

Patientens rätt

Några förslag för att stärka patientens ställning

Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt

Stockholm 2008



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2008:127

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Omslag: Manifesto, Petra Lundin

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2008

ISBN 978-91-38-23125-8
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Göran Hägglund

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas (dir. 2007:90). Utredaren ska 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 över landstingsgränser 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. Utredaren ska också föreslå nödvändiga kompletteringar av det förslag till patientlag 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. För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren föreslå hur vårdval kan införas i primärvården där det blir möjligt för vårdgivare att etablera sig med rätt till offentlig ersättning. I denna del lämnade utredningen förslag i delbetänkandet "Vårdval i Sverige" (SOU 2008:37).

Den 29 maj och den 18 juni 2008 beslutade regeringen att utredarens arbete skulle slutföras med ytterligare direktiv (dir. 2008:72 och dir. 2008:87). Av tilläggsdirektiven framgår dels att utredaren ska lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt, dels föreslå ett nytt system för hur privata vårdgivare ska kunna etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

I enlighet med direktiven redovisar utredningen sitt arbete i form av delbetänkanden. I detta betänkande redovisar utredningen sina överväganden och förslag i den del av uppdraget som rör

patientens rättsliga ställning, den nationella vårdgarantin och det fria vårdvalet samt förutsättningar för samordning, kontinuitet och trygghet. Utredningens direktiv rörande dessa delar återfinns i sin helhet i bilaga 1–2 (dir. 2007:90 och dir. 2008:72).

Experten Toivo Heinsoo har sedan den 1 september 2007 varit särskild utredare. Sakkunniga i utredningen har rättssakkunniga Petra Bergman, Socialdepartementet, ämnesrådet Kjell Ellström, Finansdepartementet, departementssekreteraren Helena Linde, Finansdepartementet, departementssekreteraren Martin Talvik, Socialdepartementet och departementssekreteraren Åsa Edman, Finansdepartementet. Rättssakkunniga, Petra Bergman, entledigades från uppdraget den 26 maj 2008 och samma dag förordnades kammarrättsassessorn Eva Willman som sakkunnig i utredningen. Departementssekreteraren Åsa Edman entledigades från uppdraget den 12 september 2008 och samma dag förordnades kanslirådet Richard Falkendal som sakkunnig i utredningen. Som experter i utredningen har Socialdepartementet förordnat förbundsordföranden Anne Carlsson, Reumatikerförbundet, förbundsordföranden Anna-Karin Eklund, Vårdförbundet, projektledaren Birgitta Eriksson, Socialstyrelsen, analytikern Jörgen Lindell, Nutek, bitr. avdelningschefen Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting, ordföranden Anne-Sophie Sjöberg, Vårdföretagarna, andre vice ordföranden Benny Ståhlberg, Sveriges läkarförbund samt konkurrensrådet Per-Arne Sundbom, Konkurrensverket. Andre vice ordförande för Sveriges läkarförbund, Benny Ståhlberg, entledigades från uppdraget den 30 april 2008 och samma dag förordnades ordförande Eva Nilsson Bågenholm som expert i utredningen.

Docenten Claes-Fredrik Helgesson anställdes som huvudsekreterare i utredningen på deltid från och med 1 augusti 2008 och på heltid från och med den 1 oktober 2008. Från och med den 1 oktober 2007 anställdes landstingsjuristen Robert Larsson som sekreterare i utredningen och statsvetaren Matilde Millares på halvtid som bitr. sekreterare i utredningen och från och med den 1 november 2008 på heltid.

Utredningen, som har antagit namnet Utredningen om patientens rätt, överlämnar härmed sitt delbetänkande Patientens rätt (SOU 2008:127).

Stockholm i december 2008

Toivo Heinsoo

*/Claes-Fredrik Helgesson
Robert Larsson
Matilde Millares*

Innehåll

Sammanfattning	13
Författningsförslag	27
1 Utredningens uppdrag och genomförande	35
1.1 Direktiven.....	35
1.2 Utredningsarbetet.....	36
1.3 Delbetänkandet	37
2 Utgångspunkter för utredningens överväganden och förslag	39
2.1 Några diskussioner och utvecklingslinjer.....	39
2.2 Frågor rörande patientens ställning inom ramen för utredningen	40
2.3 Patienten befinner sig i olika situationer.....	42
2.4 Tre sammansatta utmaningar	44
2.4.1 Flera åtgärder krävs för att stärka patientens ställning	44
2.4.2 Främja en fortsatt verksamhetsutveckling lokalt och regionalt	45
2.4.3 Att värna den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården	46
2.5 Två betydelsefulla tendenser	47
2.5.1 Medicinska landvinningar och vårdens resursbehov	47
2.5.2 Stigande efterfrågan på vård.....	47

2.6	Den begränsade räckvidden för enskilda åtgärder.....	48
2.7	Europeisk utblick: initiativ för att stärka patientens rätt i Nederländerna, Finland, Danmark, England och Norge.....	49
	Referenser	52
3	Patientens rättsliga ställning i hälso- och sjukvården	53
3.1	Central lagstiftning för patientens ställning inom hälso- och sjukvården.....	53
3.2	Den enskildes vårdförmåner enligt svensk lag	59
3.3	Hälso- och sjukvårdsförmåner enligt frivilliga åtaganden för landstingen.....	69
3.4	Fritt vårdval inom EU/EES	72
3.5	Patientens möjlighet till rättslig överprövning.....	76
	Referenser	77
4	Den nationella vårdgarantin och det fria vårdvalet: Bakgrund, nuvarande praxis och utmaningar	79
4.1	Problemet med vårdens tillgänglighet och väntetider i vården.....	79
4.2	Framväxten av vårdgarantin och det fria vårdvalet.....	80
4.2.1	Vårdgarantier.....	80
4.2.2	”Fritt vårdval”.....	84
4.2.3	Riksavtalet för utomlänsvård.....	86
4.2.4	Patientens ställning enligt vårdgarantin och det fria vårdvalet	86
4.2.5	Några statliga satsningar på tillgänglighetsområdet	87
4.3	Implementeringen av det fria vårdvalet.....	94
4.3.1	Tidigare uppföljningar av det fria vårdvalet.....	94
4.3.2	Utredningens undersökning av det fria vårdvalet.....	97
4.4	Socialstyrelsens uppföljning av den nationella vårdgarantin	100
4.4.1	Väntetider	100

4.4.2	Vilka utnyttjar vårdgarantin?	102
4.4.3	Undanträngningseffekter	102
4.4.4	Hinder och framgångsfaktorer	103
4.4.5	Landstingens förbättringsarbete	103
4.5	Relationerna mellan vårdgaranti och prioriteringar i hälso- och sjukvården	104
4.5.1	Vad avses med prioriteringar i hälso- och sjukvården?	105
4.5.2	Framväxten av prioriteringsarbetet på nationell nivå	106
4.5.3	Exempel på hur relationerna mellan prioriteringar och vårdgaranti har berörts	108
4.5.4	Utredningens överväganden rörande prioriteringar och vårdgaranti utanför primärvård ...	110
4.6	Upphandlingsjuridiska frågor vid fritt vårdval inom Sverige	111
4.6.1	Kort om lagen om offentlig upphandling och om tjänstekoncessioner	112
4.6.2	LOU och kommunala valfrihetssystem	113
4.6.3	Fritt vårdval enligt landstingsförbundets rekommendation (A 00:56)	114
4.7	Sammanfattande diskussion om problemen med dagens hittillsvarande styrning samt vad målsättningen bör vara för en förstärkt vårdgaranti	116
	Referenser	119
5	Verksamhetsnära verktyg för att stärka patientens ställning	123
5.1	Kontinuitetsfrågan: Fast läkarkontakt och patientansvarig läkare	125
5.1.1	Praxis och problem med nuvarande verktyg	125
5.1.2	Initiativ och utvecklingsmöjligheter	130
5.2	Förnyad medicinsk bedömning	132
5.2.1	Praxis och problem med nuvarande verktyg	132
5.2.2	Initiativ och utvecklingsmöjligheter	134
5.3	Samordning och samverkan: vårdlots	136

