåll.

Regeringens bedömning: De längsta godtagbara väntetiderna för vårdgarantin bör för närvarande motsvara de som regleras i den nuvarande överenskommelsen om vårdgarantin mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Utredningens förslag och bedömning: Utredningens förslag överensstämmer med regeringens förslag. Utredningen gör bedömningen att vårdgarantins yttre ram ska sättas till 120 dagar.

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som uttalat sig i frågan är positiva till utredningens förslag. *Statskontoret* och några landsting påpekar att vårdgarantins närmare innehåll som tidsgränserna bör regleras genom en överenskommelse mellan staten och *Sveriges Kommuner och Landsting*. *Södermanlands läns landsting* förordar att regeringen eller den myndighet regeringen utser fastställer de maximala tidsgränserna för väntetider samt innehållet i vårdgarantin. Om landstingen får stora möjligheter att besluta om garantierna finns risken att det kommer att finnas olika tidsgränser i olika delar av landet vilket kan vara tveksamt ur ett "God Vård"-perspektiv.

När det gäller utredningens bedömning att vårdgarantins yttre ram ska sättas till 120 dagar är flera remissinstanser tveksamma, bl.a. *Socialstyrelsen*, *Östergötlands läns landsting*, *Dalarnas läns landsting* och *Örebro läns landsting*. *Västra Götalands läns landsting* befarar att en skärpning av vårdgarantin kan göra att trovärdigheten till begreppet vårdgaranti förlorar sin kraft eftersom de befintliga garantitiderna redan är svåra att uppnå.

Västerbottens läns landsting anser att de av utredningen förordade yttre tidsgränserna är rimliga. Sveriges Kommuner och Landsting, Handikappförbundens samarbetsorgan, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting och Blekinge läns landsting anser att dagens maximala tidsgränser i vårdgarantin behöver kortas. Uppsala läns landsting och Vårdförbundet menar att de maximala tidsgränserna i vårdgarantin bör preciseras ytterligare. Sveriges läkarförbund påpekar att det är oklart huruvida utredningstider innan beslut om behandling inkluderas i den väntetid som omfattas av vårdgarantin. Cancerfonden påpekar att de yttre ramarna för vårdgarantin är irrelevanta för patienter med cancerdiagnos och att dessa patienter måste ha skilda individanpassade ställtider. Handikappförbundens samarbetsorgan menar att regeringen bör överväga om den yttre ramen för vårdgarantin ska skrivas in i lagen.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Bemyndigande om vårdgarantins innehåll

Utredningen har föreslagit att endast det övergripande innehållet i vårdgarantin bör regleras genom lag, dvs. vårdgarantins fyra moment (se avsnitt 6.1). Utredningen har föreslagit att vårdgarantins tidsgränser och andra premisser ska preciseras i föreskrifter av regeringen eller den myndighet regeringen utser. Skälet till detta är att uppnå en så smidig och flexibel lösning som möjligt. Regeringen ser flera fördelar med den föreslagna ordningen.

Regeringen har, som aviserats i budgetpropositionen för 2009 (prop. 2008/09:1) för avsikt att fortsatt stimulera en snabb tillgänglighetsförbättring liksom ett långsiktigt hållbart effektiviserings- och kvalitetsarbete för att åstadkomma bestående förbättringar när det gäller tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Viktiga delar i detta arbete är dels en fortsatt målstyrning för statens bidragsgivning när det gäller förbättrad tillgänglighet i form av en prestationsbaserad ersättningsmodell (den s.k. kömiljarden), dels förnyade överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om utformningen av ersättningsmodellen och hur arbetet med tillgänglighet kan stärkas ytterligare. Regeringen bedömer att detta utvecklingsarbete bör syfta till att skapa möjligheter att förkorta tidsgränserna och åstadkomma andra skärpningar av vårdgarantin. Regeringens ambition med arbetet är att vårdgarantin i framtiden ska omfatta hela patientens kontakt med vården, från det att en första kontakt tas till att patienten skrivs ut från en eventuell åtgärd i den planerade vården, inklusive utredningstiden och andra ledtider.

Inriktningen bör vara att ambitionshöjningar när det gäller t.ex. väntetiderna eller andra åtgärder som främjar tillgänglighet i första hand bör drivas genom överenskommelser och kan därefter, när det är möjligt, komma till uttryck genom föreskrifter. Förändringar av tidsgränserna eller andra mindre ändringar av innehållet i vårdgarantin bör enligt regeringens mening inte regleras genom lag. En mer flexibel lösning bör medges i dessa fall för att återspegla och förenkla det pågående utvecklingsarbetet. Utvecklingen när det gäller tillgänglighet kan därmed drivas genom en växelverkan mellan målstyrda ekonomiska bidrag, överens-

kommelser mellan staten och företrädare för landstingen och skärpta föreskrifter på området. Regeringen föreslår därför att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt närmare föreskrifter om vårdgarantins innehåll.

Den grundläggande strukturen för vårdgarantin bör dock anges i lag (se avsnitt 6.1). Om det beskrivna utvecklingsarbetet gör det möjligt att förändra denna grundstruktur, t.ex. så att utredningstiden även kan inräknas i vårdgarantin, krävs således ändring av lagen.

Vårdgarantins nuvarande tidsgränser bör kvarstå ytterligare en tid

Den nuvarande vårdgarantin innebär som nämnts ovan att samma dag som patienten söker hjälp ska han eller hon få kontakt med primärvården. Om primärvården bedömer att patienten behöver besöka en läkare ska detta ske inom högst sju dagar. Får patienten därefter en remiss till den specialiserade vården, ska han eller hon få en tid för besök inom högst 90 dagar och efter beslut om behandling ska patienten få en tid inom högst 90 dagar. Dessa tidsgränser är numera relativt väl etablerade i landstingen och brukar ofta anges som formeln 0–7–90–90. Vissa landsting har dock redan gått ett steg längre och infört ännu kortare väntetider för vårdgarantin i landstinget. Staten har dessutom kommit överens med Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri. Överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri innebär att senast under 2011 ska alla landsting, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar.

Regeringen gör bedömningen att de nuvarande tidsgränserna i vårdgarantin bör kvarstå ytterligare en tid. Regeringen delar således inte utredningens bedömning att tidsgränserna för vårdgarantin i nuläget bör förändras på ett sådant sätt att tiden för besöksgarantin kortas till 30 dagar och att en yttre ram om 120 dagar införs.

Visserligen finns det en positiv utveckling gällande tillgänglighet, som bör framhållas. Det går att se en tydlig tendens till att landstingen i allt högre grad når de väntetider som regleras i överenskommelsen om vårdgarantin. Under slutet av 2008 och de första månaderna av 2009 har relativt stora förbättringar skett. Det finns flera goda exempel på hur landsting arbetar systematiskt och långsiktigt för att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården och att detta är en integrerad del av landstingens kvalitetsarbete. I några landsting har särskilda funktioner skapats för att minska väntetiderna, vilket tycks ge god effekt. Vidare har det skapats nätverk landstingen emellan för att utbyta information och erfarenheter.

Regeringen bedömer dock att det ännu är för tidigt att dra några definitiva slutsatser om huruvida förbättringarna är bestående och hur landstingens arbete kommer att fortskrida. De regionala variationerna är, av aktuell väntetidsstatistik att döma, fortfarande stora. Därutöver finns ännu vissa oklarheter när det gäller rapportering till Väntetidsdatabasen

och definitioner av olika kategorier väntande patienter inom ramen för vårdgarantin. I nuläget saknas också underlag som tydligt visar konsekvenserna för bl.a. landstingen av en sänkning av tidsgränserna i vårdgarantin. Det ovan beskrivna utvecklingsarbetet i form av målstyrda ekonomiska bidrag och överenskommelser mellan staten och företrädare för landstingen behöver fortgå ytterligare en tid och utvärderas innan det är möjligt att ta ställning till hur tidsgränserna för vårdgarantin kan sänkas. Regeringen bedömer mot bakgrund av de nu anförda skälen att de tidsgränser som används inom den nuvarande vårdgarantin tills vidare bör tillämpas för den nationella vårdgarantin.

Det bör understrykas att det inte finns något som hindrar landstingen att besluta om kortare tidsgränser än vad som följer av den nationella vårdgarantin, något som redan skett i vissa fall. Regeringen bedömer att framtida överenskommelser avseende kömiljarden bör inriktas på att stimulera en sådan utveckling.

6.3 Rapportering av väntetidsdata

Regeringens förslag: Landstinget ska vara skyldigt att rapportera väntetidsdata till en nationell databas. Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om hur landstingets rapporteringsskyldighet ska fullgöras.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: *Socialstyrelsen, Stockholms läns landsting* och flera andra remissinstanser är positiva till utredningens förslag.

Södermanlands läns landsting är tveksam till om det går att lagstifta bort en icke fullgod svarsfrekvens vid inrapportering av väntetidsdata. Landstinget anser att en enhetlig kvalitetssäkrad uppföljning av väntetiderna behövs för att kunna bedöma vårdgarantins effekter och underlätta patienternas val. En enhetlig kvalitetssäkrad uppföljning av väntetiderna bör även kunna bidra till att ledig kapacitet utnyttjas optimalt. *Pensionärernas riksorganisation* anser att skillnader i bedömning när patienter remitteras till specialist eller till behandling bör jämföras för att säkra riktiga jämförelser av väntetidsdata. *Skåne läns landsting* påpekar att nuvarande modell för väntetidsrapportering behöver ses över. Enligt landstinget har dagens rapportering en rad olika syften, vilket bidrar till en viss osäkerhet såväl vad gäller registrering i databasen som dess användningsområden. *Vårdföretagarna* påpekar att informations-skyldigheterna är omöjliga att leva upp till om inte inrapportering krävs. *Datainspektionen* påpekar att det krävs överväganden kring integritetsaspekterna om landstingens inrapportering om väntetidsdata innefattar personuppgifter.

Skälen för regeringens förslag: Ett centralt verktyg för att följa väntetiderna i vården är databasen Väntetider i vården. Databasen drivs av Sveriges Kommuner och Landsting med finansiering från staten. För detta ändamål tillförs Sveriges Kommuner och Landsting årligen medel genom Dagmaröverenskommelsen.

Väntetidsdatabasen sammanställer på aggregerad nivå landstingens rapportering när det gäller väntetider till vård. De variabler som i nuläget rapporteras in av landstingen avser att täcka in väntetider för kontakt och besök i primärvården liksom för besök respektive åtgärd inom den planerade specialiserade vården. Variablerna har förändrats något sedan starten av databasen för att bättre återspegla vårdgarantins effekter och antalet områden och åtgärder/behandlingar som följs upp har successivt ökat. Ännu är det endast väntetiderna för ett relativt begränsat antal diagnoser och åtgärder som följs. Från och med 2010 kommer dock samtliga åtgärder att följas.

Det är av avgörande vikt att landstingen har system för att följa väntetider i vården och att detta rapporteras öppet. Databasen kan i nuläget användas som en informationskälla för befolkningen och ett underlag för återkoppling och stöd för utvecklingsarbete av både politiska beslutsfattare och sjukvårdsverksamheterna. Den har också betydelse för framtida tillsyn av hälso- och sjukvården när det gäller tillgänglighet.

Det pågår ett utvecklingsarbete när det gäller rapporteringen av data. Flera landsting utvecklar system för att rapportera avidentifierade data på individnivå. Arbete med automatiserade system som tillåter tätare uppföljning pågår också. Regeringen har för avsikt att arbeta för en fortsatt sådan utveckling. Det kan möjliggöra både en mer exakt väntetidsstatistik och möjligheter att i framtiden följa patientflödet från det att en första vårdkontakt tas till att en behandling i den planerade vården har utförts, vilket inkluderar utredningstid och andra ledtider. En sådan utveckling kan vara nödvändig för att i framtiden genomföra skärpningar av vårdgarantin (se avsnitt 6.2). Antalet diagnoser och åtgärder som omfattas av rapporteringen av väntetidsdata kommer dessutom utökas.

Mot bakgrund av det nu anförda föreslår regeringen att landstingen ska vara skyldiga att rapportera väntetidsdata till en databas. Rapporteringen går dock inte utöver vad landstingen redan idag utför inom ramen för överenskommelsen om vårdgarantin. I förordning eller myndighetsföreskrifter bör lämnas mer detaljerad reglering av de uppgifter som landstingen ska rapportera till databasen. Det bör i första hand avse uppgifter som kan användas i syfte att kontrollera efterlevnaden till vårdgarantin. Ett ytterligare syfte med uppgifterna bör vara information till hälso- och sjukvårdspersonalen och beslutsfattare liksom till befolkningen. Regeringen eller den myndighet som regeringen utser bör bemyndigas att meddela närmare föreskrifter om rapportering av väntetidsdata.

Mot bakgrund av att de data som rapporteras är avidentifierade och inte utgör personuppgifter i den mening som avses i 3 § personuppgiftslagen (1998:204) bedömer regeringen att det inte föreligger några integritetsaspekter att ta hänsyn till.

6.4 Information till patienten

Regeringens förslag: Landstinget ska ha ansvar för att patienten får en individuellt anpassad information om vårdgarantin. De enskilda yrkesutövarna ska ha en skyldighet att lämna sådan individuellt anpassad information.

Bestämmelsen om vårdgivarnas informationsskyldighet i 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska utvidgas till att omfatta individuellt anpassad information om patientens möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. De enskilda yrkesutövarna ska ha en skyldighet att lämna sådan individuellt anpassad information.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår att patienten ska ges individuellt anpassad information om 1. innehållet i vårdgarantin, 2. rådande kösituation och 3. patientens valmöjligheter avseende offentligt finansierad vård inom riket. Utredningen föreslår vidare att hänvisningar till den föreslagna bestämmelsen förs in i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, förkortad LYHS.

Remissinstanserna: Det stora flertalet remissinstanser är positiva till utredningens förslag. Många menar att individuellt anpassad information om rådande kösituation, valmöjligheter etc. är en förutsättning för att utredningens övriga förslag ska stärka patientens ställning.

Socialstyrelsen är tveksam till förslaget mot bakgrund att myndigheten anser att den information som hälso- och sjukvårdspersonalen ska bli skyldig att hålla sig uppdaterad om samt tillhandahålla till patienten är för omfattande.

Södermanlands läns landsting och *Västra Götalands läns landsting* efterlyser klargöranden vad gäller ansvarsnivåer och innehåll för informationen samt för centrala begrepp som "fritt vårdval". *Skåne läns landsting* efterlyser särskilda klargöranden gällande på vilken nivå som information om patientens valmöjligheter inom riket ska lämnas, och därmed om vad informationen ska innehålla för uppgifter. *Svenskt näringsliv* och *Vårdföretagarna* anser att det måste kunna omprövas om landstingen har levt upp till sina skyldigheter att ge individuellt anpassad patientinformation om väntetider och valmöjligheter. Detta mot bakgrund att incitamenten på kliniknivå att informera om detta ofta är negativa. Bl.a. *Östersunds kommun*, *Diskrimineringsombudsmannen*, *Jämtlands läns landsting* och *Västra Götalands läns landsting* anser att särskilda insatser och lösningar kan krävas för vissa patientgrupper. Det handlar exempelvis om medborgare med ett annat modersmål än svenska, personer med nedsatt autonomi, funktionshinder, lässvaghet och andra grupper som av olika anledningar inte har förmåga att själv kunna bevaka vårdgarantin och göra val. *Tillväxtverket* påpekar att informationen bör vara konkurrensneutral och saklig. Givet detta är det troligt att ökad information till patienter om rätten att få vård inom landet även påverkar möjligheterna för företagande och entreprenörskap positivt.