5.3.1	Praxis och problem med nuvarande verktyg	136
5.3.2	Initiativ och utvecklingsmöjligheter	138
5.4	Patientnämndernas ställning i övriga frågor	144
5.5	Reglering och verksamhetsutveckling.....	145
	Referenser	146
6	Olika modeller för en förstärkt vårdgaranti och ökade valmöjligheter	149
6.1	Vårdgaranti och vårdval: Viktiga bakomliggande aspekter	149
6.2	Innehåll och form samt konsekvenser för hälso- och sjukvårdens organisering m.m.	151
6.3	Alternativa konstruktioner av vårdgarantier och ökade valmöjligheter	154
	Referenser	160
7	Förslag för att stärka patientens ställning	161
7.1	Introduktion till utredningens förslag	161
7.2	Frågan om en nationellt reglerad vårdgaranti och ”fritt vårdval”	163
	Ett helt fritt vårdval inom landet?	167
	Ett förstärkt informationskrav	170
7.3	Frågan om en stärkt fast vårdkontakt, PAL m.m.....	172
	En stärkt fast vårdkontakt och verksamhetschefens roll.....	173
7.4	Frågan om rätten till en förnyad medicinsk bedömning	176
7.5	Rättigheter, sanktioner m.m.	178
	Principiella synpunkter på rättighetslagar	179
	Varför präglas hälso- och sjukvårdssektorn av skyldighetslagstiftning?	180
	Vårdgarantin m.m. som rättighetslagstiftning?	182
7.6	Hur påverkar utredningens förslag Ansvarskommitténs patientlag?	184

Referenser.....	187
8 Konsekvenser av utredningens förslag	189
8.1 Landstingens organisering och finansiering (och autonomi)	189
8.2 Konsekvenser för glesbygd	191
8.3 Konsekvenser för konkurrensförhållanden.....	192
8.4 Konsekvenser för sysselsättning och småföretagande.....	192
8.5 Konsekvenser för jämställdhet.....	192
Referenser.....	193
9 Genomförandeaspekter och ikraftträdande	195
10 Författningskommentar	197
10.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	197
10.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	201
Bilagor	
Bilaga 1 Kommittédirektiv.....	203
Bilaga 2 Tilläggsdirektiv.....	209
Bilaga 3 Ansvarskommitténs förslag till patientlag (SOU 2007:10).....	215
Bilaga 4 Europeisk utblick: initiativ för att stärka patientens rätt i Nederländerna, Finland, Danmark, England och Norge.....	221
Bilaga 5 Utredningens undersökning av rekommendationen om valmöjligheter	261

Sammanfattning

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 om patientens rätt lämnar i detta delbetänkande 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”.

Här sammanfattas först utredningens förslag. Därefter sammanfattas utredningens utgångspunkter och bakgrund till de lämnade förslagen samt de överväganden utredningen gjort.

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 förordar att den yttre tidsgränsen 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 vidare en lagreglering där landstingen åläggs att ge patienten individuellt anpassad information om rådande väntetider, valmöjligheter och innehållet i den vårdgaranti som landstinget tillämpar. Det ska i lagen tydligt framgå att patienter har rätt att välja vårdgivare både inom och utanför det egna landstinget. 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 till sist 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 ger de föreslagna åtgärderna 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.

Förslagen presenteras i sin helhet i kapitel 7.

Utgångspunkter för de lämnade förslagen

Det finns några tendenser som enligt utredningen särskilt bör beaktas. En sådan tendens är de förändringar i synen på patientens ställning som har tagit flera uttryck under senare decennier. Genomgående för beskrivningar om dagens och framtidens patienter är att de beskrivs som mer kunniga och kvalitetsmedvetna. Och bärandes förväntningar och ambitioner att bli alltmer involverade. För hälso- och sjukvården är det en utmaning att löpande anpassa sig till de nya situationer som uppstår. Flera initiativ med ökade inslag av val har också tagits mot bakgrund av denna förändrade syn på patienten och patientens ställning.

Samtidigt kan vi också konstatera att en betydande andel av hälso- och sjukvårdens resurser används av patienter som sällan har några alternativ. En tilltagande utmaning är därför att stärka ställningen även för dessa patienter så att exempelvis personliga förutsättningar och behov bättre kan tillmötesgå.

Patientens ställning måste således diskuteras från flera olika perspektiv. Utredningen vill understryka att hänsyn måste tas till att en svag patientställning kan ha flera olika orsaker. För patienter

som själva har god förmåga att "hitta" i hälso- och sjukvårdssystemet kan en svag ställning orsakas av en låg reell tillgänglighet. För patienter som inte har samma förmåga kan en svag ställning orsakas av att de själva förmodas göra val som de inte har information eller stöd nog att göra. Detta gör frågan om hur patientens ställning kan stärkas mer sammansatt och förutsätter att olika åtgärder formuleras så att de kompletterar och stödjer varandra.

Utredningen har i sina bedömningar ansett det viktigt att ta hänsyn till hur olika förslag påverkar förutsättningar för verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården. Här ligger utmaningen i att utforma åtgärder som får avsedda effekter för patientens ställning, men som samtidigt stödjer en i verksamheterna förankrad verksamhetsutveckling. En verksamhetsutveckling som successivt utvecklar vårdens kvalitet och effektivitet tillhör de avgörande faktorerna i arbetet med en förstärkning av patienternas ställning.

Modellen med en gemensamt finansierad hälso- och sjukvård har ett brett stöd. Samtidigt finns det flera tendenser som ställer denna utformning av hälso- och sjukvården inför stora utmaningar. En viktig sådan tendens är det ökande gapet mellan vad ny medicinsk teknologi möjliggör och vad som kan rymmas inom det offentliga åtagandet. En annan, men relaterad, tendens som kan noteras är att det idag finns alltför många patienter som är beredda att avsätta resurser för att få den vård de anser sig behöva.

Dessa två tendenser är enligt utredningen särskilt uppfordrande för det gemensamt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet i den mån det inte lever upp till gjorda utfästelser. Samtliga landsting brister exempelvis idag i att leva upp till den vårdgaranti som överenskommit mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet. Sådana systematiska brister är i detta sammanhang inte bara allvarliga för de patienter som direkt berörs. De hotar också att underminera stödet för den gemensamt finansierade sjukvården.

En mer fullständig redovisning av utredningens utgångspunkter presenteras i kapitel 2.