Skälen för regeringens förslag

Nuvarande krav på information i lagstiftningen

Rätten till information är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården. Som nämnts i avsnitt 4.1.2 ska patienten enligt 2 b § HSL ges en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de möjligheter till undersökning, vård och behandling som finns. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten ska de istället lämnas till en närstående till patienten. Av förarbetena till lagstiftningen framgår att informationen bör lämnas i former som stärker patientens delaktighet och självbestämmande. Den får inte ges slentrianmässigt utan måste anpassas till den aktuella patientens förutsättningar och behov. Den information som patienten har rätt att få och personalens skyldighet att lämna bör även inkludera åtgärder som kan vidtas av andra än läkare, t.ex. omvårdnadsåtgärder (prop. 1998/99:4).

Av det utredningsbetänkande som föregick den nuvarande bestämmelsen om informationsskyldighet i 2 b § HSL anfördes att exempel på förhållanden som patienten normalt bör få information om bl.a. är förebyggande åtgärder, olika undersökningsmetoder, tänkbara behandlingsalternativ med dess för- och nackdelar, biverkningar av läkemedel, undersökningsresultat, diagnos, prognos samt planering och tidpunkter för fortsatta vårdåtgärder (SOU 1997:154 s. 234).

Det ankommer på vårdgivaren att organisera verksamheten så att kravet på fullgod information till patienten kan upprätthållas. Detta ansvar för vårdgivaren har sin motsvarighet för hälso- och sjukvårdspersonalen i 2 kap. 2 § LYHS. Skyldigheten att informera patienten är ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal, men ankommer i första hand på den som har det direkta ansvaret för den vårdsituation som informationen avser. Ytterst är det verksamhetschefen vid den enheten som svarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som säkerställer att patienten faktiskt får del av information av sådan kvalitet och omfattning som föreskrivs (prop. 1998/99:4 s. 49).

Informationen om vårdgarantin behöver stärkas

Utöver det ovan nämnda generella kravet på information till patienten ingår information som en del av överenskommelsen om vårdgarantin mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. I överenskommelsen anges att förbättrad information och förbättrat stöd till patienterna är en förutsättning för en fungerande vårdgaranti. Parterna är därför eniga om att det åligger landstingen att tillhandahålla sådan information till invånarna.

Trots detta finns det fortfarande brister när det gäller informationen om vårdgarantin. Av Socialstyrelsens uppföljning av vårdgarantin 2008 framgår att patienter som riskerar att få vänta längre än 90 dagar och som aktivt meddelar att de vill utnyttja möjligheten att få vård hos en annan vårdgivare har goda möjligheter att få detta. Mycket tyder dock enligt Socialstyrelsen på att det finns stora skillnader i hur landstingen informerar sina patienter, vilket gör att det finns risk för variationer i hur

stor andel av patienterna som får erbjudande om vård hos annan vårdgivare i det egna landstinget eller i ett annat landsting med kortare väntetider.

Regeringen anser att den nuvarande bestämmelsen om informations-skyldighet i hälso- och sjukvården i 2 b § HSL inte genom sin lydelse omfattar information om tillgänglighetsaspekter, bl.a. vårdgarantin. Regeringen delar vidare utredningens uppfattning att det finns anledning att i lagstiftningen särskilt lyfta fram landstingens ansvar för att informera om vårdgarantin. Ett uttalat ansvar i detta hänseende är en viktig faktor för att vårdgarantin i praktiken ska få ett genomslag för patienten.

Information om vårdgarantin och om patientens valmöjligheter bör inte behandlas i en gemensam bestämmelse

Utredningen har föreslagit att informationsskyldigheten i en samlad bestämmelse ska omfatta *innehållet i vårdgarantin, rådande kösituation och patientens valmöjligheter avseende offentligt finansierad vård inom riket*. Regeringen delar inte utredningens bedömning att det är lämpligt att samla informationsskyldigheten avseende vårdgarantin och patientens valmöjligheter i en bestämmelse. När det gäller vårdgarantin föreslår regeringen i lagrådsremissen att landstinget ska se till att patienten utan extra kostnad kan få vård hos en annan vårdgivare om landstinget inte förmår att i rätt tid uppfylla tidsgränserna vad avser besöks- och behandlingsgaranti för planerad vård. Denna skyldighet kan närmast likställas med en sanktion om landstinget inte uppfyller vårdgarantin. Patientens valmöjligheter avseende offentligt finansierad vård inom riket bygger däremot på frivilliga åtaganden och avtal landstingen emellan (se avsnitt 4.1.2).

Information om patientens valmöjligheter avseende offentligt finansierad vård inom riket är således till sin omfattning betydligt vidare än vad som följer av vårdgarantin. Informationen om vårdgarantin omfattar endast landstingens verksamhet och är specifikt inriktad på vårdgarantins olika aspekter. Information om patientens valmöjligheter ligger närmre den information om möjligheter till undersökning, vård och behandling som vårdgivaren ska ge patienten enligt 2 b § HSL. Denna bestämmelse omfattar alla vårdgivare. Att samla en informationsskyldighet om dessa båda situationer i en gemensam bestämmelse riskerar att skapa oklarheter.

Information om vårdgarantin

Precis som den information som ska ges hos alla vårdgivare enligt 2 b § HSL, får landstingens information om vårdgarantin inte ges slentrianmässigt utan ska anpassas till den enskilda patientens individuella förutsättningar och behov. I kravet på att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin ligger att – utifrån vad situationen i det enskilda fallet kräver – informera om både innehållet i och innebörden av vårdgarantin samt huruvida det kan förväntas att patienten kan ges besök eller åtgärd inom de tidsgränser som följer av vårdgarantin. Av detta

följer att patienten ska ges information om eventuell väntetid för besök eller åtgärd. Information om den aktuella kösituationen i landstinget i någon mer allmän mening är dock inte relevant i detta sammanhang.

Om det bedöms att landstinget inte kommer att klara att upprätthålla de tidsgränser som följer av vårdgarantin ligger det vidare i informationskravet att patienten ska informeras om detta liksom om de åtgärder som landstinget avser att vidta, bl.a. hur man ska fullgöra skyldigheten att se till att patienten kan ges vård hos någon annan vårdgivare (se mer om denna skyldighet i avsnitt 6.5).

Informationsskyldigheten gäller under hela vårdförloppet, dvs. inte endast vid den första kontakten med patienten. Om det av någon anledning uppkommer en situation som påverkar väntetiden till vård ska patienten informeras om detta.

Det är av stor vikt att informationen anpassas till patientens individuella förutsättningar och görs lättbegriplig. Särskild hänsyn måste tas till om patienten ifråga är ett barn, om patienten har svårigheter att förstå svenska eller om patienten har funktionsnedsättningar som gör att han eller hon har svårigheter att ta till sig information. Den som lämnar informationen måste hjälpa patienten att värdera informationen, ge aktiv vägledning och försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva delaktighet och självbestämmande.

När informationen av någon anledning inte kan lämnas till patienten bör den istället normalt lämnas till en närstående. Även detta bör komma till uttryck i lagtexten. Förslaget i denna del motsvarar helt det som gäller i samband med den allmänna informationsskyldigheten enligt 2 b § HSL.

Information om patientens valmöjligheter avseende vård

Patientens valmöjligheter vilar som nämnts ovan på flera olika rättsliga grunder. När det gäller vård inom det egna landstinget ska patienten på grund av lagens utformning i princip ha möjlighet att välja vårdgivare utan begränsning. Ifråga om primärvården kommer detta att förtydligas genom de vårdvalssystem som blir obligatoriska för landstingen den 1 januari 2010. När det gäller vård utanför hemlandstinget bygger patientens möjlighet att välja vårdgivare till stor del på frivilliga åtaganden och avtal landstingen emellan (se avsnitt 4.1.2). En självklar del av hälso- och sjukvårdens skyldigheter är att hjälpa patienten att förstå under vilka förutsättningar han eller hon kan välja och vad som finns att välja mellan. I dessa frågor finns ett behov av vägledning som behöver tillgodoses i högre utsträckning än vad som är fallet idag.

Den nuvarande informationsskyldigheten i 2 b § HSL innebär att patienten ska ges en individuellt anpassad information om sitt hälso-tillstånd och om de möjligheter till undersökning, vård och behandling som finns. I detta ligger en skyldighet för vårdgivaren att informera även om sådana behandlingar som kan ges hos någon annan vårdgivare än vid den egna mottagningen eller enheten. Möjligheterna att få behandling hos andra vårdgivare ska således redan vara en naturlig del i den information som ges till patienten. Regeringen delar dock utredningens uppfattning att det finns skäl att tydliggöra att den information som ska lämnas till patienten också ska omfatta information om patientens möj-

ligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Det kan avse både offentliga vårdgivare inom eller utom det egna landstinget och privata vårdgivare som har offentlig ersättning. Den information som ska lämnas ska vara individuellt anpassad, vilket innebär att informationen inte ska vara slentrianmässig utan ska ges efter patientens förutsättningar och vara anpassad till patientens behov.

Vem ansvarar för att information lämnas?

Både när det gäller den information som ska lämnas om vårdgarantin och information enligt 2 b § HSL bör det vara den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient som ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om vårdgarantin. En sådan skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen bör anges i LYHS. Det är den enskilda yrkesutövaren som i mötet med patienten kan avgöra hur informationen kan anpassas för att möta patientens individuella behov.

Södermanlands läns landsting och *Västra Götalands läns landsting* har efterfrågat ett klagörande av ansvaret för informationen om vårdgarantin. Regeringen anser att informationen om vårdgarantin ska motsvara vad som gäller för informationsplikten som följer av 2 b § HSL. Detta innebär att landstinget har det övergripande ansvaret för att organisera verksamheten så att kravet på fullgod information om vårdgarantin till patienten kan upprätthållas. Detta ansvar för landstinget har sin motsvarighet för den enskilda hälso- och sjukvårdspersonalen i LYHS. Skyldigheten att informera patienten är ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal, men ankommer i första hand på den som har det direkta ansvaret för den vårdsituation som informationen avser. Vid ett besök i primärvården kan det inte annat än i undantagsfall vara möjligt att informera om den specialiserade vården. Om en patient har remitterats till en vårdgivare faller det på denne att fullgöra informations-skyldigheten.

Som framgår av bl.a. *Socialstyrelsens* remissyttrande är det viktigt att ett inte alltför omfattande åtagande när det gäller informationen läggs direkt på enskilda yrkesutövare. Det är därför viktigt att betona att det ytterst är verksamhetschefen vid enheten som svarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som både möjliggör och säkerställer att patienten faktiskt kan få del av information av sådant innehåll och omfattning som föreskrivs (jfr. prop. 1998/99:4).

Regeringen delar utredningens bedömning att det inte finns behov av en särskild bestämmelse om information angående vårdgarantin till allmänheten i HSL. Omfattande sådana informationsinsatser genomförs redan idag av landstingen, Sveriges Kommuner och Landsting och staten.

Anteckning i patientjournal

Av 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) framgår att det ska antecknas i patientjournalen uppgifter om den information som har lämnats. Patientjournalen ska innehålla uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av

behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning. Regeringen bedömer att den aktuella bestämmelsen i patientdatalagen genom sin lydelse också kommer att omfatta ställningstaganden och information med anledning av dels den föreslagna bestämmelsen om informationsskyldighet när det gäller patientens valmöjligheter, dels den föreslagna bestämmelsen avseende information om vårdgarantin.

6.5 Vård hos annan vårdgivare

Regeringens förslag: Landstinget ska se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne kan få vård hos en annan vårdgivare om landstinget inte förmår att i rätt tid uppfylla tidsgränserna vad avser besöks- och behandlingsgaranti för planerad vård.

Bestämmelsen i 3 a § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), enligt vilken patienten inte har rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om hemlandstinget kan erbjuda en behandling som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet, föreslås utgå.

Regeringens bedömning: Kraven på god vård enligt 2 a § hälso- och sjukvårdslagen får anses omfatta att hälso- och sjukvården ska tillvarata patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår att det i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska anges att hälso- och sjukvården ska tillvarata patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare.

Remissinstanserna: När det gäller förslaget avseende vård hos annan vårdgivare i samband med bristande uppfyllelse av vårdgarantin liksom förslaget till ändring i 3 a § HSL är många remissinstanser övervägande positiva till förslagen, bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting* och ett flertal landsting.

Socialstyrelsen avstyrker ändringen i 3 a § HSL eftersom myndigheten saknar en konsekvensanalys av förslaget. Landstinget har enligt 3 § HSL det huvudsakliga ansvaret att erbjuda dem som är bosatta inom landstinget en god hälso- och sjukvård, och att ta bort bestämmelsen förändrar inte detta ansvarförhållande. *Socialstyrelsen* påpekar att förslaget får konsekvenser på flera andra delar av HSL som inte uppmärksammas i utredningen. *Socialstyrelsen* vill uppmärksamma att en liknande skrivning som den som utredningen föreslår ska tas bort finns i andra stycket 18 a § HSL och ställer frågan om inte denna bestämmelse också bör strykas.

Handikappförbundens samarbetsorgan och *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* saknar en diskussion i betänkandet om remissernas betydelse för den enskildes möjligheter att välja behandlare. *Svenskt näringsliv, Vårdföretagarna* och *Stockholms läns landsting* anser att det fria vårdvalet bör lagregleras. *Malmö kommun, Östersunds kommun* och *Diskrimineringsombudsmannen* befarar att svaga grupper och patienter inom den kommunala vården kan missgynnas av förslaget. *Jämtlands*

läns landsting anser att vissa otydligheter måste klargöras innan förändringarna träder ikraft. Landstinget anser att offentligt tjänste-kontrakt uppstår mellan hemlandstinget och "utomlänslandstinget" när patienter ges möjlighet till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt och att därmed upphandling krävs. Det går således inte att utan upphandlade avtal skicka patienter till andra landsting om det inte rör sig om högspecialiserad vård. *Västernorrlands läns landsting*, *Västerbottens läns landsting* och *Norrbottnens läns landsting* anser att den högspecialiserade riks- och regionsjukvården inte bör innefattas i det fria vårdvalet.

När det gäller utredningens förslag till tillägg i 2 a § HSL är majoriteten av de remissinstanser som lämnat synpunkter positiva. *Socialstyrelsen* ställer sig tveksam till utredningens förslag. Myndigheten anser att de nu föreslagna formuleringarna i tillägget i HSL kan bli svårtolkade. Begreppen "tillvarata" respektive "råda över" har inga entydiga definitioner. Därför blir det också svårt att följa upp hur denna skyldighet efterlevs, eftersom myndigheten anser att det är svårtolkat.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Vård hos annan vårdgivare vid bristande uppfyllelse av vårdgarantin

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Lands-ting om vårdgarantin anges att i det fall ett landsting inte kan erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling har fattats, åligger det landstinget att hjälpa patienten att få vård i annat landsting inom garanterad tid. I det fall hemlandstingets åtagande enligt vårdgarantin fullgörs i ett annat landsting ska det ske utan extra kostnader för patienten. Utredningen har föreslagit att denna skyldighet ska tas in i lagstiftning och även omfatta besök i den specialiserade vården. Lands-tingens skyldigheter i detta avseende utgör kärnan i landstingens åtagande enligt vårdgarantin. Åtagandets utformning som en sanktion, dvs. att det åligger landstinget att vidta åtgärder vid underlåtenhet att uppfylla vårdgarantins tidsgränser, klargör också "garantins" räckvidd.