Dagens situation

Nuvarande rättsliga reglering av patientens ställning

Patientens ställning inom hälso- och sjukvården påverkas av en stor mängd lagar, författningar och överenskommelser. Den centrala lagen för hälso- och sjukvården är hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763). Denna lag är inte särskilt detaljerad och ger därmed huvudmännen en viss frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov. Lagen har emellertid sedan sin tillkomst för 25 år sedan blivit alltmer detaljerad genom de olika förändringar som gjorts. Lagen stipulerar bland annat att hälso- och sjukvården ska vara behovsstyrd, att vården ska vara tillgänglig samt att den ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet.

Andra betydande lagar på området är: lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS; patientdatalagen (2008:355); patientskadelagen (1996:799); lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamheten m.m.; sekretesslagen (1980:100) samt tryckfrihetsförordningen (1949:105). En övergripande beskrivning av dessa lagar ges i kapitel 3 (avsnitt 3.1).

Den enskildes rätt till vårdförmåner regleras till huvuddelen i HSL, där det också anges att huvudansvaret för hälso- och sjukvården vilar på landstinget. Andra lagar kompletterar därvidlag HSL på några områden. Sammantaget kan den enskildes rättsligt reglerade rätt till vårdförmåner sammanfattas i följande punkter:

- Rätten till vård i mån av behov
- Rätten till vård i god tid
- Rätten till säker vård av god kvalitet
- Rätten till samordning och kontinuitet
- Rätten till information
- Rätten att välja primärvårdsläkare
- Rätten att få en patientansvarig läkare utsedd
- Rätten att under vissa förutsättningar få välja behandlingsalternativ och eller få en förnyad medicinsk bedömning

Utöver dessa rättsliga regleringar så finns det frivilliga åtaganden för landstingen som har betydande bäring på patientens ställning. Ett sådant åtagande rör valmöjligheter enligt en rekommendation utfärdad av dåvarande Landstingsförbundet (A 00:56) som sedan 2003 tillämpas av samtliga landsting. Rekommendationen ger den

enskilde patienten möjlighet att omgående välja planerad vård inom det egna landstinget och en miniminivå som gäller i alla landsting.

Ett annat frivilligt åtagande baseras på den nationella vårdgarantin, som är formulerad i den överenskommelse mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet som gjordes 2005. Överenskommelsen utgår från att alla landsting följer garantin som stipulerar inom vilka tidsgränser patienter ska erbjudas den vård, som behörig vårdpersonal i dialog med patienten beslutat att man som patient ska erbjudas. Vårdgarantin är således ingen garanti för huruvida vård ska ges eller vilken vård som ska ges. Den består av fyra delar som täcker i stort sett alla icke akuta besök inom primärvården, samt planerade nybesök och behandling inom den specialiserade vården. Garantin brukar sammanfattas med siffrorna 0-7-90-90:

- 0, *tillgänglighetsgaranti till primärvården*. Primärvården ska erbjuda hjälp samma dag som vården kontaktas.
- 7, *besöksgaranti inom primärvården*. Maximalt 7 dagars väntetid för att få träffa läkare efter en första kontakt
- 90, *besöksgaranti inom den specialiserade vården*. En patient med remiss till specialiserad vård ska högst behöva vänta 90 dagar för ett första besök efter att remissen utgivits
- 90, *behandlingsgaranti*. Behandling ska påbörjas högst 90 dagar från det att beslut fattats om sådan behandling.

Sveriges medlemskap i EU har också betydelse för medborgarna vad avser hälso- och sjukvården. Det finns idag flera möjligheter för patienter att få planerad vård i ett annat EU/EES-land där staten eller hemlandstinget står för kostnaden. Ett landsting kan remittera en patient till vård i ett annat land. Vidare kan en patient på eget initiativ ansöka om förhandstillstånd från Försäkringskassan om att få vård utförd i annat EU/EES-land, vilket beviljas under vissa villkor. Patienter kan till sist själv bekosta sådan vård och i efterhand hos Försäkringskassan söka ersättning för vårdkostnaderna. Även här föreligger ett antal villkor för att sådan ersättning ska ges.

Människors rättigheter i samband med hälso- och sjukvård uttrycks ofta indirekt i svensk lag. Rätten till vård följer underförstått genom de skyldigheter sjukvårdshuvudmännen har i HSL och vårdpersonalens ansvar i LYHS. En konsekvens av denna

tyngdpunkt på skyldighetslagstiftning är att de underförstådda rättigheterna inte är juridiskt framtvingbara genom överklagande.

En utförligare beskrivning av hur patientens ställning idag regleras rättsligt och genom överenskommelser återfinns i kapitel 3. Där beskrivs också i större detalj nuvarande regler för att få vård inom annat EU/EES-land med ersättning.

Nuvarande tillämpning av den nationella vårdgarantin och det fria vårdvalet samt utredningens värdering av densamma

Patienter har idag större formella möjligheter till valfrihet än någonsin tidigare. De faktiska möjligheterna för patienter att utnyttja rekommendationen om valmöjligheter i vården är emellertid långt mer begränsade. Det visas entydigt av olika uppföljningar som gjorts och stöds även av den undersökning utredningen genomfört. Utredningens egen undersökning visar att regelverket kring rekommendationen uppfattas av många anställda i hälso- och sjukvården som oklar och diffus.

Direkt efter den nationella vårdgarantin började tillämpas uppnåddes en förkortning av väntetider till den specialiserade vården. (Det råder emellertid viss osäkerhet om jämförbarheten av väntetidssiffrorna på nationell nivå för denna period.) Därefter har dock förbättringstakten avstannat. Den rapport med Öppna jämförelser som presenterades i oktober 2008 visar ingen obruten tendens till att tillgängligheten förbättras. Bristande tillgänglighet råder trots att det gjorts betydande satsningar genom ökade statsbidrag till landstingen för att upprätthålla vårdgarantin. Under perioden mars 2007 till mars 2008 var det inget landsting som klarade utfästelserna enligt vårdgarantin. Samtidigt hade igenomsnitt en av fyra patienter i landet väntat mer än 90 dagar på att få en beslutad behandling.¹

Det har vid flera tillfällen påtalats att det finns en möjlig konflikt mellan vårdgarantin och annat prioriteringsarbete. Kritiken har menat att införandet av tillgänglighetsgarantier kan riskera att i för hög grad prioritera områden med synliga köer och att resurser därför trängs bort från vård till redan diagnostiserade patienter och långtidssjukskrivna. Det har emellertid inte varit möjligt att påvisa

¹ Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. 2008. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet: Jämförelser mellan landsting 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL, sid. 194.

och redovisa storleken på sådana s.k. undanträngningseffekter till följd av vårdgarantin.

Vårdgarantin verkar inte ha påverkat landstingens prioriteringsarbete i någon större utsträckning. Befarade undanträngningseffekter av vårdgarantin förefaller i stort ha uteblivit. Trots detta finns det anledning att även fortsättningsvis följa utvecklingen för att i tid kunna vidta de åtgärder som eventuellt kan behövas för att de med störst vårdbehov eller med särskilda behov också fortsättningsvis omfattas av rätt prioritering.