Regeringen delar utredningens bedömning att skyldigheten att hjälpa patienten att få vård hos en annan vårdgivare inom garanterad tid bör föras in i lagstiftningen. Denna skyldighet bör omfatta vårdgarantin i de delar som gäller besök i den specialiserade vården och behandling inom landstingets planerade vård, dvs. moment tre och fyra i den föreslagna regleringen. Erbjudandet kan avse såväl andra vårdgivare inom lands-tinget, som vårdgivare utanför landstinget. Landstingen har naturligtvis därutöver också möjlighet att erbjuda patienten vård i ett annat land. Oavsett hos vilken vårdgivare landstinget erbjuder patienten vård, så ska erbjudandet inte innebära några extra kostnader för patienten.

Av kravet på en god vård följer att landstinget måste respektera patientens självbestämmande och så långt det är möjligt samråda med patienten. Patientens önskemål om vårdgivare, om något sådant uttrycks, ska således tillmätas stor betydelse.

När det gäller kontakt med och besök i primärvården (moment ett och två i den föreslagna regleringen) kan konstateras att tillgängligheten generellt sett är mycket god. Av väntetidsdatabasen framgår att vänte-

tiderna för kontakt med primärvården respektive besök i primärvården, med få undantag, når upp till vårdgarantins krav. Mot denna bakgrund och då det endast i undantagsfall kan bli meningsfullt att hänvisa patienten till en annan vårdgivare för kontakt eller besök i rätt tid framstår inte en sanktion i dessa delar som behövlig eller meningsfull i nuläget. Det ska dock understrykas att landstingen har en skyldighet fullt ut att följa de krav som följer av vårdgarantin även i dessa delar. Regeringen avser att noggrant följa utvecklingen även när det gäller tillgängligheten till primärvården.

Vård hos annan vårdgivare i andra fall

Vid sidan av de nu föreslagna möjligheterna att få vård hos annan vårdgivare inom ramen för vårdgarantin, finns andra möjligheter att få välja vårdgivare. Som angetts i avsnitt 4.1.2 har patienten stora möjligheter att välja vårdgivare inom sitt hemlandsting. Från och med den 1 januari 2010 kommer det dessutom att vara ett fritt vårdval i primärvården i varje landsting. Landstingets skyldigheter att erbjuda hälso- och sjukvård är dock knutet till landstingets område. Patienten har enligt 3 a § HSL inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt om detta kan erbjuda en behandling som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. Undantag från denna bestämmelse finns för de fall där en patient har behov av akut vård.

Ett landsting får dock erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting om landstingen kommer överens om det. Samtliga landsting har sedan år 2003 åtagit sig att följa en rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården som utfärdats av dåvarande Landstingsförbundet (Landstingsförbundets styrelse A 00:56). Rekommendationen gäller den enskildes möjligheter att omgäende, från första dagen, välja planerad vård inom det egna landstinget och en miniminivå som gäller i alla landsting. Valmöjligheterna är inte beroende av vårdgarantin. Rekommendationen innebär att patienten ska erbjudas möjlighet inom det egna landstinget att välja vårdinrättning/vårdgivare inom primärvården samt välja öppenvårdsmottagning för specialistsjukvård och sjukhus inom länssjukvården. När det gäller vård i andra landsting ska patienten erbjudas möjlighet att välja primärvård, välja öppenvård för specialistsjukvård i enlighet med hemlandstingets remissregler, samt välja behandling i slutenvård vid sjukhus inom länssjukvården eller i öppenvård för specialistsjukvård, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget. Rekommendationen förutsätter att vården lämnas av landsting och andra privata vårdgivare med offentlig finansiering.

För att närmare reglera förutsättningarna vid utomlänsvård har landstingen i ett flertal fall träffat s.k. mellanlänsavtal, som gäller mellan enskilda landsting. Inom samtliga sjukvårdsregioner finns dessutom regionala avtal och på övergripande nivå finns ett riksavtal för utomlänsvård, som bl.a. gäller i de fall avtal inte träffats direkt mellan landstingen. Trots begränsningen i 3 a § HSL finns det således relativt stora möjligheter att välja hälso- och sjukvård utanför det egna landstinget tack vare frivilliga överenskommelser mellan landstingen.

Begränsningen i 3 a § HSL föreslås utgå

Utredningen har gjort bedömningen att den nuvarande begränsningen i 3 a § andra stycket HSL inte längre fyller någon funktion och bör strykas. Regeringen har 2007 lämnat ett motsvarande förslag i lagrådsremissen Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land (S2007/514/HS). Arbetet med det lagstiftningsärendet inväntar de pågående förhandlingarna i Europeiska unionens råd om Europeiska Kommissionens förslag till direktiv den 2 juli 2008 om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård.

Liksom anförts i den nämnda lagrådsremissen finns flera anledningar till att 3 a § andra stycket HSL bör upphävas. Ett skäl är ordalydelsen i den aktuella bestämmelsen, enligt vilken patienten inte har rätt till behandling i ett annat landsting. I den svenska lagstiftningen är hälso- och sjukvård i juridisk mening inte någon uttryckt rättighet för invånarna. HSL formulerar skyldigheter för landstingen att ge bl.a. de som är bosatta i Sverige den hälso- och sjukvård de behöver. Därtill kommer att samtliga landsting i Sverige sedan 2003 är överens om ett fritt vårdval i enlighet med Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården. Vidare har landstingen med stöd av 4 och 9–9 b §§ HSL på läns-, region- och riksnivå kommit överens om vad som ska gälla vid utomlänsvård. Vilka skyldigheter landstinget och övriga vårdgivare har regleras dessutom redan av övriga bestämmelser i HSL.

Begränsningen i 3 a § andra stycket HSL framstår i förhållande till det nu nämnda som onödig. Till detta kommer att gemenskapsrättens utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet innebär även att boende i Sverige har rätt att med stöd av förordning 1408/71 eller EG-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster söka vård i andra länder inom EES-området och under bestämda förutsättningar få denna ersatt av det allmänna.

Regeringen föreslår mot bakgrund av det anförda att andra stycket i 3 a § ska tas bort. Regeringen gör bedömningen att det inte finns något skäl att i denna del invänta förhandlingarna i Rådet avseende det föreslagna direktivet.

Det finns en bestämmelse med motsvarande lydelse i 18 a § andra stycket HSL, vilken omfattar kommunernas hälso- och sjukvård för personer i särskilt boende samt kommunernas hemsjukvård. *Socialstyrelsen* har ifrågasatt om inte också denna bestämmelse bör ändras. Utredningen har inte lämnat något förslag i denna del. En skillnad mellan den kommunala hälso- och sjukvården och den vård som bedrivs av landsting är att kommunerna, såvitt framkommit, saknar avtal om ersättningar m.m. i samband med att vård ges till personer som bor i en annan kommun. Det är bl.a. mot den bakgrunden vanskligt att utan närmare underlag föreslå ändringar av bestämmelsen i 18 a § HSL. Regeringen avstår från att lämna ett förslag avseende den aktuella bestämmelsen. Om det skulle finnas ett behov av ändring avser regeringen att återkomma i denna fråga.

Offentlig upphandling vid utomlänsvård?

Varken Riksavtalet för utomlänsvård, regionavtalen eller övriga landstingsgemensam samverkan i mellanlänssavtal, har varit föremål för upp-

handlingsförfarande enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling. Någon remissinstans, bl.a. *Jämtlands läns landsting* har ifrågasatt om dessa avtal innefattar offentliga tjänstekontrakt med ekonomiska villkor som måste upphandlas. Avtalens konstruktion som rena finansieringslösningar mellan landstingen talar dock mot att det är fråga om upphandlingsskyldiga kontrakt. I målet *Kommissionen mot Irland (C-532/03)* ansåg EG-domstolen att en överenskommelse mellan två regionala myndigheter – där den ena myndigheten, med utövande av en egen behörighet som följer direkt av lag och med delvis användande av sina egna medel, tillhandahåller B-tjänster till allmänheten – inte ska anses innefatta något ”kontrakt med ekonomiska villkor”, även om den andra myndigheten betalar ett bidrag som täcker en del av kostnaderna för utförda tjänster.

Övervägande skäl talar för att landstingens samverkan i samband med utomlänsvård – både inom ramen för vårdgarantin och i andra fall – inte ska betraktas som ”kontrakt med ekonomiska villkor”, och därmed heller inte omfattas av krav på offentlig upphandling. Riksavtalet och landstingens regionavtal är i första hand överenskommelser mellan myndigheter om hur vården ska finansieras. Den valda lösningen med civilrättsliga avtal får ses som en konsekvens av hur hälso- och sjukvården är organiserad i Sverige, genom uppdelning på sinsemellan fristående regionala och lokala myndigheter med eget finansieringsansvar grundat på en egen beskattningsrätt. Ovanstående gäller oavsett om vården avser regional utomlänsvård och rikssjukvård som grundas på bestämnelserna i 9–9 b §§ HSL, eller om vården ges med stöd av överenskommelser enligt 4 § HSL.

Riksavtalet förutsätter att den avtalade vården ska lämnas av landsting, av vårdgivare som har vårdavtal med landsting, eller av vårdgivare som är verksamma inom ramarna för s.k. samverkansavtal enligt de s.k. ersättningslagarna, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik. Andra vårdgivare än de uppräknade kan således inte komma ifråga för att tillhandahålla vård enligt Riksavtalet.

I tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2008:72) betonade regeringen att utredningen skulle uppmärksamma patientens möjlighet att vända sig till valfri vårdgivare, även utan avtal med landstinget, om hemlandstinget inte klarar att hålla tidsgränserna i vårdgarantin. Utredningen har gjort bedömningen att landstingen ska organisera verksamheten så att detta kan ske och att landstinget bör beakta detta bl.a. i samband med upphandling av vårdgivare. Även *Vårdföretagarna* har efterfrågat en lagstiftning som möjliggör detta. För sådana fall, dvs. när en patient vill vända sig till en privat vårdgivare inom eller utom landstinget som saknar vårdavtal med landstinget, blir situationen en annan än vad som beskrivits ovan angående Riksavtalet. Om sådan vård ska ersättas med offentliga medel förutsätts att landstinget sluter ett avtal med vårdgivaren med beaktande av upphandlingslagstiftningen.

God vård-begreppet behöver inte utökas

Hälso- och sjukvården ska enligt 2 a § HSL bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. God vård innebär enligt bestämmelsen bl.a. att vården ska vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vården ska vidare så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Utredningen har föreslagit att bestämmelsen i 2 a § HSL utökas på så sätt att hälso- och sjukvården även ska tillvarata patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare. Som framgått av redovisningen ovan har patienten redan idag relativt stora möjligheter att välja vem som ska utföra vården, både i det egna landstinget och utanför landstinget med stöd av de frivilliga överenskommelser som landstingen träffat enligt 4 § HSL. Genom de vårdvalssystem som ska vara införda i samtliga landsting senast den 1 januari 2010 ökar dessa valmöjligheter ytterligare.

Av 2 a § HSL följer att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. När patientens möjligheter att välja vårdgivare stärks kommer också automatiskt ramen för patientens självbestämmande och inflytande att utvidgas. Att patientens valmöjligheter ska tillvaratas följer redan idag av de krav på hälso- och sjukvården som anges i 2 a § HSL. Det är därmed redan idag vårdgivarens och den enskilda yrkesutövarens ansvar att se till att patientens självbestämmande och delaktighet tas tillvara även när det gäller patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare. I den mån det finns brister i vårdens hantering av denna aspekt på patientens självbestämmande så får det närmast ses som en bristande tillämpning av lagstiftningen, sannolikt på grund av en alltför låg känedom om vilka möjligheter patienten har i detta hänseende.

Regeringen bedömer att det inte i nuläget är nödvändigt att genom en ändring av 2 a § HSL, utöka ”god vård-begreppet” med det föreslagna tillägget. Hälso- och sjukvårdens agerande när det gäller patientens självbestämmande i denna del bör dock följas noggrant i framtiden (se avsnitt 10). Vidare föreslås i lagrådsremissen att det beträffande hälso- och sjukvårdens informationsskyldighet förtydligas att den omfattar även information om patientens möjligheter att välja vårdgivare och utföra inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. (se avsnitt 6.4)

7 Fast vårdkontakt

7.1 Funktionen patientansvarig läkare ska avskaffas

Regeringens förslag: Bestämmelsen om patientansvarig läkare i 27 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska upphävas.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser är positiva till utredningens förslag att ersätta funktionen patientansvarig läkare, förkortad PAL, med ett ansvar för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt. Flera remissinstanser anser att PAL-funktionen i sin nuvarande form inte har uppfyllt sitt syfte t.ex. *Uppsala kommun*, *Handikappförbundens samarbetsorgan* och *Gävleborgs läns landsting*. Vissa av remissinstanserna påpekar dock att förändringen inte får medföra att patienter som behöver en läkare som fast vårdkontakt som kan följa deras sjukdomsförlopp inte får detta behov tillgodosett. *Sveriges läkarförbund* anser att alla patienter med kroniska och andra långvariga sjukdomar bör ha en utsedd ansvarig läkare och att patienten ska ha rätt att kräva en fast ansvarig läkare. *Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte (Famna)* anser att förslaget är en försvagning av nuvarande regel och ställer sig tveksam till om förslaget innebär ökad trygghet för patienterna.

Skälen för regeringens förslag: Utredningen konstaterar att många av de formella förutsättningarna för stödfunktioner för patienter redan finns på plats. Nuvarande lagstiftning innebär att vårdgivarna är ansvariga för att säkerställa att patientens behov av trygghet, säkerhet och kontinuitet tillgodoses. Dessutom ska vården så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och vårdens insatser ska samordnas för patienten på ett ändamålsenligt sätt. Det finns också bestämmelser om att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt att det ska finnas en ansvarig verksamhetschef som har en viktig roll i att säkerställa detta. Olika vårdgivare ska samverka med varandra t.ex. avseende patienter som vid utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården kommer att behöva insatser från den kommunala hälso- och sjukvården. Dessutom har Socialstyrelsen meddelat föreskrifter om ledningssystem i hälso- och sjukvården som bl.a. klargör att det ska finnas rutiner för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsnivåer samt olika vårdgivare (se avsnitt 4.1.3).

Patienternas behov av samordning och kontinuitet i vården förväntas ytterligare tillgodoses och bevakas genom möjligheten att välja en fast läkarkontakt i primärvården enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, och hälso- och sjukvårdens skyldighet att utse en patientansvarig legitimerad läkare för patienten enligt 27 § HSL.

Patienter ska enligt bestämmelsen om PAL få en patientansvarig legitimerad läkare tilldelad sig om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten. Syftet med bestämmelsen om PAL har enligt förarbetena (prop. 1989/90:81, s. 44 ff.) varit att skapa förutsättningar för att patienten ska få en starkare anknytning till en viss läkare och att det ska

skapa kontinuitet i vården. Vid patientens första besök i en behandling eller vårdepisod ska en patientansvarig läkare utses som har ett speciellt ansvar för patienten under hela vårdepisoden. Bestämmelsen om PAL har gällt för all hälso- och sjukvård men i primärvården har den fasta läkarkontakten vanligtvis fyllt motsvarande funktion.