Det är tydligt att landstingen har haft och har olika ambitionsnivåer när det gäller att informera patienter om de möjligheter till vård i tid som vårdgarantin anger, vilket Socialstyrelsens uppföljningar visar. Också Landstingsförbundets rekommendation om patienternas möjligheter att fritt välja vårdgivare har en svag spridning. Det är för patienter inte alldeles lätt att hitta relevant information kring vad som gäller i det egna landstinget. Kunskapen hos vårdgivare och behandlande vårdpersonal kring överenskommelsernas räckvidd är svag och oklarheter råder kring vem som bär ansvaret för att informera och stödja patienten.

Bristerna inom vårdgarantin aktualiserar en diskussion om hälso- och sjukvårdssystemets legitimitet. Om de offentliga utfästelserna ständigt skiljer sig från vad man faktiskt kan förvänta sig, riskerar det att på sikt erodera medborgarnas lojalitet till systemet. Med en relativt liten andel alternativa vårdgivare utanför den offentliga finansieringen och produktionen är medborgarnas möjligheter till att "rösta med fötterna" begränsade. Man har helt enkelt inte särskilt många andra än landstingets utbud att vända sig till. Det i sig ställer särskilda krav på systemets förvaltare.

Möjligen skulle de senaste årens tillväxt inom privata sjukvårdsförsäkringar kunna tas som en indikation på att oron för att inte få vård i tid eller inte den vård man själv bedömer sig vara i behov av har ökat. Utredningen har inte till uppgift att fördjupa en sådan diskussion, men det finns all anledning att observera behovet av en sådan. Det är uppenbart att svaret på medborgarnas osäkerhet eller oro inte ges av att begränsa eller förbjuda försäkringsalternativ, utan snarare genom att tydliggöra det offentliga åtagandet, förbättra dess resultat och effektivitet samt säkerställa rätt resurstillgång.

En fortsatt diskussion kring vårdgarantin behöver inkludera en diskussion kring målen med densamma. Vid sidan av att stärka patientens ställning var garantin ursprungligen tänkt att fungera

som ett verktyg för att effektivisera landstingens hälso- och sjukvård. Lagstiftningens utgångspunkt har varit att alla landsting skulle kunna erbjuda vård som motsvarar de egna medborgarnas behov. Flera landsting förefaller idag inte längre klara att upprätthålla en ambitionsnivå med lika rätt till lika vård oavsett var i landet man bor.

En längre presentation av uppföljningar rörande den nationella vårdgarantin och överenskommelsen om valfrihet återfinns i kapitel 4 (avsnitt 4.4 respektive 4.3). I kapitlet presenteras även framväxten av dessa överenskommelser (avsnitt 4.2) liksom en längre diskussion om relationen mellan vårdgaranti och prioriteringar inom hälso- och sjukvården (avsnitt 4.5). Kapitlet innehåller även en redogörelse av några upphandlingsjuridiska frågor i relation till fritt vårdval (avsnitt 4.6).

Nuvarande tillämpningar av patientnära stödfunktioner samt utredningens värdering av desamma

Det finns idag flera olika former av patientnära stödfunktioner för att på olika sätt stödja patientens ställning. Vad avser patientens behov av kontinuitet finns sålunda rätten till fast vårdkontakt samt att en patientansvarig läkare ska utses om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten. Det finns också stöd i form av rätten att under vissa förutsättningar få en förnyad medicinsk bedömning. Många landsting har vidare en funktion som syftar till att hjälpa patienter i de fall vårdgarantins tidsramar inte kan hållas, en funktion som ibland går under beteckningen vårdlots. Det kan även finnas stöd för samordning mellan enheter inom ramen för att patienters behandling involverar flera enheter.

Uppföljningar av såväl statliga utredningar som av Socialstyrelsen har visat att rätten till fast läkarkontakt inte tillämpats så som det var avsett. Socialstyrelsen har även haft till uppdrag att utvärdera efterlevnaden av lagstiftningens krav på en patientansvarig läkare. Sammantaget visar dessa utvärderingar att det finns en oklarhet om vem som bör utgöra PAL, att PAL inte alltid används inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna samt att begreppet i regel var okänt hos patienterna. Läkare uppfattar dessutom sällan att PAL innefattar ett ansvar för kontinuitet, samordning och information.

I likhet med PAL är rätten till förnyad medicinsk bedömning, s.k. ”second opinion”, enligt Socialstyrelsens utvärderingar åtminstone delvis okänd för stora grupper av patienter och även hos vårdpersonal. Bland dem som känner till rättigheten är dess innebörd oklar.

Den samlade bilden över hur dessa olika stödfunktioner tillämpas är att det föreligger stora regionala skillnader som inte enbart kan förklaras av olika förutsättningar. Det finns också betydande oklarheter i hur de ska tillämpas och kännedomen om dessa är varierande bland såväl vårdpersonal som patienter.

Utredningen gör bedömningen att det finns tungt vägande skäl att försöka stärka patientens ställning på dessa områden. Samtidigt vill utredningen understryka att många av de formella förutsättningarna för stödfunktioner i flera avseenden redan finns på plats. Förutom ovan nämnda stödfunktioner finns även den i lag reglerade skyldigheten för landsting och kommun ha en patientnämnd som har i uppdrag att hjälpa patienter att få den information de behöver och främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal m.m. Utöver de förslag som läggs i detta betänkande anser utredningen att det finns anledning att återkomma bland annat i frågan om hur patientens ställning i dessa avseenden kan stärkas genom att i ökad omfattning tillvarata de olika patientorganisationernas kunskap och engagemang.

Vi vill också understryka den fara som kan ligga i att genom lagstiftning i detalj utforma åligganden om hur stödfunktioner ska organiseras. Regleringar som avser att förbättra patientens ställning måste samtidigt vara utformade så att de ger goda förutsättningar för ett verksamhetsnära förbättringsarbete lokalt och regionalt.

En längre presentation av genomförda utvärderingar på dessa områden återfinns i kapitel 5. Där utvecklas även ovan förda diskussioner kring möjligheter och svårigheter i att utforma sådana stödfunktioner.

Utredningens överväganden bakom förslagen

Såsom framgått av den ovan redovisade sammanfattningen är behovet av åtgärder tydliga. Samtidigt finns det flera aspekter att ta hänsyn till vid formuleringen av förslag på åtgärder. Vi har redan berört det faktum att en svag patientställning kan ha flera grunder och att det är nödvändigt att se på olika föreslagna åtgärder som

nödvändiga komplement till varandra. Vi har också berört att lämnade förslag måste ge goda ramar för en verksamhetsnära utveckling.

Utredningen vill i det här sammanhanget understryka att vi inte ser att det finns en principiell motsättning mellan att vidta åtgärder för att stärka patientens ställning och att värna det gemensamt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet. I själva verket utgör åtgärder för att stärka patientens ställning samtidigt nödvändiga åtgärder för att försvara den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. Det gäller inte minst frågan om att stärka patientens ställning så att en utlovad tillgänglighet till beslutade behandlingar och besök motsvaras i en faktisk tillgänglighet. I frånvaron av ett sådant närmande mellan utfästelse och realitet riskerar tilliten till den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården att urholkas.

Det finns betydande brister i hur landsting lever upp till den överenskomna vårdgarantin. Det är utredningens bestämda uppfattning att ett sådant bestående gap mellan vad som utlovas och i realiteten erbjuds underminerar allmänhetens förtroende för den gemensamt finansierade sjukvården.

Utredningens förslag innebär att varje landsting måste besluta om en vårdgaranti utifrån vissa i lag angivna grundkomponenter och det som meddelas genom förordning och med iakttagande av vad man överenskommit med staten.

Utredningen har inte haft till uppgift att närmare diskutera innehållet i vårdgarantin eller i den överenskommelse som finns kring val av vårdgivare mellan landstingen. Emellertid förutsätts att all landstingets planerade vård ingår i behandlingsgarantin, således även högspecialiserad vård. Likaså finns det av olika skäl anledning att förkorta vårdgarantins yttre tidsgräns till 120 dagar. Andra modeller med mer långtgående nationell styrning har också övervägts och två sådana ytterligare modeller presenteras i kapitel 6 jämte den modell som utredningen valt att föreslå i betänkandet.

Patientens tillgång till information är en mycket betydelsefull faktor. Han eller hon måste på ett bra sätt kunna få information om rådande väntetider, valmöjligheterna när det gäller offentligt finansierad vård inom landet och innehållet i den vårdgaranti som landstinget tillämpar. Dagens brister på detta område är ett starkt motiv för att lyfta fram och förtydliga informationsskyldigheten i lagstiftningen.

Utöver de lämnade förslagen förordar vi att regeringen därutöver använder olika former av incitamentsstrukturer i den statliga

bidragsgivningen, för att stimulera landsting att prestera enligt gjorda utfästelser inom vårdgarantin.

Utredningen föreslår som ovan redovisats en stärkt skyldighet att vid behov ge patienter en fast vårdkontakt. Verksamhetschefen föreslås ha ansvaret att så sker. Denna vårdkontakt kan exempelvis ha en samordningsroll för de olika kontakter som en vårdprocess omfattar. Det är utredningens uppfattning att det alltid ska vara vårdgivarens uppgift att garantera patienten det stöd som man tillsammans med patienten bedömer kommer att krävas för att en vårdprocess ska kunna genomföras med beaktande av medicinsk kvalitet och patientsäkerhet. Förslaget ligger därför i linje med detta och med det ansvar verksamhetschefen redan idag har enligt HSL och i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Utredningen anser således att det är lämpligt att utgå från dessa ansvarsförhållanden och införa en tydlig regel i HSL som ålägger verksamhetschefen att ha ett särskilt ansvar – både hos huvudmän och hos de vårdgivare som verkar med uppdrag från landsting eller med offentlig finansiering på annat sätt. På så sätt blir det en tydlig reglering av att en stärkt fast vårdkontakt ska utses för patienter som av olika anledningar behöver extra stöd.

Med ett tydligt ansvar för verksamhetschefen behövs ingen särskild PAL-bestämmelse. Utredningen finner att det inte heller är nödvändigt att införa några motsvarande regler om patientansvar för andra yrkesgrupper. Den bästa ordningen är otvivelaktigt att verksamhetschefen avgör hur kontinuitet, samordning och patientsäkerhet vid hans/hennes enhet ska tillgodoses. Brister vårdgivaren i denna sin uppgift är det landstingens ansvar att ha organiserat ett lättåtkomligt stöd. Detta stöd ska sörja för de patienter som inte fått den hjälp av vårdgivaren som patienten ansett är befogad. Landstingen kan också i samband med fastställande av reglemente och arbetsordning för patientnämnderna tillse att nämnderna blir en tydlig och resursstark kontaktyta för de patienter som behöver ökat stöd. Patientnämndernas uppgifter regleras i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Utredningen föreslår till sist en utvidgad skyldighet att medverka till förnyad medicinsk bedömning, s.k. "second opinion". Denna bestämmelse är idag inte särskilt känd och det uppfattas ofta som oklart när den gäller. Dagens begränsning till fall där vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning bidrar till möjliga oklarheter. Den begränsningen ställer krav på en värdering

av vad som i den specifika patientsituationen avses med entydig vägledning innan det uppstår en skyldighet att bistå med förnyad bedömning om patienten så önskar. Genom att avskaffa denna begränsning blir innebörden i skyldigheten klarare för såväl vårdpersonal som patienter. Det är uppenbart att patientens ställning stärks om denna begränsning kan tas bort.

Kompetensen att göra en situations- och patientanpassad medicinsk bedömning på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet ska alltid vara kärnan i det vårdprofessionella yrkesutövandet. En vidgad möjlighet till en andra bedömning kan också underlätta för att skapa en delaktighet och ökat patientengagemang som ytterst också kan påverka de medicinska resultaten i en positiv riktning.

En utförlig beskrivning av förslagen och utredningens överväganden återfinns i kapitel 7.

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 kostnads-effektiv vård.

Utredningens ambition har varit att lämna förslag med utgångspunkt från analyser kring hur den offentligt finansierade hälso- och sjukvården kan bibehålla trovärdigheten hos medborgarna. En

sådan trovärdighet är avgörande för de anspråk på finansiering som hälso- och sjukvården har. Frågan om trovärdighet är på samma sätt relevant i relation till det stora utrymme som hälso- och sjukvården ianspråktar av samhällets totala resurser.

Betänkandets konsekvensbeskrivning återfinns i kapitel 8.

Författningsförslag

1 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* bedrivs 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,

Hälso- och sjukvården *ska* bedrivs 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,

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

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

³ Senaste lydelse 2006:493.

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.

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

Patienten *skall* 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

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 §.*

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 *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 *ska* den i stället lämnas till en närstående

⁴ Senaste lydelse 1998:1660.

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.

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.

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*

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.

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 ställnings-*

⁵ Senaste lydelse 1998:1660.

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.

tagandet 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 vårdgarantins 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 obehövt 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.

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 §⁶

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.

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.

⁶ Senaste lydelse 2003:418.

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

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

2 a §⁷

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.

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).

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 *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.

⁷ Senaste lydelse 1998:1661.

1 Utredningens uppdrag och genomförande

1.1 Direktiven

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

Utredningen ska särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare ska utredningen analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. I uppdraget ligger också att föreslå nödvändiga kompletteringar av det förslag till patientlag 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 fasta vårdkontakten ska vårda och vid behov fungera som vårdlots, framför allt för äldre och multisjuka patienter med stora sammansatta vårdbehov. För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren föreslå hur vårdval kan införas i primärvården där konkurrens ska ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård.

Den 29 maj 2008 (dir. 2007:72) och den 18 juni 2008 (dir. 2008:87) beslutade regeringen att utredarens arbete skulle slutföras med ytterligare direktiv. Av tilläggsdirektiven framgår dels att utredningen ska lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktions sätt, dels föreslå ett nytt system för hur privata vårdgivare ska

kunna etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

Utredningen lämnade ett delbetänkande den 15 april 2008 angående vårdval i primärvården. I detta delbetänkande redovisar utredningen sina överväganden och förslag i den del av uppdraget som rör patientens rättsliga ställning, den nationella vårdgarantin och det fria vårdvalet samt förutsättningar för samordning, kontinuitet och trygghet. Utredningens uppdrag gällande rehabiliteringsgarantin och etablering för privata vårdgivare inom den öppna hälso- och sjukvården ska redovisas den 15 april respektive 1 oktober 2009. Utredningen kommer i slutbetänkandet även återkomma till några av de frågor som aktualiserats i samband med delbetänkandena. I slutbetänkandet förs en sammanhållen diskussion kring patientens ställning och rätt, valfrihet samt de möjligheter som finns att integrera privata vårdgivare till den offentligt finansierade vården. Därtill kommer slutbetänkandet att behandla frågan om hur kunskap utvecklas och sprids inom hälso- och sjukvården.