Bestämmelsen om PAL trädde i kraft den 1 juli 1991 och innan dess fanns en bestämmelse i HSL om medicinskt ledningsansvar. Bestämmelsen om PAL har utvärderats av Socialstyrelsen och förtydligats under tiden den har varit gällande. En granskning av bestämmelsens efterlevnad vid vissa kliniker genomfördes 1995 och en bredare utvärdering av tillämpningen redovisades till regeringen 2000 (S2000/2567/HS). Slutsatsen från dessa är att PAL har haft betydelse för förståelsen av att kontinuitet och samordning i vården är viktiga faktorer för att uppnå patientsäkerhet och en god vård. Socialstyrelsen ifrågasätter dock om PAL som funktion uppfyller det ursprungliga syftet, att en särskilt utpekad läkare skulle ansvara för kontinuitet, samordning och säkerhet för patienterna. Det uppfattas inte av hälso- och sjukvårdspersonalen som att det är den patientansvarige läkaren som ensam ska stå för kontinuitet och samordning i patientens kontakter med vården. Läkarna har heller inte uppfattat det som att det är deras uppgift att samordna all vård av en patient, utan snarare att han eller hon står som ansvarig för patientens behandling utifrån den egna specialiteten. Tillsättandet av patientansvariga läkare har också varit oklart. Utvärderingarna har funnit att kontinuitet och samordning inte bör vara beroende av endast en läkare utan snarare olika professioner tillsammans, t.ex. ett team. (se avsnitt 5.1)

PAL har inte tillämpats på det sätt som var dess ursprungliga syfte och har inte givit avsedd effekt. För patienter med sammansatta vårdbehov är det viktigt att vården fungerar ur medicinsk synpunkt. Det är också viktigt att vårdens insatser samordnas och att vårdprocesserna är effektiva och rationella ur patientens perspektiv. Det påverkar patientens hela vårdssituation och följaktligen de medicinska resultaten och patientens hälsa. Olika behov hos olika patienter beroende på bl.a. hälsotillstånd, men också på andra faktorer som ålder och livssituation, gör att de funktioner som ska underlätta samordning av vården för enskilda patienter måste utformas och anpassas efter den enskilde patienten. Att begränsa den funktion som ska tillgodose patientens behov av samordning till en enskild läkare inom den specialiserade sjukvården har inte bidragit till utveckling av nya och mer patientanpassade lösningar för att underlätta samordning och kontinuitet i vårdens insatser för den enskilde.

Regeringen instämmer i utredningens slutsatser och förslag om att bestämmelsen om PAL bör tas bort och ersättas med en skyldighet för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt för patienten (se avsnitt 7.2).

7.2 En fast vårdkontakt ska ersätta funktionen patientansvarig läkare

Regeringens förslag: Verksamhetschefen ska ansvara för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten.

Regeringens bedömning: Landsting, kommuner och övriga vårdgivare bör organisera verksamheten så att vården för den enskilda patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Detta innebär att verksamhetschefernas ansvar för enskilda patienter bör samordnas i de fall då en patient har kontakt med flera enheter och vårdgivare.

Utredningens förslag: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens förslag. Utredningens föreslår att verksamhetschefen ges en skyldighet att se till att en fast vårdkontakt utses eller motsvarande rutin finns för att säkerställa patientens behov av samordning, kontinuitet och patientsäkerhet. Utredningen föreslår att en fast vårdkontakt ska utses på begäran av patienten om det inte är obehövt med hänsyn till patientsäkerheten.

Utredningen föreslår att en hänvisning till bestämmelsen om verksamhetschefens ansvar för att en fast vårdkontakt utses införs i 2 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, för att markera behovet att kunna ge ett samordnande stöd till patienter i form av en fast vårdkontakt eller likvärdig rutin för patienter i behov av samordning, kontinuitet och säkerhet. Enligt utredningen kan detta vara särskilt aktuellt då flera vårdnivåer, vårdgivare, många professioner eller flera huvudmän är inblandade.

Utredningen bedömer att landstingen bör organisera verksamheten så att patienten vid brister hos vårdgivaren bara behöver vända sig till en instans för fortsatt hjälp och stöd och enligt utredningen kan patientnämnderna därvid ges en aktivare roll.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser är positiva till utredningens förslag att ersätta bestämmelsen om patientansvarig läkare, förkortad PAL, med ett ansvar för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt för patienten. Många remissinstanser menar att det finns ett särskilt stort värde av en fast vårdkontakt i vårdprocesser där flera huvudmän är involverade och att behovet är störst hos resurssvaga grupper och kroniskt sjuka.

Ett antal remissinstanser bl.a. flera landsting, *Cancerfonden*, *Socialstyrelsen* och *Sveriges Pensionärsförbund* efterlyser förtydliganden av den föreslagna bestämmelsen beträffande tillämpning och ansvarsfördelning. Det gäller t.ex. när en vårdkontakt ska utses, vilka personalgrupper som lämpar sig för rollen som vårdkontakt samt vårdkontaktens roll över huvudmannagränser. *Famna*, *Reumatikerförbundet* och *Handikappförbundens samarbetsorgan m.fl.* anser att den fasta vårdkontakten bör vara en läkare. *Sveriges läkarförbund* anser att alla patienter med kroniska och andra långvariga sjukdomar bör ha en ansvarig läkare för att underlätta vägledningen för patienten. *Sveriges läkarförbund* anser

också att alla patienter som önskar ska ha en lagstadgad rätt till fast ansvarig läkare. *Region Skåne* pekar på att formuleringen i utredningens förslag att fast vårdkontakt ska utses på begäran av patienten ”om det inte är obehövt med hänsyn till patientsäkerheten” kan vålla osäkerhet och att istället bör en fast vårdkontakt alltid utses om patienten begär det.

Socialstyrelsen ställer sig tveksam till att vårdgivaren kan säkerställa ett patientstöd som omfattar såväl det som sker innan patienten kommer till vårdgivaren som det som händer med patienten efter att denne lämnat vårdgivaren. *Socialstyrelsen* anser också att förslaget inte bara bör fokusera på landstingen utan också omfatta den kommunala hälso- och sjukvården. *Statens folkhälsoinstitut* menar att det krävs tydliga och genomarbetade modeller för samverkan t.ex. mellan huvudmännen och att utredningens förslag inte tillräckligt har belyst konkreta insatser och åtgärder för att undvika att den nya organisationen ärver de organisatoriska brister som finns idag. *Södermanlands, Jönköpings* samt *Örebro läns landsting* påpekar att patientnämnden inte kan ha en roll som fast vårdkontakt, då det är ytterst viktigt att nämnden får vara opartisk och fristående från vården.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

En fast vårdkontakt ska utses vid behov eller när patienten begär det

Patienter saknar, trots insatser för att förbättra patienternas ställning, i vissa delar fortfarande tillräckligt inflytande och möjligheter att påverka sin vårdsituation. Ett aktivt engagemang och delaktighet av patienter i sjukvårdssituationen och behandlingen kan ha positiv effekt på vårdresultatet och på patientens hälsa. Utredningen konstaterar samtidigt att en stor del av den vård som utförs ges till patienter som har flera diagnoser, sammansatta vårdbehov och där patientens övriga tillstånd leder till att hans eller hennes möjligheter att ta aktiv del i planeringen av vården, begränsas. I vårdprocesser där flera kompetenser, vårdnivåer, vårdgivare och både kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård är inblandad kan patientens ställning bli svag på grund av att patienten förväntas ta för stort samordningsansvar. Särskilt i samband med överflyttning från sjukhus till vård i hemmet eller under rehabilitering kan den enskilde få ett samordningsansvar som egentligen är hälso- och sjukvårdens skyldighet.

För vissa grupper av äldre är risken särskilt stor för att bristande samordning av vården blir ett problem. Äldre personer med behov av flera olika vårdresurser från olika vårdgivare och professioner kan ofta behöva hjälp med att samordna sina insatser, enligt *Socialstyrelsens* utredning *Hemsjukvård i förändring* från 2008. Äldrevårdsutredningen refererade i sitt betänkande *Sammanhållen hemvård* SOU 2004:68 till studier som visade på att det finns brister i samverkan mellan verksamheter och yrkesgrupper, t.ex. mellan sjukhus, primärvård samt kommunal vård och omsorg. En specialiserad sjukvård där patienter med flera diagnoser har många olika vårdkontakter kan leda till att äldre och andra personer med omfattande och sammansatta vårdbehov inte får vård och omsorg med en helhetssyn på den enskildes problem. Regeringen anser att åtgärder för samordning och kontinuitet är viktiga för att höja kvaliteten på bemö-

tande och behandling samt för att stärka patientens ställning för dessa grupper.

Patientens ställning kan också blir svag på grund av oklarheter om vem som är ansvarig för patientens hälso- och sjukvård. Det är viktigt att patienten och hans eller hennes anhöriga vet vem som är ansvarig för den hälso- och sjukvård som ges och till vem frågor om vården kan ställas.

Utredningen konstaterar att patienter ges ett för stort eget samordningsansvar för olika vårdinsatser och bedömer att det behövs åtgärder för att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet. Utredningen har föreslagit att för att bättre tillgodose patienternas behov av samordning, kontinuitet och säkerhet bör verksamhetschefen bli skyldig att se till att en fast vårdkontakt eller motsvarande rutin finns för att säkerställa patienternas behov av samordning, kontinuitet och patientsäkerhet. Regeringen delar utredningens uppfattning att en fast vårdkontakt kan stärka patientens ställning. Detta innebär att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vård och hjälpa till att samordna vårdens insatser.

Regeringen föreslår att bestämmelsen om PAL ersätts med en skyldighet för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt för patienten när det behövs för att tillgodose patientens behov av samordning, kontinuitet, säkerhet men också trygghet. Regeringen anser att verksamhetschefens ansvar bör omfatta att även tillgodose patientens behov av trygghet då detta är ett mer subjektivt begrepp än de övriga. Vården kan vara organiserad så att den är samordnad, säker och har kontinuitet, men ur vårdgivarens perspektiv, och utan att den enskilde känner sig trygg. Om även patientens behov av trygghet blir styrande för vilka åtgärder ska vidtas kan det ge bättre förutsättningar för att patientens behov sätts i fokus. Att patientens behov av trygghet i vården ska tillgodoses är också en av förutsättningarna för att uppfylla kraven på god vård enligt 2 a § HSL. Regeringen anser också, till skillnad från utredningen, att en fast vårdkontakt alltid ska utses på patientens begäran, oavsett om det anses behövligt eller inte. Detta gör att patientens egna uppfattning om hans eller hennes behov blir styrande. När en fast vårdkontakt utses ska patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses så långt det är möjligt.

Några remissinstanser, bl.a. *Östersunds kommun* och *Reumatikerförbundet*, anser att professionen för den samordnande funktionen bör tydliggöras. Regeringen anser att beroende på vilket behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska, eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. För patienter med vissa sjukdomstillstånd kan en fast vårdkontakt behöva utgöras av en läkare t.ex. för att följa en kronikers sjukdomsförlopp under en längre tid, vilket bl.a. *Sveriges läkarförbund* påtalar. Det är viktigt att tydliggöra att en bedömning om vem som bör utgöra en patients fasta vårdkontakt ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose behovet. Patienten ska vara delaktig i processen och hans eller hennes önskemål om vem som ska vara fast vårdkontakt ska tillgodoses så långt det är möjligt. Det motiverar att den fasta vårdkontaktens profession inte specificeras i lagtexten.

Exempel på liknande funktioner som kan användas som inspiration är de vårdlotsar som vissa landsting har tagit initiativ till i syfte att hjälpa patienter till andra vårdgivare när tidsgränserna i vårdgarantin inte kan uppfyllas inom det egna landstinget. Dessa funktioner har emellertid inte haft något bredare samordningsansvar för patienten utan har syftat till att förbättra samordningen mellan olika enheter, säkerställa likartade regelverk och rutiner för hantering av planeringslistor/väntelistor, remiss-hantering och information till patienter m.m.

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan. Då vissa patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal- och landstingskommunal hälso- och sjukvård kommer troligen vissa patienter få mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient. Samordning av insatser och förmedling av information med t.ex. andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas. Det bör tydliggöras att en begränsning finns i att det är verksamhetschefen som har ansvaret för den fasta vårdkontakten, vilket innebär att vårdkontaktens ansvarsområde begränsas av verksamhetschefens. Regeringen återkommer till behovet av samordning mellan verksamhetsområden, vårdgivare och huvudmän i följande avsnitt.

Verksamhetschefens ansvar för trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet ska tydliggöras i lagstiftningen

År 2007 tydliggjordes det i lagstiftningen att det är vårdgivarnas skyldighet att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. Detta är en viktig aspekt av skyldigheten att erbjuda god vård enligt 2 a § HSL. Motivet till att tydliggöra i lagstiftningen att en god vård också innebär att tillgodose behov av kontinuitet och säkerhet för den enskilde var, enligt förarbetena (prop. 2005/06:115), bl.a. att tydliggöra att huvudmännen skapar de rätta förutsättningarna för att verksamhetschefen ska kunna ta sitt ansvar för samordning, kontinuitet och säkerhet.

Regeringen förslår i denna lagrådsremiss att det tydliggörs i lagstiftningen att det också är verksamhetschefens ansvar att se till att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Syftet med regeringens förslag är att ge verksamhetscheferna ett större ansvar för samordning av patienternas hela vårdsituation. Genom den föreslagna bestämmelsen tydliggörs ansvaret för att tillgodose patientens behov på en mer övergripande verksamhetsnivå. Det skapar bättre förutsättningar att samordna vården även utanför den enskilde läkarens specialitet och anpassa samordning och information efter behov hos den enskilde patienten. Det tydliggör också vem som har det sammanhållna ansvaret för vården, vilket ökar patienternas möjligheter att ställa frågor och diskutera sin vårdsituation med en ansvarig.

Genom att ge verksamhetschefen en tydlig skyldighet att svara för patientens behov av trygghet, samordning, säkerhet och kontinuitet blir det möjligt för vårdgivarna att forma system efter patienternas enskilda behov men också efter lokala och regionala förutsättningarna. Till skillnad från systemet med PAL öppnar det för andra typer av lösningar där rutiner, team eller andra tillvägagångssätt för att uppnå syftet kan konstrueras. Hur eventuella rutiner eller system ska utformas bör överlämnas till vårdgivare och verksamhetschef att avgöra, för att inte hindra en positiv verksamhetsutveckling.

Landsting, kommuner och andra vårdgivare bör organisera hälso- och sjukvården så att insatser kan samordnas utifrån patientens behov

En stor del av hälso- och sjukvården ges till personer med sammansatta vårdbehov, t.ex. vissa äldre personer. Dessa patienter har många gånger ett stort behov av stöd i sin vårdprocess och är beroende av att vården samordnas mellan t.ex. sjukhus, primärvård och kommunal vård och omsorg. Regeringen anser att ett utökat ansvar för verksamhetschefen i enlighet med utredningens förslag är ett viktigt steg för att förbättra patientens ställning. Det skapar förutsättningar för samordning av hälso- och sjukvården även på övergripande verksamhetsnivå, vilket många patienter är i behov.

Den föreslagna bestämmelsen tydliggör verksamhetschefens ansvar när det gäller rutiner för samordning av vård för en enskild patient. Samtidigt är det nödvändigt att landsting, kommuner och övriga vårdgivare säkerställer att det finns rutiner och modeller på övergripande nivå för att tillgodose patienters behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i hälso- och sjukvården. Enligt HSL och Socialstyrelsens föreskrifter har vårdgivarna detta övergripande ansvar.

Enligt utredningens förslag ska vårdgivarens ansvar vara långtgående i den meningen att man även måste säkerställa att ett patientstöd omfattar såväl det som sker innan patienten kommer till vårdgivaren som det som händer med patienten efter att denne lämnat vårdgivaren. Regeringen anser att det är viktigt att vården samordnas även utanför verksamhetschefernas befogenhetsområden, då en patient får vård från flera enheter med olika verksamhetschefer och t o m från olika huvudmän. Regeringen gör bedömningen att vårdgivarna bör organisera hälso- och sjukvården så att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och patientsäkerhet tillgodoses även på övergripande nivå, särskilt då en patient har behov av vård från flera vårdgivare, enheter eller huvudmän. Däremot anser inte regeringen att en vårdgivare kan ta ansvar för det som sker efter att en vårdgivare har överlämnat en patient till en annan vårdgivare, vilket också *Socialstyrelsen* och vissa andra remissinstanser har påtalat. Det är däremot nödvändigt att vårdgivarna skapar rutiner för samverkan sinsemellan, t.ex. mellan fasta vårdkontakter. Det är också en önskvärd utveckling att vårdgivare och även sjukvårdens huvudmän samordnar de fasta vårdkontakterna i så stor utsträckning som möjligt. Vissa landsting och kommuner kan komma att ta initiativ till gemensamma fasta vårdkontakter i de fall det bedöms bättre tillgodose patientens behov.

Regeringens förslag om fast vårdkontakt omfattar även den kommunala hälso- och sjukvården. Flera remissinstanser, bl.a. *Svensk sjuksköterskeförening* har betonat att samordning mellan de verksamheter som regleras av såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen är nödvändig. För personer med behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård har riksdagen beslutat att införa bestämmelser i HSL och socialtjänstlagen (2001:453) som innebär att landsting och kommun tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvård. En plan ska upprättas när ett landsting eller en kommun anser att det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda och om den enskilde samtycker till detta. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ansvarar för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget samt om det är kommunen eller landstinget som har huvudansvar för planen. Bestämmelserna träder i kraft den 1 januari 2010. Regeringen anser att en sådan plan kan vara ett viktigt verktyg i verksamhetschefens arbete med att tillgodose patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet. Den i lagrådsremissen föreslagna bestämmelsen som tydliggör verksamhetschefens ansvar för patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet och samt för att utse en fast vårdkontakt kompletteras därmed för de grupper som har behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård av bestämmelsen om individuella planer. Bestämmelsen om ansvaret för att upprätta en individuell plan reglerar hur samordningen ska ske och tydliggör hur ansvaret för insatser ska fördelas mellan huvudmännen medan bestämmelsen om verksamhetschefens ansvar och fast vårdkontakt tydliggör ansvaret på verksamhetsnivå.

Regeringen anser att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att även följa upp hur bestämmelsen om fast vårdkontakt efterlevs (se avsnitt 10).

Patientnämndernas roll för att stödja patienterna i vårdssituationen

Utredningen gör bedömningen att landstingen bör organisera sin verksamhet så att patienten vid brister i vården endast behöver vända sig till en instans och att patientnämnderna bör kunna ges en aktivare roll i detta. Patientnämndernas uppgifter regleras i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Enligt lagen ska det finnas en patientnämndsverksamhet inom varje landsting och kommun. Patientnämndernas uppdrag innebär att de ska hjälpa patienter att få den information som de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården, främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal, att hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet samt rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Regeringen anser att det bör vara enkelt och tydligt var man som patient kan vända sig för hjälp och stöd vid brister i vården och hos vårdgivarna. Patientnämndernas uppdrag avseende detta har nyligen utretts i Patientsäkerhetsutredningen som lämnade sitt betänkande (SOU 2008:127) i december 2008. Enligt utredningen bör patientnämndernas roll inte förändras. Däremot anser utredningen att det bör

lagstiftas om att patientnämnderna ska informera om sin verksamhet och vidareförmedla information om patientsäkerhetsrisker till Socialstyrelsen. Patientsäkerhetsutredningen föreslår också att det i den föreslagna patientsäkerhetslagen skrivs in att vårdgivarna får ansvar för att utreda tillbud och negativa händelser i vården. I det ingår att klargöra händelseförlopp och ge underlag för beslut om åtgärder. Regeringen avstår i denna lagrådsremiss från att lämna förslag avseende patientnämnderna eftersom regeringen avser att återkomma med förslag i en särskild proposition.

8 Utvidgad rätt till förnyad medicinsk bedömning

Regeringens förslag: Landstingets skyldighet att i vissa fall medverka till att patienten får en förnyad medicinsk bedömning ska utvidgas. Nuvarande begränsning i 3 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avseende att skyldigheten enbart gäller när vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger en entydig vägledning ska tas bort. Motsvarande begränsning ska tas bort i 2 kap. 2 a § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Utredningens förslag överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: En stor majoritet av remissinstanserna är övervägande positiva till utvidgandet av landstingens skyldighet att medverka till förnyad medicinsk bedömning men flera remissinstanser har också synpunkter på förslaget.

Sveriges Kommuner och Landsting, tillsammans med drygt hälften av landstingen och ett flertal andra remissinstanser, anser att rekvisitet ”särskilda risker” behöver förtydligas. *Kronobergs läns landsting* påpekar att allmänna råd och föreskrifter skulle underlätta tolkningen av bestämmelser som berör patientens inflytande i kontakterna med hälso- och sjukvården.

Handikappförbundens samarbetsorgan och *Riksförbundet för social och mental hälsa* anser att ett ytterligare utvidgande av gruppen som är berättigad förnyad medicinsk bedömning är önskvärd och att det nuvarande rekvisitet om livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada bör ersättas med allvarligt och/eller kroniskt sjuka. *Pensionärernas riksorganisation* och *Statens folkhälsoinstitut* efterlyser en konsekvensanalys av förslaget. Statens folkhälsoinstitut vill se en konsekvensanalys av vad ett ytterligare utvidgande av gruppen patienter som har möjlighet att få förnyad medicinsk bedömning skulle kosta i förhållande till de positiva effekterna t. ex. av ökad delaktighet i vården.

Flera remissinstanser anser att det är viktigt att kännedomen om bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning förbättras. *Stockholms läns landsting* anser att det är viktigt för patientens ställning att denna skyldighet blir allmänt känd för vårdgivare och dess vårdpersonal. *Malmö kommun*, *Jönköpings läns landsting* och fler andra remissinstanser befarar att svagare grupper som har svårare att hävda sina

rättigheter, som patienter inom den kommunala sjukvården, kan missgynnas av förslaget i förhållande till andra grupper. Av de skälen anser *Statens folkhälsoinstitut, Handikappförbundens samarbetsorgan, Malmö kommun* samt *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* att förslaget bör innefatta ett informationsansvar om möjligheten att få förnyad medicinsk bedömning.

Försäkringskassan anser att en förnyad medicinsk bedömning inte får stå i motsättning med rehabiliteringskedjan och dess tidsgränser, samt påpekar att lagändringen medför en ökad möjlighet att få sådan bedömning i ett annat land. Några remissinstanser, t.ex. *Östergötlands läns landsting* noterar också att förslaget kan innebära vissa ekonomiska konsekvenser för landstingen om användningen av förnyad medicinsk bedömning ökar.

Skälen för regeringens förslag

Möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning stärker patientens ställning

Bestämmelsen i 3 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ger landstingen skyldighet att i vissa situationer medverka till att patienten får möjlighet att konsultera ytterligare en läkare om sin sjukdom och behandling. Enligt bestämmelsens nuvarande lydelse ska patienter beviljas förnyad medicinsk bedömning i de fall då patienten har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada och då vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för hans eller hennes framtida livskvalitet. Möjligheten till förnyad medicinsk bedömning får inte begränsas till det landsting där patienten är bosatt.

Enligt HSL är vårdgivarna skyldiga att bedriva vård enligt kraven på god vård. Vården ska också baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket följer indirekt av HSL och direkt av bestämmelser i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, förkortad LYHS. Den som vänder sig till vården ska få sitt tillstånd utrett och ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Om det finns flera behandlingsalternativ som står i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstingen ge patienterna möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.

Möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning kan enligt förarbetena (prop.1998/99:4) till den ursprungliga bestämmelsen bidra till att skapa trygghet för patienten i särskilt svåra situationer, t.ex. då patienten har förlorat tilltro till sin läkare eller då patienten fått besked om en särskilt svår diagnos som han eller hon har svårt att försona sig med. Om hälso- och sjukvården medverkar till förnyad medicinsk bedömning kan patienten känna sig tryggare i att den diagnos som ställs och den behandling som föreslås är korrekta.

Regeringen anser att möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning inom hälso- och sjukvården därmed är en viktig del i att säkerställa patientens ställning i sjukvården. Även om läkaren som genomför den nya bedömningen kommer fram till samma slutsats vid en förnyad

bedömning kan detta ha ett värde för patienten, som kan känna sig tryggare i att den medicinska bedömningen är korrekt utifrån patientens situation. Det är också en viktig funktion för att säkerställa att patienterna får vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och uppfyller kraven på att vården ska vara av god kvalitet. Förnyad medicinsk bedömning kan också ha en funktion som ett metodutvecklande verktyg samt utgöra en trygghet och ett stöd för läkaren i beslut om behandling. Genom att konsultera ytterligare läkare kan nya metoder och medicinska landvinningar spridas inom vården, vilket säkerställer att patienten får vård av hög kvalitet.

Landstingens skyldighet att erbjuda förnyad medicinsk bedömning bör utvidgas

Utredningen har föreslagit att rekvisitet, att det ska saknas vetenskap och beprövad erfarenhet som ger en entydig vägledning om det medicinska ställningstagandet, ska tas bort. Utredningens uppfattning är att de nuvarande begränsningarna är onödigt inskränkande och kan bidra till ojämlikhet i villkoren. Det finns risk för att det uppstår skillnader mellan de som har resurser att skaffa sig en bedömning idag med egen betalning och de som inte har det. Utredningen hänvisar också till den forskning som visar att de medicinska resultaten blir bättre med en högre grad av involvering av patienten, vilket möjligheten till förnyad medicinsk bedömning kan understödja.

Utredningen menar också att ett borttagande av det aktuella rekvisitet innebär ett tydliggörande av när förnyad medicinsk bedömning bör erbjudas en patient. Villkoret om att det ska saknas vetenskap och beprövad erfarenhet för att landstingen ska vara skyldiga att erbjuda förnyad medicinsk bedömning menar utredningen kan vara problematiskt i förhållande till hur hälso- och sjukvårdspersonal arbetar. Det kan vara oklart om det för ett specifikt fall saknas vetenskap och beprövad erfarenhet då hälso- och sjukvården alltid ska ta hänsyn till den enskilde patientens individuella hälso- och livssituation och utföra vården i samråd med patienten. En majoritet av remissinstanserna instämmer i utredningens bedömning att rekvisitet om att vägledning enligt vetenskap och beprövad erfarenhet ska saknas för att landsting ska ha en skyldighet att medverka till förnyad medicinsk bedömning bör tas bort. Flera remissinstanser som *Sveriges Kommuner och Landsting* och en stor del av landstingen menar dock att också de återstående rekvisiten är oklara, främst med hänvisning till rekvisitet om "särskilda risker".

Regeringen anser att en utökning av möjligheterna att använda sig av förnyad medicinsk bedömning kan stärka patientens ställning samt stödja en positiv utveckling i vården metodmässigt. Regeringen instämmer i utredningens bedömning att villkoret om att det ska saknas vägledning för det medicinska ställningstagandet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet för att landstingen ska bli skyldiga att erbjuda förnyad medicinsk bedömning bör tas bort. Detta kan stärka patientens ställning i svåra medicinska lägen och det kan stärka läkarna i deras yrkesutövning eftersom möjligheten att begära en förnyad medicinsk bedömning kan vara ett stöd i ett svårt medicinskt avgörande. Med den snabba

medicinska utvecklingen är det ytterligare ett sätt att säkerställa att patienten får tillgång till vård utifrån hans eller hennes behov.

Regeringen anser också att patienten bör ha ett avgörande inflytande över vid vilken vårdenhet som den förnyade medicinska bedömningen ska utföras och över vid vilken vårdenhet som behandlingen ska utföras när han eller hon tillsammans med sin läkare har tagit ställning till de behandlingsalternativ som finns.

Tillämpningen av landstingens skyldighet att medverka till förnyad medicinsk bedömning bör tydliggöras

Några av remissinstanserna påtalar, vilket nämndes ovan, att skyldigheten att erbjuda förnyad medicinsk bedömning fortfarande är oklar om villkoret om vetenskap och beprövad erfarenhet tas bort. Flera av remissinstanserna som *Hallands*, *Blekinge* och *Kalmar läns landsting* har påtalat att det behövs klargöranden även med den nya formuleringen av bestämmelsen.

Socialstyrelsen har i i de Nationella riktlinjerna för bröst-, kolorektal- och prostatacancer samt hjärtsjukdomar gett några exempel på när förnyad medicinsk bedömning bör övervägas. Det har framkommit att det finns önskemål om ytterligare vägledning vid tillämpningen av bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning. Socialstyrelsen har möjlighet att meddela föreskrifter inom området med stöd av bemyndigandena i förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. Regeringen förutsätter att Socialstyrelsen vid behov använder sig av denna möjlighet eller på annat sätt ger vägledning till hälso- och sjukvården. Regeringen vill också tydliggöra att det i lagstiftningen inte finns något hinder för att i vissa fall medverka till att patienten får en förnyad medicinsk bedömning trots att villkoren för landstingen skyldighet att medverka till detta inte är uppfyllda. Det har också Socialstyrelsen tydliggjort i sina Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer samt hjärtsjukdomar.

Uppföljning och tillsyn av tillämpningen av bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning

Patienten har rätt att få individuellt anpassad information om sitt hälso-tillstånd och om de möjligheter till undersökning, vård och behandling som finns. Informationen bör lämnas i former som stärker patientens delaktighet och självbestämmande och måste anpassas till den aktuella patientens förutsättningar och behov. Patienter bör bl.a. få information om olika undersökningsmetoder och tänkbara behandlingsalternativ. Det ankommer på vårdgivaren och hälso- och sjukvårdspersonalen att se till att patienten informeras (se avsnitt 4.1.3). Av 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) följer att det ska antecknas när information har lämnats till en patient, bl.a. gäller det uppgift om val av behandlingsalternativ och möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

Socialstyrelsen har i sina uppföljningar konstaterat att kunskapen om förnyad medicinsk bedömning är relativt låg hos både patienter och sjukvårdspersonal. Åsikter har också framförts till Socialstyrelsen från

patientföreträdare att förnyad medicinsk bedömning sällan förekommer. Trots att möjligheten till förnyad medicinsk bedömning utökas genom regeringens förslag finns det fortfarande risk för att användandet av förnyad medicinsk bedömning kan bli ojämnt med hänvisning till kunskapsbrist hos sjukvårdspersonal och patienter. Detta påtalar också några remissinstanser. *Statens folkhälsoinstitut* m.fl. anser att en informationsplikt om patientens möjlighet att få förnyad medicinsk bedömning bör skrivas in i bestämmelsen. *Malmö stad* hänvisar till att de brukare som har behov av tjänster från den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan vara sådana grupper som har särskilt svårt att göra sin röst hörd för att få en medicinsk bedömning.

Regeringen bedömer att användningen av förnyad medicinsk bedömning bör följas (se avsnitt 10). Om uppföljningen visar att det finns risk för att användandet av förnyad medicinsk bedömning skiljer sig åt i olika grupper t.ex. med avseende på ålder, kön, födelseland eller inkomst och att det finns ett behov av information om möjligheten att begära en förnyad medicinsk bedömning kan regeringen komma att ta initiativ till åtgärder när det gäller information till hälso- och sjukvårdspersonal och patienter. Regeringen anser dock att informationsplikt följer av bestämmelsen 2 b § HSL men att tillämpningen bör följas genom tillsyn.