1.2 Utredningsarbetet

Utredningens arbete med detta delbetänkande är en del av det sammantagna uppdrag direktiven anger och som inleddes i och med utredningens första delbetänkande, Vårdval i Sverige (SOU 2008:37). I det fortsatta arbetet har utredningen, liksom tidigare, haft kontinuerliga sammanträden med den expertgrupp med företrädare för regeringskansliet, myndigheter och organisationer som tillsattes under hösten 2007.

I arbetet har utredningen dels utgått från redan publicerat material, bland annat statliga utredningar, regeringens propositioner, rapporter från Konkurrensverket, Socialstyrelsen och Nutek samt dokument från landstingen. Utredningen har också genomfört en egen undersökning om tillämpningen av det fria vårdvalet. Vidare har utredningen tagit del av relevanta underlag från officiella internationella källor.

Utredningen har haft ett stort antal sammankomster med bland annat företrädare för landstingen, vårdföretag, andra offentliga utredningar, intresseorganisationer samt med enskilda forskare och övriga experter inom hälso- och sjukvården. Utredningen har också deltagit i olika konferenser med anknytning till utredningens uppdrag.

I enlighet med direktiven har utredningen samrått med såväl Patientsäkerhetsutredningen (S2007:06) som En nationell cancerstrategi för framtiden (S2007:10).

1.3 Delbetänkandet

Utredningens överväganden och förslag redovisas i kapitel sju. I kapitel tre redovisas patientens nu gällande rättsliga ställning. Bakgrunden till utredningens överväganden presenteras i kapitel två samt kapitel fyra och fem. Alternativa modeller för en nationellt lagreglerad vårdgaranti diskuteras i kapitel sex. Kapitel åtta behandlar konsekvenserna av utredningens förslag medan genomförandeaspekter och ikraftträdande behandlas i kapitel nio. Kapitel tio innehåller författningskommentarer. Till delbetänkandet finns fem bilagor.

I betänkandet används beteckningen landsting på ett sådant sätt att det omfattar såväl Region Skåne och Västra Götalandsregionen samt Gotlands kommun. Regioner, landsting och Gotlands kommun benämns också oftast med enbart den geografiska delen av egennamnet, det vill säga att orden region, landsting respektive kommun utelämnas.

2 Utgångspunkter för utredningens överväganden och förslag

Uppgiften för denna utredning är att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. Syftet med detta kapitel är att presentera de grundläggande utgångspunkterna för utredningens överväganden och förslag. Kapitlet avslutas med en sammanfattning av den översikt över några europeiska initiativ för att stärka patientens ställning som återfinns som bilaga till betänkandet.

2.1 Några diskussioner och utvecklingslinjer

Hur vi uppfattar patientens ställning är inget som kan anges i positioner som inte kommer att förändras. Bara under den tid som nuvarande hälso- och sjukvårdslag har funnits, alltså sedan 1982, har ett 15-tal förändringar genomförts med syfte att tydliggöra patientens ställning. Vi i Sverige har ingalunda varit ensamma om de förskjutningar som skett av värderingar, som manifesterats på detta sätt. I europeiska projekt kring patientens framtida ställning beskrivs på motsvarande sätt helt nya förutsättningar för hälso- och sjukvården (se exempelvis det av EU initierade projektet "The European Patient of the Future", Coulter och Magee 2003). Genomgående för de beskrivningar som görs är att de utgår från en mer kunnig och kvalitetsmedveten patient, som anser att hälso- och sjukvårdens tjänster ska innehålla samma tillgänglighet som andra konsumenttjänster. För hälso- och sjukvården beskrivs utmaningarna i att anpassa sig till en situation där man inte längre ensidigt kan diktera de villkor som ska gälla för tjänsternas utnyttjande. Hälso- och sjukvårdens professioner förväntas alltmer agera tillsammans med patienter och också ha en roll som särskilt kunniga pedagoger. I Sverige har vi liknande initiativ som försöker definiera

framtidens patienter som hälsokonsumenter och som diskuterar de förändringar som detta medför.¹

Parallellt med dessa initiativ har hälso- och sjukvårdens verksamheter under senare år inlett förbättringsarbeten som siktar på att stärka patientens ställning. Flera omfattande sådana initiativ kan anges, exempelvis det som sker inom ramen för ”Patientens fokus” i Jönköpings läns landsting. Landstinget där har avsatt betydande resurser i ett särskilt kunskapscentrum ”Qulturum”, som också innehåller forskning kring patientens framtida ställning. Liknande initiativ finns i Västerbottens läns landsting genom ”Memologen”. På motsvarande sätt har patientorganisationer skapat särskilda brukarstödscentra som bidrar till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Även om flera av initiativen utgår från en aktivare framtida patient, står det också klart att åtminstone initiativen i Jönköping och Västerbotten inte bortser från att en stor del av hälso- och sjukvårdens resurser förbrukas av dem som inte har några reella valmöjligheter. Det handlar då om patienter som är ständigt beroende av hälso- och sjukvårdens tjänster. En av de framtida utmaningarna är onekligen också att de cirka 5 procent som förbrukar kanske 50 procent av sjukvårdens resurser ska ges en ställning där personliga preferenser, så långt det är möjligt, tillmötesgår. Patientens ställning måste därför diskuteras från flera olika perspektiv. Gemensamt för alla dessa perspektiv är att patientens ställning faktiskt går att stärka och att denna starkare position och högre grad av delaktighet också är en förutsättning för en allmänt bättre hälso- och sjukvård också ur medicinska och ekonomiska utgångspunkter.

2.2 Frågor rörande patientens ställning inom ramen för utredningen

Den allmänt finansierade hälso- och sjukvården är till för att främja befolkningens hälsa och ge en god vård på lika villkor och efter behov, 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).² Från den utgångspunkten borde patienter ha en ytterligt stark ställning. Den

¹ En sådan framtidsstudie där landstingen genom SKL är involverade är projektet ”Morgondagens hälsokonsument” inom ramen för Kairos Future AB, en annan är nätverket ”Leading Health Care” inom Handelshögskolan/IFL i Stockholm.

² Lagen förkortas i det följande stundtals ”HSL”.

offentliga gemensamma finansieringen, en sjukvård som omfattar alla, behovsprincipen och den nära politiska (demokratiskt lokalt valda och utsedda) 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.

Bland områden där patientens ställning anses svag kan nämnas att patienter ges ett för stort eget samordningsansvar för olika vårdinsatser. Det är tydligast i samband med överflyttningar från sjukhus till exempelvis fortsatt vård i hemmet eller under rehabilitering, men finns nära nog i alla vårdprocesser som omfattar flera inblandade kompetenser, vårdnivåer och vårdgivare. Det finns vidare brister i likvärdighet och jämlikhet i vården avseende vilken vård som erbjuds, hur tillgänglig den erbjudna vården är samt vilken kvalitet den har. Patientens ställning kan vidare vara svag på grund av oklarheter om vem som är ansvarig för den enskilda patientens hälso- och sjukvård. Detta är enbart tre aktuella exempel på områden. Listan på områden där patientens ställning har ansetts och anses svag kan göras mycket längre.