Med fortsatt specialisering av hälso- och sjukvården finns det skäl att anta att användningen av möjligheten till förnyad medicinsk bedömning kommer att öka och att sådana kommer att utföras i större utsträckning utanför hemlandstinget och även utanför riket. Försäkringskassan har i sitt remissvar påtalat att en utvidgad rätt till förnyad medicinsk bedömning också medför ökad möjlighet att få sådan bedömning i annat land med stöd av EG-fördraget eller förordning 1408/71, som i sin tur leder till rätt till ersättning från Försäkringskassan för vårdkostnaden i det landet. EG-domstolen har avgjort att EU-medborgare ska ha rätt att söka och få vård i ett annat EU-land och få kostnaderna för vården ersatta av hemlandet. Regeringen anser att det är positivt att patienter som önskar kan söka och få vård i ett annat EU-land och få den ersatt av hemlandstinget. Det inkluderar också en förnyad medicinsk bedömning. För de patienter som uppfyller rekvisiten för att få en förnyad medicinsk bedömning, dvs. att hälsotillståndet är allvarligt och valet av behandling kan få stora konsekvenser för den framtida livskvaliteten, kan det vara önskvärt att få en bedömning av en läkare med en särskild kompetens som är verksam i ett annat EU-land. Troligtvis kommer antalet patienter som söker vård i ett annat EU-land även fortsättningsvis vara förhållandevis litet med hänvisning till att de flesta önskar få vård nära hemmet.

Även efter att det aktuella rekvisitet om vetenskap och beprövad erfarenhet har tagits bort, kommer den grupp som omfattas av landstingens skyldighet att ge förnyad medicinsk bedömning vara förhållandevis liten. Användningen av förnyad medicinsk bedömning och hur den utvecklas bör utvärderas för att kunna se om det finns behov av att ytterligare vidga skyldigheten till att omfatta ytterligare grupper av patienter.

9 Patientlagstiftning

Regeringens bedömning: Regeringen har inte tagit ställning till Ansvarskommitténs förslag om en sammanhållen patientlagstiftning. Förslaget bereds för närvarande i Regeringskansliet. Regeringen bedömer att de förslag som lämnas i denna lagrådsremiss kompletterar Ansvarskommitténs förslag till sammanhållen patientlag.

Utredningens bedömning: Ansvarskommitténs avvägning av vilka bestämmelser som bör finnas med i en framtida patientlag är i allt väsentligt adekvat. Om regeringen går vidare med beredningen av förslaget till patientlag, bör de författningsförslag som utredningen lämnat i det aktuella betänkandet liksom i betänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) leda till vissa tillägg och ändringar i den lagen. Utredningen gör bedömningen att de förslag för att stärka patientens ställning som utredningen lämnat bör prövas och utvärderas innan andra och hårdare styrformer övervägs.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser som kommenterat utredningens bedömning om en patientlagstiftning har inget att invända eller är övervägande positiva i sina kommentarer.

De allra flesta remissinstanserna, bl.a. *Sveriges Kommuner och Lands-ting* och en majoritet av landstingen, är övervägande positiva till utredningens bedömning att behovet av en ytterligare förstärkt lagstiftning minskar eftersom patienten genom reglering av vårdgarantin och utredningens övriga förslag tillförsäkras en starkare ställning i fråga om tillgänglighet, valfrihet och kontinuitet. *Konkurrensverket*, *Stockholms läns landsting* och *Sveriges Psykologförbund* anser att det är viktigt att uppföljning och utvärdering görs av föreliggande förslag för att kunna ta ställning till om man måste gå vidare med att stärka patientens ställning.

Skälen för regeringens bedömning: Ansvarskommittén har i sitt slutbetänkande (SOU 2007:10) lämnat ett förslag till en patientlag. Kommitténs förslag innebär att ett antal för patienterna centrala bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125) och den numera upphävda patientjournalagen (1985:562) samlas i en lag. Lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. föreslås av Kommittén i sin helhet ingå i den nya lagen. Syftet med Kommitténs förslag till en samlad patientlagstiftning är att stärka patientens ställning samtidigt som överskådligheten och tillgängligheten ökar för medborgarna. Samtidigt synliggörs patienten som aktör och inte bara som ett objekt för vårdgivarens agerande. Kommittén bedömer vidare att en patientlagstiftning sannolikt också ger en generell effekt på hälso- och sjukvården.

Utredningen har gjort bedömningen att Ansvarskommitténs avvägning om vilka bestämmelser som bör finnas med i en framtida patientlag i allt väsentligt är adekvat. De författningsförslag som utredningen lämnat i det aktuella betänkandet liksom i betänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) bedöms föranleda vissa tillägg och ändringar i patientlagen. Utredningen konstaterar att förslaget till patientlag innebär dubbelregleringar, vilket också skulle bli fallet med de förslag som utredningen har lämnat. Utredningen bedömer dock att en sådan metodik får

accepteras med hänsyn till det starka egenvärdet i att patienten lyfts fram och synliggörs i en egen patientlag.

Regeringen gör bedömningen att patientens ställning i vården fortsatt behöver stärkas. Regeringen har redan tagit flera initiativ som har gett eller kommer att bidra till en stärkt ställning för patienten. Särskilt kan nämnas reformer och insatser för ökad valfrihet för patienten, skärpt tillsyn av hälso- och sjukvården, öppna jämförelser och kvalitetsregister samt en oberoende granskningsfunktion för hälso- och sjukvården. De förslag som lämnas i lagrådsremissen syftar också till att stärka patientens ställning, genom kortare väntetider, stärkt samordning av vården och ökat inflytande för patienten. Regeringen avser att följa upp tillämpningen och effekterna av den lagstiftning som föreslås i lagrådsremissen (se avsnitt 10). Sammantaget innebär de pågående åtgärderna liksom förslagen i lagrådsremissen en kraftfull förstärkning av patientens ställning.

Ansvarskommitténs förslag till en sammanhållen patientlag kan därutöver ytterligare tydliggöra och stärka patientens ställning i vården. Regeringen bedömer att de förslag som lämnas i denna lagrådsremiss kan vara viktiga komponenter i en sammanhållen patientlag. Ansvarskommitténs förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

10 Tillsyn och uppföljning

Regeringens bedömning: Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården kommer att omfatta de föreslagna bestämmelserna avseende vårdgaranti i 3 g–3 j §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), liksom övriga förslag i lagrådsremissen.

Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att följa upp genomförandet och konsekvenserna av regeringens förslag.

Utredningen har inte lämnat något förslag eller bedömning i denna del.

Remissinstanserna: Ett fåtal remissinstanser har kommenterat frågan. *Stockholms läns landsting* påpekar att det är viktigt att uppföljning och utvärdering görs av föreliggande förslag för att kunna ta ställning till om man måste gå vidare med att stärka patientens ställning. *Uppsala kommun* anför att landstingens prioriteringar i syfte att uppfylla vårdgaranti skulle kunna få konsekvenser för andra huvudmän och deras åtaganden. Den nationella uppföljningen av vårdgarantis effekter bör därför omfatta även det området. *Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte* anför att den av utredningen föreslagna uppföljningen bör, utöver att ge viktig information till patienter, syfta till att successivt kunna reducera antalet dagar för vårdgarantis yttre ram. Organisationen menar att den lärande processen i landstingen kan vinna på att den nationella uppföljningen också omfattar utformning och tillgängliggörande av information till patienterna om väntetider, alternativa vårdgivare, redovisad kvalitet etc.

Skälen för regeringens bedömning

Tillsyn

Socialstyrelsen har tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen och över i princip all hälso- och sjukvårdsverksamhet. I tillsynen ingår att kontrollera om hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs i enlighet med de krav som lagstiftningen ställer, vilket förtydligats genom ändringar i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, vilka träder i kraft den 1 januari 2010.

Regeringen föreslår i lagrådsremissen att den vårdgaranti som regleras i en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, förkortat SKL, ska regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Landstingen och hälso- och sjukvårdspersonalen föreslås dessutom få ett ansvar för att informera om vårdgarantin. Regeringen gör bedömningen att den nya regleringen kommer att bli föremål för Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården. Detta behöver inte anges i lagtexten.

Inom ramen för tillsynen ska Socialstyrelsen således följa tillämpningen av den lagstiftning som regeringen föreslår, t.ex. hur vårdgarantin och tillgänglighetsarbetet utgör en del av landstingens arbete för att upprätthålla kvalitet och hög patientsäkerhet. Andra exempel på frågor som kan omfattas av tillsynen är hur vårdgarantin i praktiken tillämpas och efterlevs i landstingen, vilka åtgärder man vidtar för att komma tillrätta med eventuella brister samt hur landstingen och hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör sin informationsskyldighet vad gäller vårdgarantin.

Även de övriga förslag som lämnas i lagrådsremissen kommer att omfattas av Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården, dvs. bestämmelserna om kravet på hälso- och sjukvården att ge information om patientens valmöjligheter, fast vårdkontakt och utvidgad förnyad medicinsk bedömning.

Uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa hur landstingen arbetar för att uppnå målen i den nationella vårdgarantin i enlighet med överenskommelsen mellan staten och SKL. I uppdraget ingår att följa och analysera vilka åtgärder landstingen genomför med anledning av den överenskommelse om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, den s.k. kömiljarden som slutits mellan staten och SKL. I uppdraget ingår också att analysera vilka effekter landstingens satsningar får för tillgängligheten och väntetiderna i vården samt hur de påverkar patienternas situation. Socialstyrelsen ska vidare analysera landstingens informationsinsatser om vårdgarantin och allmänhetens och professionens kännedom om vårdgarantin. Socialstyrelsen ska även tillse att information om innehållet i vårdgarantin finns tillgänglig genom myndighetens ordinarie informationskanaler (S2009/4232/HS).

Vid sidan av det tillsynsansvar som vilar på Socialstyrelsen när det gäller de lämnade förslagen har regeringen för avsikt att återkomma med kompletterande uppdrag till berörda myndigheter avseende uppföljning och utvärdering av de lämnade förslagen. Frågor som kan vara särskilt

relevanta för en sådan uppföljning och utvärdering är den lagreglerade vårdgarantins effekter när det gäller väntetider, möjligheterna till och utnyttjandet av vård hos andra vårdgivare, eventuell förekomst av undanträngning liksom eventuella effekter på utredningstiden och andra ledtider som inte omfattas av den föreslagna vårdgarantin. De föreslagna skyldigheterna att informera om vårdgarantin och patientens valmöjligheter bör dessutom följas. Tillämpningen och effekterna av den föreslagna fasta vårdkontakten bör följas, t.ex. på vilket sätt landstingen väljer att inrätta funktionen och hur man skapar den nödvändiga samordningen mellan verksamhetsområden, vårdgivare och huvudmän. När det gäller den utvidgade möjligheten till förnyad medicinsk bedömning bör bl.a. följas upp hur förslaget påverkar patienternas tillgång till förnyad medicinsk bedömning. Kännedomen hos patienter, personal och hälso- och sjukvårdsverksamheter om denna skyldighet bör också studeras. Uppföljningen av förslagen bör uppmärksamma konsekvenser och effekter för patienter, personal, hälso- och sjukvårdsverksamheter liksom huvudmän. Skillnader mellan kvinnor och män bör uppmärksammas i uppföljningen av samtliga förslag.

11 Konsekvenser av regeringens förslag

Regeringens bedömning: Förslagen innebär inte några ekonomiska konsekvenser för landstingen. Ökade kostnader för Socialstyrelsens tillsyn över vårdgarantin finansieras inom ram.

Utredningens bedömning: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna, bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting* har inte haft några invändningar mot utredningens bedömning. *Skåne läns landsting*, *Halland läns landsting*, *Västernorrlands landsting* och ytterligare några landsting och kommuner bedömer att utredningens förslag kommer att leda till ökade kostnader. Några landsting förutsätter att den s.k. finansieringsprincipen gäller och att landstingen bör anvisas hur de ökade kostnaderna ska finansieras. *Socialstyrelsen*, *Västra Götalands läns landsting*, *Svensk sjuksköterskeförening* med flera efterlyser konsekvensanalyser gällande kostnader och personalresurser för flera av förslagen.

Skälen för regeringens bedömning: Lagrådsremissen innehåller tre huvudsakliga förslag – att en lagstadgad vårdgaranti införs, att funktionen patientansvarig läkare (PAL) ersätts med en fast vårdkontakt samt att möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning utvidgas. Regeringen bedömer att förslagen inte innebär några ökade kostnader för landstingen.

När det gäller förslaget om en lagstadgad vårdgaranti kan konstateras att landstingen redan i dag har gjort frivilliga åtaganden att erbjuda en vårdgaranti för kontakt med och besök till primärvården liksom för besök och behandling i den planerade vården, i enlighet med överenskommen om vårdgarantin. Landstingen har åtagit sig att se till att patienten utan extra kostnad kan få vård hos en annan vårdgivare om

landstinget inte förmår att uppfylla vårdgarantins tidsgränser, att informera om vårdgarantin samt att bidra till uppföljning av vårdgarantin.

Regeringen har sedan 2002 tillfört landstingen omfattande bidrag för arbetet med vårdgaranti och tillgänglighet. Inom ramen för den s.k. tillgänglighetsatsningen avsattes under 2002–2004 sammanlagt 3 600 miljoner kronor i form av ett särskilt bidrag till landstingen (dåvarande anslaget 48:5 Bidrag för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner). Från och med 2005 har motsvarande belopp, 1 250 miljoner kronor per år, tillförts det generella statsbidraget till kommuner och landsting (anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämning inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner). Från och med 2005 tillför regeringen landstingen dessutom ytterligare medel för att täcka de ökade kostnaderna för vårdgarantin, hittills totalt ca 3 miljarder kronor, via det generella statsbidraget till kommuner och landsting.

Från och med 2010 ger regeringen landstingen ett prestationsbaserat bidrag om 1 miljard kronor årligen genom den s.k. kömiljarden, i syfte att ytterligare stimulera landstingen till förbättringar av tillgängligheten (anslaget 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg). Regeringen och SKL har i en överenskommelse för åren 2010–2012 angett prestationsbaserade mål som landstingen ska nå för att få ta del av medlen. Överenskommelsen ska revideras årligen. Regeringen har vidare tillfört landstingen totalt 642 miljoner kronor under 2007–2009 för att förbättra tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrin, i samband med överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Regeringen har avsatt ytterligare 214 miljoner kronor per år under 2010 och 2011 för detta ändamål (anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg). För att få ta del av medlen måste landstingen uppnå de prestationsbaserade mål som regeringen och SKL kommit överens om.

Utöver de ovan nämnda bidragen har regeringen, i samband med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/00:149), gett landstingen bidrag om närmare 9 miljarder kronor under åren 2001–2004, via det generella statsbidraget inom utgiftsområde 25 Allmänna statsbidrag till kommuner, varav 4 miljarder kronor under 2004. Motsvarande belopp ingår från och med 2005 i anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämning inom samma utgiftsområde. Regeringens syfte med satsningen var bl.a. att stärka tillgänglighet, samverkan och mångfald inom hälso- och sjukvården.

Regeringen har vidare, i samband med den s.k. Dagmaröverenskommelsen, gett landstingen riktade bidrag om totalt 42,5 miljoner kronor för arbetet med databasen Väntetider i vården under åren 2003–2009.