Ett exempel där patienten har en direkt underordnad ställning är de fall då en medicinskt motiverad behandling i realiteten bortprioriteras trots att ingen öppen prioritering exkluderat behandlingen från det offentliga åtagandet. En sådan situation hamnar de patienter i som sätts upp på väntelista, men i praktiken inte kallas till behandling och inte heller ges ett utrymme för diskussion om varför de inte kallas eller om vilka alternativ som finns. Detta har också varit ett av de problem som vårdgarantin syftar till att lösa; om beslut fattats för behandling så ska den också levereras inom en definierad tidsgräns.

Det finns många initiativ för att inom olika identifierade delområden stärka patientens ställning. Patientsäkerhetsutredningen har exempelvis bland annat i uppdrag att ur patientsäkerhets-synpunkt genomföra en översyn av tillsynen över hälso- och sjukvården (Dir. 2007:57; Dir. 2007:171). Andra exempel är utredningarna om "Valfrihet i äldrevården", "Värdegrund i äldrevården", "Nationell cancerstrategi", och flera förslag från "Psykiatriutredningen" samt patientdatautredningen. Utredningen om patientens rätt rör sig således på ett område där det finns flera angränsande initiativ.

Inom ramen för detta betänkande ska utredningen titta på två överlappande områden för att stärka patientens ställning. Det rör

möjligheten för patienten att få en kontinuitet i kontakten med hälso- och sjukvården, även i de fall då vården utförs av flera olika enheter. Det rör också möjligheten till en utfäst tillgänglighet till vård utanför primärvård i de fall behörig vårdpersonal har beslutat att ett behov av sådan vård föreligger.

2.3 Patienten befinner sig i olika situationer

En analys över vad som kan ge en patienten en svag ställning bör ta hänsyn till att såväl patienter som vårdsituationer skiljer sig åt. Detta är viktigt eftersom det är rimligt att anta att orsakerna till den svaga ställningen varierar. Därmed kan också vilka åtgärder som är lämpliga för att stärka patientens ställning variera beroende på vilken typ av patient och vårdsituation det handlar om.

Betydelsen av det principiella resonemanget om variationer i orsakerna till en svag patientställning kan förenklat åskådliggöras genom två grova distinktioner. En första sådan distinktion kan göras mellan de patienter som har en liten respektive stor egen förmåga att själv samordna insatser från olika delar av vården. (Denna förmåga kan exempelvis grundas i patientens egen medicinska kunskap eller specifika organisatoriska kännedom.) En andra grov distinktion kan göras mellan situationer där en patient står inför en ny avgränsad episod, såsom en behandling, och situationer där patienten befinner sig i en vårdprocess. Matrisen nedan presenterar dessa två grova distinktioner. I de olika fälten ges exempel på vad som kan ge en svag patientställning för olika typer av patienter och vårdsituationer.

Exempel på olika orsaker till en svag patientställning inom områdena tillgänglighet och kontinuitet

		Patientens förmåga att själv ta ett ansvar för vårdprocessens samordning	
		stor	liten
Typ av vård-situation	Inför en avgränsad episod	Låg tillgänglighet inom det egna landstinget till den beslutade insatsen och få alternativa möjligheter att få den inom rimlig tid.	Låg tillgänglighet inom det egna landstinget till den beslutade insatsen och ingen hjälp att hävda sin rätt eller att hitta till andra alternativ.
	I en vårdprocess	Litet inflytande över vårdinsatserna.	Litet inflytande över vården samt ingen hjälp med att samordna de olika vårdinsatserna.

En viktig aspekt av ovanstående diskussion är att de olika orsakerna till en svag patientställning kan kräva olika åtgärder (jämför de olikartade ståndpunkterna i Le Grand 2007; Mol 2008). För patienter som själv förmår samordna olika insatser kan en svag patientställning orsakad av låg tillgänglighet stärkas genom att patienten erbjuds alternativa bra utförare av den beslutade vården. För patienter som inte har samma förmåga att hitta i systemet kan samma tillgänglighetsproblem emellertid inte enbart lösas genom att patienten förses med nya alternativ. Här krävs också att de får lämpligt stöd att samordna sin vård. Annars kan ett införande av fler alternativ enbart innebära att patienten påförs ett ansvar för sin egen vård som inte motsvaras av nya *reella* möjligheter att få vården inom rimlig tid.

På samma sätt kan orsakerna till en svag patientställning variera för de som fått tillgång till en vårdinsats och befinner sig i en pågående vårdprocess. Också de patienter som normalt anser sig ha förmåga att ta eget ansvar kan plötsligt hamna i situationer där avsaknaden av kontinuitet och samordning mellan olika steg i en vårdprocess leder till oöverblickbarhet och en svag patientställning. För patienter med hög egen förmåga till att samordna olika delar i en vårdprocess behöver bristen på hjälp att samordna insatser däremot inte utgöra någon viktig orsak till en svag patientställning.

I praktiken visar det sig emellertid ofta att en sådan förmåga snabbt avklingar i samband med svår sjukdom.

2.4 Tre sammansatta utmaningar

Utredningen ser tre relaterade utmaningar i uppdraget att lämna förslag på hur patientens ställning kan stärkas. En utmaning ligger i att formulera förslag på åtgärder för att stärka patientens ställning mot bakgrund av observationen att en svag ställning kan ha flera orsaker. En andra utmaning ligger i att de förslag som lämnas bör främja, och inte hindra, en sund verksamhetsutveckling lokalt och regionalt med syfte att öka tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården. En tredje utmaning ligger i att formulera förslag som värnar en fortsatt behovsbaserad och gemensamt finansierad hälso- och sjukvård.

2.4.1 Flera åtgärder krävs för att stärka patientens ställning

Det finns ingen enskild åtgärd som ensamt kan stärka patientens ställning med avseende på tillgänglighet och kontinuitet. Vi har i det förra avsnittet argumenterat för ett synsätt där orsakerna till en svag patientställning kan variera mellan olika typer av patienter och vårdsituationer. Detta synsätt lägger en grund för en hållning där patientens ställning bör stärkas med flera kompletterande åtgärder.

En särskilt tänkvärd aspekt är de fall då en enskild åtgärd både kan stärka eller försvaga patientens ställning beroende på vilken typ av patient eller vårdsituation det handlar om. Ett tydligt fall där detta kan föreligga är införandet av större valmöjligheter för att på så sätt ordna tillgänglighet till beslutade insatser. Där införandet av fler alternativ kan stärka många patienters ställning, kan den för andra innebära en försvagad ställning orsakad av den ansvarsförskjutning som uppstår. Ett annat exempel kan vara att införa åtgärder som stödjer samordningen av olika vårdinsatser. För vissa patienter kan sådana åtgärder ge en ovärderlig hjälp, medan de för andra kan minska möjligheterna till eget inflytande.