Regeringens förslag i lagrådsremissen innebär att det som hittills varit ett frivilligt åtagande för landstingen enligt överenskommelsen om vårdgarantin blir en lagstadgad skyldighet för landstingen att erbjuda tid för kontakt, besök och vård inom en viss tidsrymd. Genom en lagstiftning på området blir landstingens skyldigheter tydligare för alla som berörs av

hälso- och sjukvården, dvs. patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och beslutsfattare. Möjligheterna för medborgarna att ställa krav och utkräva ansvar förstärks därmed. Sammantaget innebär förslaget en starkt ställning för patienten. Eftersom förslaget innebär ett utökat lagstadgat åtagande för landstingen omfattas det av den kommunala finansieringsprincipen. Landstingen ska då kompenseras för eventuella ökade kostnader till följd av förslaget. Det finns enligt regeringen inget som visar att detta kommer att medföra ökade kostnader för landstingen. Ett fortsatt arbete för att stärka tillgängligheten och korta vårdköerna medför snarare en potential för landstingen att använda tillgängliga resurser mer effektivt. Regeringens åtgärder inom området de senaste åren, bl.a. i form av ekonomisk ersättning, har haft syftet att bistå landstingen i detta arbete. Mot denna bakgrund anser regeringen att någon ekonomisk reglering inte ska göras.

Förslaget att införa en fast vårdkontakt syftar till att patienten ska kunna vända sig till en person eller funktion i kontakterna med vården. Ett sådant förfarande bedöms kunna spara både tid och möda för patienterna och för hälso- och sjukvårdspersonalen. I nuläget är denna patientens ingång i vården begränsad till läkare. Genom regeringens förslag finns möjligheten att skapa mer ändamålsenliga funktioner, som bättre kan tillgodose patientens intressen och som innebär att andra yrkesgrupper, såväl vårdpersonal som administrativ personal, vara patientens regelbundna och sammanhållande kontakt med vården. Sammantaget bedöms förslaget skapa möjligheter för landstingen att, utifrån regionala och lokala förhållanden, ordna patienternas kontakt med vården på det mest ändamålsenliga sättet. Förslaget bedöms mot denna bakgrund inte innebära några ökade kostnader för landstingen.

När det gäller den utvidgade möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning kan konstateras att en viss ökning av antalet medicinska bedömningar kan förutses. Omfattningen av denna ökning är svår att förutsäga. Det är bl.a. oklart hur stor inverkan är av övriga kvarvarande begränsningar i lagstiftningen när det gäller möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning. Det handlar dock även i fortsättningen om en begränsad grupp patienter som kan komma ifråga för en förnyad medicinsk bedömning. Utredningen gör analysen att det är av stor vikt att patienten aktivt förstår och deltar i behandlingen för att vården ska kunna ha avsedd verkan, nå bästa slutresultat och vara så effektiv som möjlig. Regeringen delar utredningens bedömning att en utökad möjlighet till förnyad medicinsk bedömning kan bidra till en sådan förståelse och deltagande från patientens sida och att det i sig kan skapa förutsättningar för vården att vara mer effektiv. Förslaget bedöms endast ha marginella konsekvenser för landstingen.

Den lagstadgade vårdgarantin kommer att omfattas av Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården. Denna nya uppgift för tillsynen bedöms kunna genomföras inom ramen för myndighetens nuvarande anslag.

När det gäller förslagets konsekvenser för kvinnor och män saknas i nuläget underlag för att göra en bedömning. Det är dock rimligt att anta att förslaget om fast vårdkontakt har en särskilt gynnsam effekt på t.ex. äldre personer som har många sjukdomar. I denna grupp finns en övervägande andel kvinnor.

12 Genomförandeaspekter och ikraftträdande

Regeringens förslag: Regeringens förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska träda i kraft den 1 juli 2010.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningens förslag till lagändringar föreslås delvis träda i kraft den 1 januari 2010. Landstingens skyldighet att enligt 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, inrätta en vårdgaranti föreslås träda i kraft den 1 juli 2010. Detsamma gäller de föreslagna bestämmelserna om individuellt anpassad information enligt 2 b § andra stycket och 3 f § tredje stycket HSL samt 2 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, förkortad LYHS.

Remissinstanserna: Några landsting, bl.a. *Västra Götalands läns landsting* efterfrågar en rimlig tid för genomförande av förslagen. *Gotlands kommun* anser att införandet av vårdgarantin bör ske successivt. Detta med hänsyn till att flera sjukvårdshuvudmän behöver tid för att organisera arbetet med snävare tidsgränser.

Skälen för regeringens förslag: Utredningen har föreslagit att genomförandet av vårdgarantin bör delas upp i två steg – varje landsting ska den 1 januari 2010 besluta om en regional vårdgaranti och vårdgarantin ska träda i kraft i landstinget senast den 1 juli 2010. Utredningen har vidare knutit ikraftträdandet av de bestämmelser som avser information till patienten till det senare datumet. Regeringen anser att ett samlat ikraftträdande av samtliga regeringens förslag är mest lämpligt. De föreslagna lagändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt. Några remissinstanser har påtalat vikten av att man ges rimlig tid att förbereda ett genomförande av förslagen. För att ge en rimlig tid för förberedelser i landstingen föreslås ändringarna i lagstiftningen träda i kraft den 1 juli 2010.

13 Författningskommentar

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

2 b §

Förslaget behandlas närmare i avsnitt 6.4.

Bestämmelsen reglerar patientens rätt till information (jfr prop. 1978/79:220 s. 44. 1981/82:97 s. 119 och 1998/99:4 s. 46). Det ankommer på vårdgivaren att organisera verksamheten så att kravet på fullgod information till patienten kan upprätthållas. Detta ansvar för vårdgivaren har sin motsvarighet i 2 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, förkortad LYHS. Vården ska enligt 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, utformas och genomföras i samråd med patienten. En förutsättning för detta är att han

eller hon får information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Paragrafens *första stycke* ändras på så sätt att kravet på att ge patienten individuell anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning och behandling som finns anges som punkterna 1 och 2 i en punktuppställning.

I bestämmelsens *första stycke 3* införs ett krav på att patienten ska ges en individuellt anpassad information om vilka valmöjligheter som patienten har inom den offentligt finansierade vården. Tillägget är avsett att tydliggöra vårdgivarens ansvar för att patienten får information om hans eller hennes möjligheter att söka vård och behandling hos andra utförare av hälso- och sjukvårdstjänster och hos andra vårdgivare. Vårdgivare brukar definieras som statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare). Med utförare avses exempelvis vårdenheter eller mottagningar, såväl inom ett landstings regi som sådana som drivs av privata vårdgivare. Landstinget är fr.o.m. den 1 januari 2010 (5 § HSL) skyldigt att organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem, prop. 2008/09:74).

Denna informationsskyldighet för vårdgivaren föreslås få sin motvarighet för hälso- och sjukvårdspersonalen genom en ändring i första stycket i 2 kap. 2 § LYHS, se kommentaren till denna bestämmelse.

3 a §

Förslaget behandlas närmare i avsnitt 6.5. Förslaget i andra stycket behandlas i avsnitt 8.

Paragrafens *andra stycke* ska upphävas. Enligt denna bestämmelse har patienten inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om hemlandstinget kan erbjuda en behandling som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. Denna begränsning vad gäller patientens möjlighet att söka vård utanför sitt hemlandsting ska inte längre finnas kvar. Ett landsting har enligt 4 § andra stycket HSL rätt att erbjuda patienter från andra landsting hälso- och sjukvård, om landstingen kommer överens om det. Begränsningen i nuvarande 3 a § andra stycket saknar i de flesta fall praktisk betydelse eftersom landstingen har träffat sådana överenskommelser med varandra. Även om ett landsting i första hand är skyldigt att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget finns det inte längre någon anledning att begränsa möjligheten att söka vård i ett annat landsting på det sätt som görs i den aktuella bestämmelsen.

I det nya *andra stycket* regleras landstingets skyldighet att erbjuda en förnyad medicinsk bedömning till patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Denna skyldighet ska utvidgas genom att den nuvarande begränsningen avseende att skyldigheten bara gäller när vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning tas bort. Ändringen medför att landstingen blir skyldiga att erbjuda patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada en förnyad

medicinsk bedömning om det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för hans eller hennes livskvalitet. Syftet med att ta bort begränsningen är att stärka patientens ställning. När det gäller denna grupp av svårt sjuka patienter är det viktigt att vara lyhörd och respektera patientens oro. Landstingen ska ge dessa patienter möjlighet att diskutera sin sjukdom och behandling med ytterligare en yrkesutövare även om den medicinska bedömning som gjorts framstår som odiskutabel ur vetenskaplig synpunkt. I de fall när en förnyad medicinsk bedömning ska genomföras ska landstinget 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. Patienten ska ha ett avgörande inflytande över vilken vårdenhet som behandlingen ska utföras vid sedan han eller hon tillsammans med sin läkare har tagit ställning till de behandlingsalternativ som finns.

Motsvarande ändring görs i 2 kap. 2 a § LYHS vad gäller hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att medverka till en patient får en förnyad medicinsk bedömning.

I paragrafen görs vidare vissa språkliga justeringar.

3 g §

Förslaget behandlas närmare i avsnitt 6.1. Förslaget i andra stycket behandlas i avsnitt 6.2.

Paragrafen är ny och reglerar skyldigheten för landstingen att erbjuda de som är bosatta i landstinget en vårdgaranti. Vårdgarantin är en försäkran från landstinget om att patienten inom viss tid ska få kontakt med, besök hos och behandling inom hälso- och sjukvården. Vårdgarantin ska omfatta all behandling inom landstingets planerade vård, således även region- och högspecialiserad vård via avtal med andra vårdgivare.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, kommer att genom föreskrifter meddela de tidsramar som ska gälla för vårdgarantin.

Vårdgarantin ska innehålla de utfästelser som anges i första-fjärde punkten.

Enligt det första stycket *första punkten* ska vårdgarantin innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården. Bestämmelsen syftar till att garantera en viss tillgänglighet när patienten söker få kontakt med primärvården, t.ex. en vårdcentral eller sjukvårdsrådgivningen. Tillgängligheten kan t.ex. tillgodoses genom ett telefonsamtal, eller genom besök.

Andra punkten reglerar landstingets skyldighet att erbjuda patienten en garanti för planerade besök hos läkare i primärvården. Den innebär en försäkran om att han eller hon inte ska behöva vänta längre än viss angiven tid på att få göra ett läkarbesök.

Tredje punkten reglerar motsvarande skyldighet för landstinget att ge patienten en garanti om att inom viss tid få komma till ett planerat besök inom den specialiserade vården.

Landstinget ska vidare enligt *fjärde punkten* erbjuda en garanti för att patienten inom viss tid får planerad vård.

Vårdgarantin reglerar inte om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Vårdgarantin tar endast sikte på inom vilka tidsgränser

patienten ska erbjudas kontakt, besök eller behandling. Inte heller reglerar vårdgarantin hur lång tid utredningen av patienten får ta.

I paragrafens *andra stycke* bemyndigas regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt närmare föreskrifter om vårdgarantins innehåll. När det gäller innehållet i vårdgarantin kan föreskrifter t.ex. meddelas om vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att en patient ska anses vara frivilligt väntande. För att en sådan patient inte ska räknas med i väntetidsstatistiken är det väsentligt att patienten verkligen har gjort ett frivilligt ställningstagande till att vänta längre än vad som utlovas i vårdgarantin.

3 h §

Paragrafen är ny och behandlas närmare i avsnitt 6.5.

Paragrafen reglerar konsekvensen av att ett landsting inte förmår uppfylla delar av vårdgarantin. Om landstinget inte förmår uppfylla utfästelserna i vårdgarantin enligt 3 g § första stycket tredje eller fjärde punkten ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom eller utom landstinget utan extra kostnad för patienten. Om det vid tiden för remissen till den specialiserade vården eller beslutet om planerad vård är troligt att vårdgarantins längsta godtagbara väntetider kommer att överskridas ska landstinget hjälpa till med att ordna besök eller behandling inom rätt tid hos någon annan vårdgivare. Detsamma ska gälla om det först en tid efter beslutet står klart att den längsta godtagbara väntetiden kommer att överskridas.

Vårdgivaren ska beakta patientens förutsättningar och önskemål vid valet av den vårdgivare som patienten ska hänvisas till på grund av vårdgarantin. Vården ska enligt 2 a § HSL så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Efter ett konkret erbjudande om vård hos en annan vårdgivare har patienten förstås möjlighet att välja att vänta en längre tid för att istället vårdas inom det egna landstinget. För att patienten ska kunna ha en reell möjlighet att välja det vårdalternativ som passar honom eller henne bäst måste patienten få information om vårdgarantin och vad den innebär för hans eller hennes fortsatta behandling, se kommentaren till 3 j § HSL.

3 i §

Paragrafen är ny och behandlas närmare i avsnitt 6.3.

Paragrafen reglerar landstingens skyldighet att rapportera in väntetidsdata till en nationell databas. Idag sker denna rapportering till Sveriges kommuner och landsting, som ansvarar för databasen Väntetider i vården. Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, bemyndigas att meddela föreskrifter om hur rapporteringen av väntetidsdata ska fullgöras.

3 j §

Förslaget behandlas närmare i avsnitt 6.4.

Paragrafen är ny. Av *första stycket* framgår att landstinget ska ge patienten individuell information om vårdgarantin. Denna bestämmelse gäller utöver vad som följer av den grundläggande informationsskyldig-

heten enligt 2 b § HSL (jfr prop. 1978/79:220 s. 44, 1981/82:97 s. 119 och 1998/99:4 s. 46).

Den nya paragrafen reglerar landstingets skyldighet att informera patienten om vad vårdgarantin innebär för hans eller hennes fortsatta vård. Tillräcklig information är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i valet av besöks- eller behandlingsalternativ. Informationen bör lämnas i former som stärker patientens delaktighet och självbestämmande. Den får inte ges slentrianmässigt utan måste anpassas till den aktuella patientens förutsättningar och behov. Patienten bör få information om innebörden av vårdgarantin, vilka väntetider som är aktuella, sannolikheten för att landstinget kan uppfylla vårdgarantin och vilka alternativa vårdgivare som patienten kan hänvisas till om längsta godtagbara väntetider kommer att överskridas m.m.

Det ankommer på landstinget, att organisera verksamheten så att kravet på fullgod information till patienten kan upprätthållas. Detta ansvar för landstinget som vårdgivaren förslås få sin motsvarighet för hälso- och sjukvårdspersonalen i 2 kap. 2 § första stycket 4 LYHS, se kommentaren till denna bestämmelse. Skyldigheten att informera patienten är ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal, men vilar i första hand på den som har det direkta ansvaret för den vårdsituation som informationen avser. Ytterst är det verksamhetschefen vid enheten som svarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som säkerställer att patienten faktiskt får del av information om vårdgarantin av sådan kvalitet och omfattning som behövs.

Om informationen om vårdgarantin inte kan lämnas till patienten ska den enligt bestämmelsens *andra stycke* lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för det med hänsyn till reglerna om sekretess eller tystnadsplikt. Många gånger kan det sannolikt vara nödvändigt att informera närstående och diskutera innebörden av vårdgarantin med honom eller henne för att kunna erbjuda t.ex. en patient med en demenssjukdom en god och säker vård.

30 a §

Paragrafen är ny och behandlas närmare i avsnitt 7.2. Före paragrafen har även införts en ny rubrik "Kontinuitet och säkerhet i vården m.m."

Paragrafen tydliggör verksamhetschefens ansvar för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Inom hälso- och sjukvården ska det finnas en verksamhetschef (29 § HSL), som svarar för verksamheten. Verksamhetschefen ska vara den person som patienter, anhöriga, personal och tillsynsmyndigheter kan vända sig till rörande frågor kring verksamheten. Han eller hon ansvarar för att det medicinska omhändertagandet av patienten uppfyller kraven på god vård. Med god vård avses t.ex. att vården bedrivs så att den tillgodoser patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (2 a § HSL).

I 4 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om vårdgivarens ansvar för samverkan och samarbete. Det är verksamhetschefen som inom ramen för ledningssystemet ska ta fram

rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planering av vården av enskilda patienter och för samverkan i vårdprocesserna.

Den nya bestämmelsen avser att ytterligare förtydliga verksamhetschefens ansvar för den enskilda patientens behov av trygghet och kontinuitet. Det är verksamhetschefen som avgör hur kontinuitet, samordning och patientsäkerhet vid enheten ska tillgodoses. Det kan t.ex. ske genom att utse någon eller några yrkesutövare – som nödvändigtvis inte behöver vara läkare – med ansvar för dessa uppgifter eller att ge ett team till uppgift att tillgodose behovet av samordning och kontinuitet.

Om det är nödvändigt för att tillgodose behovet av samordning och kontinuitet ska en fast vårdkontakt för patienten utses. En fast vårdkontakt ska även utses om patienten begär det. Även om verksamhetschefen anser att behovet av samordning kan tillgodoses på annat sätt ska patientens önskemål om att kunna vända sig till en fast vårdkontakt tillgodoses. Verksamhetschefen ska så långt det är möjligt samråda med och respektera patientens önskemål när han eller hon utser den person som ska vara patientens fasta vårdkontakt (jfr. 2 a § HSL).

Med ett förtydligt ansvar för verksamhetschefen över kontinuitet och säkerhet behövs ingen bestämmelse om patientansvarig läkare (PAL). Regeringen föreslår därför att bestämmelsen om PAL i 27 § HSL upphävs, se avsnitt 7.1.

13.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

2 kap. 2 §

Förslaget behandlas närmare i avsnitt 6.4.

Paragrafens *första stycke* ändras på så sätt att kravet på att ge patienten individuell anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning och behandling som finns anges som punkterna 1 och 2 i en punktuppställning.

I paragrafens *första stycke 3* införs ett ansvar för hälso- och sjukvårdspersonalen att ge patienten en individuellt anpassad information om vilka valmöjligheter som patienten har inom den offentligt finansierade vården. Tillägget är avsett att tydliggöra att den som ansvarar för hälso- och sjukvården av en patient ska ge patienten information om hans eller hennes möjligheter att söka vård och behandling hos andra vårdgivare och utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Denna skyldighet föreslås få sin motsvarighet för vårdgivaren genom en ändring i första stycket 2 b § HSL, se kommentaren till denna bestämmelse.

I *första stycket 4* föreslås en reglering av hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin. Skyldigheten att informera patienten är ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal, men ankommer i första hand på den som har det direkta ansvaret för den vårdsituation som informationen avser. Ytterst är det verksamhetschefen vid den enheten som svarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som säkerställer att patienten faktiskt får del av information om vårdgarantin av sådan kvalitet och omfattning som behövs. Landstingets skyldighet i detta avseende föreslås regleras i en ny 3 j § HSL, se kommentaren till denna bestämmelse.

Skyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonalen att ge patienten en individuellt anpassad information om vårdgarantin gäller både för personal som är anställda direkt hos landstinget och för personal som är anställda hos privata vårdgivare.

2 kap. 2 a §

Förslaget behandlas närmare i avsnitt 8.

Genom en ändring i paragrafens *andra stycke* ska begränsningen tas bort som inneburit att skyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonal att medverka till att en patient får en förnyad medicinsk bedömning har förutsatt att vetenskap och beprövad erfarenhet inte givit entydig vägledning. Se kommentaren till förslaget till ändring i 3 a § andra stycket HSL som reglerar landstingets skyldighet att erbjuda en patient förnyad medicinsk bedömning.

Paragrafen justeras vidare genom att ”ska” ersätter ”skall”.

Förslag för att stärka patientens ställning

Den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården är till för att främja befolkningens hälsa och ge en god vård efter behov. Från den utgångspunkten borde patienter ha en ytterligt stark ställning. Normalt är det också så att vården ges med stor respekt för och med beaktande av patientens individuella situation. Inte desto mindre finns en lång rad områden där det har konstaterats att patienter systematiskt har en alltför svag och ibland, åtminstone upplevd, underordnad ställning.

Utredningen Patientens rätt i vården lämnar i delbetänkandet flera förslag för att stärka patientens ställning. Förslagen rör en lagreglering av vårdgarantin och det fria vårdvalet. Det handlar vidare om lagändringar kring vårdens ansvar att vid behov utse en fast vårdkontakt som ska kunna fungera som stöd till patienten. Ett sista förslag rör en utvidgad skyldighet att medverka till förnyad medicinsk bedömning, s.k. ”second opinion”.

De lämnade förslagen

En viktig utgångspunkt för de lämnade förslagen är att de ska ses som en helhet. Detta grundar sig på observationen att det finns flera olika orsaker till att patientens ställning är svag samt att olika typer av åtgärder har olika verkan bland annat beroende på vilken typ av situation och patient som är vid handen. De olika lämnade förslagen ska därför ses som komplement till varandra.

Utredningen föreslår en lagreglering av vårdgarantin. Vårdgarantin garanterar en given tillgänglighet för kontakter och besök hos primärvården, en garanterad maximal väntetid för beslutade besök till den specialiserade vården samt en garanti om maximal väntetid för beslutad behandling inom landstingets planerade vård. Vårdgarantin är således en tillgänglighetsgaranti som utgår från de beslut om vård som fattas inom hälso- och sjukvården. Förutom en lagreglering av vårdgarantin är utredningens förslag att patientens landsting ska se till att patienten utan extra kostnader kan få vård hos en annan vårdgivare, om det vid tiden för beslut om vård eller besök är troligt att vårdgarantins längsta godtagbara väntetider kommer att överträdas.

Utöver förslag till ny lagstiftning föreslår utredningen att regeringen fastställer vårdgarantins innehåll i en förordning. Utredningen bedömer att den yttre tidsgränsen bör anges så att alla som behöver, ska få del av beslutad vårdinsats inom 120 dagar och att en bedömning om vård ska göras inom 30 dagar. Vidare kan regeringen tillsammans med landstingen träffa särskilda överenskommelser och använda olika former av incitamentsstrukturer i den statliga bidragsgivningen för att stimulera

landsting att förverkliga mål inom vårdgarantin och tillgängligheten i övrigt.

Utredningen föreslår en lagreglering där landstingen åläggs att ge patienten individuellt anpassad information om rådande väntetider, valmöjligheter och innehållet i den vårdgaranti som landstinget tillämpar. Utredningen föreslår också att hälso- och sjukvårdslagens definition av god vård ges ett tillägg med innebörden att hälso- och sjukvården ska tillvarata patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare.

Patienter saknar ofta förmåga att överblicka och hantera den egna vårdens organisation eller förstå den komplexitet som vården inrymmer. Utredningen föreslår därför en stärkt skyldighet att vid behov ge patienter en fast vårdkontakt. Det är verksamhetschefens ansvar att denna vårdkontakt utses. Den fasta vårdkontakten kan exempelvis ha en samordningsroll för de olika kontakter som en vårdprocess omfattar. Vårdkontakten kan, men måste inte, vara läkare. Med ett tydligt ansvar för verksamhetschefen behövs ingen särskild lagbestämmelse om patientansvarig läkare, eftersom en likvärdig funktion kan utses av verksamhetschefen. Utredningen föreslår därför att lagbestämmelsen om patientansvarig läkare utgår. Utredningen understryker vidare landstingens skyldighet att organisera verksamheten så att patienten vid brister hos vårdgivaren bara behöver vända sig till en kontaktyta för fortsatt hjälp och stöd.

Utredningen föreslår slutligen att patientens ställning stärks genom att vidga hälso- och sjukvårdens skyldighet att medverka till att patienten kan få en förnyad medicinsk bedömning (s.k. ”second opinion”). Detta görs genom att en del av de nuvarande begränsningarna för denna skyldighet tas bort.

Sammantaget bedöms de föreslagna åtgärderna ge patienten en starkare ställning i hälso- och sjukvården. Förslagen grundar sig på den övergripande iakttagelsen att det finns ett tydligt behov att stärka patientens ställning samt att flera olika typer av kompletterande åtgärder behövs för att åstadkomma detta.

Åtgärderna föreslås träda i kraft den 1 januari 2010, med en övergångsbestämmelse beträffande vårdgarantin som innebär att 2005 års nationella vårdgaranti successivt ersätts med av varje landsting beslutade vårdgarantier under första halvåret 2010.

Konsekvenser av utredningens förslag

Utredningens förslag siktar på att ge den enskilde större inflytande. Detta föreslås ske på ett sätt så att den offentliga hälso- och sjukvårdens mål om en vård på lika villkor för hela befolkningen kan iakttas.

Ett införande av en lagstadgad nationell vårdgaranti innebär att det som i dag är ett frivilligt åtagande från landstingens sida blir obligatoriskt. I och med detta måste den kommunala finansieringsprincipen beaktas. En vårdgaranti behöver dock inte innebära att landstingens kostnader långsiktigt ökar. Om vårdbehov väl konstaterats, så blir kostnaderna för landstinget inte lägre av att man förskjuter starten av den beslutade åtgärden eller behandlingen och på motsvarande sätt naturligtvis inte heller högre om vården ges i tid. Alla behandlingar och andra åtgärder som görs

inom vårdgarantin ingår redan i det åtagande som landstinget har mot den egna befolkningen. Landstingens egna systematiskt genomförda förbättringsarbeten har visat att det finns betydande potential att tillvarata, vad avser möjligheter till att förbättra vårdprocesser, och därmed nå såväl bättre medicinska resultat som mer kostnadseffektiv vård.

Bilaga 1

Författningsförslag i betänkandet Patientens rätt,
Några förslag för att stärka patientens ställning
SOU 2008:127

Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen
(1982:763)¹

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) dels att 27 § och rubriken närmast före 27 §² ska upphöra att gälla, dels att 2 a, 2 b och 3 a §§ ska ha följande lydelse, dels att det i lagen ska införas två nya paragrafer, 3 f och 29 a §§, samt närmast före 29 a § en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 a §³

Hälso- och sjukvården *skall* bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den *skall* särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Vården och behandlingen *skall* så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten *skall* samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Hälso- och sjukvården *ska* bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den *ska* särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården,
6. *tillvarata patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare.*

Vården och behandlingen *ska* så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten *ska* samordnas på ett ändamålsenligt sätt. *Bestämmelser om fast vårdkontakt eller likvärdig rutin finns i 29 a §.*

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse av 27 § 1996:787 rubriken närmast före 27 § 1996:787.

³ Senaste lydelse 2006:493.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården *skall*, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården *ska*, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

2 b §⁴

Patienten *skall* ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Patienten *ska* ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Bestämmelser om individuellt anpassad information beträffande vårdgaranti, vilka vårdgivare som finns att tillgå m.m. finns i 3 f § tredje stycket.

Om informationen inte kan lämnas till patienten *skall* den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 7 kap. 3 eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 2 kap. 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Om informationen inte kan lämnas till patienten *ska* den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 7 kap. 3 eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 2 kap. 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

3 a §⁵

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *skall* landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget *skall* ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *ska* landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget *ska* ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patienten har inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en

⁴ Senaste lydelse 1998:1660.

⁵ Senaste lydelse 1998:1660.

behandling om står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Landstinget *skall* ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning *i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning* och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten *skall* erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda.

Landstinget *ska* ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning *om* det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten *ska* erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda.

3 f §

Landstinget ska besluta om en vårdgaranti som innehåller följande delar:

1. *tillgänglighetsgaranti för den enskildes kontakt med primärvården,*

2. *besöksgaranti för patientens planerade besök hos läkare i primärvården,*

3. *besöksgaranti för patientens planerade besök inom den specialiserade vården, och*

4. *behandlingsgaranti för landstingets planerade vård av patienten.*

Om landstinget inte förmår uppfylla kraven enligt första stycket 3 eller 4 ska landstinget ombesörja att patienten kan få vård hos annan vårdgivare.

Landstinget ska ge patienten individuellt anpassad information om

1. *innehållet i vårdgarantin,*

2. *rådande kösituation, och*

3. *patientens valmöjligheter avseende offentligt finansierad vård inom riket.*

Landstinget ska inrapportera uppgifter om väntetidsdata enligt

de närmare föreskrifter som regeringen eller den myndighet regeringen utser bestämmer. Regeringen eller den myndighet regeringen utser får också meddela föreskrifter om längsta godtagbara väntetider och ytterligare föreskrifter om vårdgarantis innehåll.

Fast vårdkontakt m.m.

29 a §

Verksamhetschefen ansvarar för att en fast vårdkontakt utses eller att en likvärdig rutin finns för att säkerställa patientens behov av samordning, kontinuitet och patientsäkerhet. En fast vårdkontakt ska även utses på begäran av patienten om det inte är obehövligt med hänsyn till patientsäkerheten.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010 med undantag för bestämmelserna om individuellt anpassad information enligt 2 b § andra stycket och 3 f § tredje stycket, vilka föreslås träda i kraft den 1 juli 2010.

2. Landstingets skyldighet enligt 3 f § att inrätta en vårdgaranti inträder inte fullt ut förrän den 1 juli 2010.

Förslag till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 2 och 2 a §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap. **2 §¹**

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient *skall* se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Om informationen inte kan lämnas till patienten *skall* den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 7 kap. 3 eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 8 § andra stycket eller 9 § första stycket i detta kapitel.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient *ska* se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Bestämmelser om individuellt anpassad information om vårdgaranti m.m. finns i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 7 kap. 3 eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 8 § andra stycket eller 9 § första stycket i detta kapitel.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

2 a §²

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *skall* den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *ska* den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon

¹ Senaste lydelse 2003:418.

² Senaste lydelse 1998:1661.

föredrar.

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient *skall* medverka till att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en förnyad medicinsk bedömning *i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning* och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet.

Bestämmelserna i denna paragraf omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

föredrar.

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient *ska* medverka till att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en förnyad medicinsk bedömning *om* det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet.

Bestämmelserna i denna paragraf omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010 såvitt gäller ändringen 2 kap. 2 a § och i övrigt den 1 juli 2010.

Förteckning över remissinstanser som avgett yttrande över betänkandet Patientens rätt, Några förslag för att stärka patientens ställning SOU 2008:127

Riksdagens ombudsmän (JO), Riksrevisionen, Kammarrätten i Göteborg, Länsrätten i Stockholms län, Datainspektionen, Kommerskollegium, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens folkhälsoinstitut, Barnombudsmannen (BO), Statskontoret, Konkurrensverket, Ekonomistyrningsverket (ESV), Tillväxtverket, Järfälla kommun, Stockholms kommun, Uppsala kommun, Karlskrona kommun, Malmö kommun, Simrishamns kommun, Göteborgs kommun, Ånge kommun, Östersunds kommun, Luleå kommun, Gotlands kommun, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Region Skåne, Hallands läns landsting, Västra Götalandsregionen, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Cancerfonden – Riksföreningen mot Cancer, Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Sveriges Kommuner och Landsting, Svenska läkaresällskapet, Tjänstemännens Centralorganisation (TCO), Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Svensk Näringsliv, Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Distriktssköterskeföreningen, Vårdföretagarna, Praktikertjänst AB, Läkemedelsindustriföreningen (LIF), Svenska Kommunalarbetareförbundet, Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF), Sveriges Psykologförbund, Förbundet Sveriges Arbeta-
reterapeuter, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte, Svenska KommunalPensionärernas Förbund (SKPF), Stiftelsen Den Nya Välfärden, Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum, Regelrådet, Svensk förening för allmänmedicin, Diskrimineringsombudsmannen, Stephan Tolstoy, Reumatikerförbundet, Svenska Barmorskeförbundet