Det är de varierande konsekvenserna hos vissa åtgärder som gör att utredningen särskilt vill understryka behovet av flera kompletterande åtgärder. Ingen enskild åtgärd kan ensam stärka patientens ställning. Olika åtgärder behövs både för att komplettera varandra

och för att parera eventuella oönskade effekter som en åtgärd kan ge för vissa patienter och vårdssituationer.

2.4.2 Främja en fortsatt verksamhetsutveckling lokalt och regionalt

Varje förslag på åtgärd som i någon mån inverkar på hälso- och sjukvårdens organisering har att förhålla sig till hur åtgärden påverkar möjligheterna till verksamhetsutveckling. Hälso- och sjukvårdens organisering präglas av en omfattande styrning som kommer i många olika former och som utövas på många olika nivåer. Det finns exempelvis en mängd styrning från statlig och landstingsnivå som har bäring på specifika aspekter i verksamheter såsom medicinsk kvalitet eller kostnadskontroll. Samtidigt finns ett behov av en verksamhetsutveckling som utgår från olika verksamheters specifika möjligheter att utvecklas för att höja dess kvalitet och kostnadseffektivitet.

En utmaning är i detta sammanhang är att tillse att de förslag på åtgärder som övervägs i reglerande syfte främjar, och inte hindrar, en fortsatt positiv verksamhetsutveckling lokalt och regionalt. Detta är en oerhört mångfacetterad utmaning.

Frågan om att införa åtgärder med ökade marknadsinslag inom hälso- och sjukvården kan användas som exempel för att konkretisera konturerna av denna problematik. Åtgärder som ökar marknadsinslagen och ökar konkurrensen mellan utförare framhålls ofta som önskvärda eftersom de anses ge en ökad valfrihet för avnämarna, en ökad kostnadseffektivitet och en allmänt bra verksamhetsutveckling. Samtidigt har flera bedömare hävdat att sådana åtgärder kan, om de organiseras fel, ge marknader inom hälso- och sjukvården som präglas av kostnadspress och som hämmar en verksamhetsutveckling mot ökad kostnadseffektivitet och kvaliteten i vården (se till exempel bilaga 3 i utredningens första delbetänkande och även Porter och Teisberg 2006).

Ett annat exempel på denna problematik kan tas från ekonomistyrningens område. Åtgärder som stärker det traditionella ekonomiska resultatansvaret i syfte att få en bättre kostnadskontroll, kan leda till en sämre samordning mellan olika enheter. I den mån verksamhetens kostnadseffektivitet och kvalitet är beroende av samordning mellan enheter kan en ensidig ”vertikal” ekonomi-

styrning hämma en sund verksamhetsutveckling (för en studie inom äldreomsorgen på detta tema, se Kraus 2007; Kraus 2008).

Den här typen av observationer pekar på betydelsen av hur olika åtgärder utformas. De understryker emellertid också mer precist betydelsen av att värdera hur olika åtgärder påverkar möjligheterna för en sund lokal och regional verksamhetsutveckling. Här ligger utmaningen att utforma åtgärder som får avsedda effekter, men samtidigt stödjer en i verksamheterna förankrad verksamhetsutveckling som successivt förbättrar vårdens resultat och kvalitet, stärker patienternas ställning samt ökar kostnadseffektiviteten.

2.4.3 Att värna den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården

Den svenska hälso- och sjukvården står sig ofta väl i olika former av internationella jämförelser. Det finns också en bred politisk samsyn kring att huvuddragen i hälso- och sjukvårdens nuvarande finansiering ska bestå. Detta till trots, så finns det hot mot dagens utformning av hälso- och sjukvården som är värda att uppmärksamma. Ett sådant hot har sin grund i det ökande gapet mellan vad ny medicinsk teknologi möjliggör och vad som kan rymmas inom det offentliga åtagandet. (En tendens som ytterligare berörs i nästa avsnitt.)

Ett relaterat möjligt hot mot den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården skulle vara att systemets trovärdighet urholkas om det presterar långt mindre än befolkningen förväntar sig, även om dessa förväntningar är grundade i tanken att vården ska vara behovsstyrd. Bristerna i att infria befolkningens förväntningar har givetvis till en del sin grund i ständigt nya möjligheter som ökar våra anspråk och ändrar vår syn på vad som är medicinska behov. Detta gap mellan förväntad prestation och verklig dito skapas emellertid också genom att olika former av utfästelser inte infrias. Samtliga landsting brister exempelvis i dag i att leva upp till den vårdgaranti som överenskommit med staten (se Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2008). En sådan systematisk brist är i detta sammanhang inte bara allvarig för de patienter som direkt berörs utan riskerar också att på sikt underminera allmänhetens förtroende för den gemensamt finansierade sjukvården.

En central utmaning ligger härvidlag i att utforma åtgärder som på olika sätt värnar den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. I detta ligger att förslagen ska möjliggöra en nödvändig kostnadskontroll. Det innebär också att förslagen måste minska gapet mellan å ena sidan vad medborgarna utlovas och kan förvänta sig av hälso- och sjukvården och vad den faktiskt presterar å den andra.

2.5 Två betydelsefulla tendenser

2.5.1 Medicinska landvinningar och vårdens resursbehov

Nya diagnoser, diagnos- och behandlingsmetoder har stor betydelse för vårdens resursbehov. Till en del kan sådana medicinska landvinningar innebära betydande besparingar och ökad kostnadseffektivitet. I många andra fall innebär de kvalitetsvinster som också ställer ökade krav på att resurser omfördelas eller tillförs det berörda området.

Många menar att denna tendens kommer att ställa allt större krav på den gemensamt finansierade sjukvården, och då inte minst beslutsfattarnas förmåga att prioritera och ange tydliga gränser för det offentliga åtagandet.

2.5.2 Stigande efterfrågan på vård

Det är inte bara nya landvinningar inom medicinsk teknologi som gradvis förändrar villkoren för den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. En annan tendens som kan noteras är att det i dag finns allt fler patienter som förespråkar större ekonomiskt utrymme för den offentliga vården eller själva är beredda att avsätta resurser för att få den vård de anser sig behöva. Tillväxten av en sådan egenfinansierad efterfrågan formas av hur gränserna för det offentliga åtagandet formellt presenteras. Men det skapas säkerligen i än högre utsträckning av hur den gemensamt finansierade hälso- och sjukvårdens gränser ser ut i praktiken. Även om helt privata sjukförsäkringar, individuellt eller kollektivt tecknade, ännu i det stora hela (sett som ett finansiellt åtagande) är en marginell företeelse anger det en möjlig utveckling där man ser den offentliga vården som ett basutbud och i övrigt reserverat för de allra sjukaste. En uppfattning om att det finns behov att försäkra sig på

annat sätt för att få tillgång till nödvändig, men inte livsavgörande, vård kan slå rot.

Det är utredningens uppfattning att detta är en viktig tendens att ta hänsyn till om man ska värna den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. Det gäller särskilt i beaktande av gapet mellan vad medborgarna utlovas och vad den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården faktiskt presterar.

2.6 Den begränsade räckvidden för enskilda åtgärder

Ett motiv till att kommuner och landsting har uppdraget att vara sjukvårdshuvudmän har varit att besluten ska ske nära medborgarna. Denna närhet ska skapa förutsättningar för direkt inflytande och möjligheter till lokal anpassning av verksamheterna. Det är också en anledning till varför HSL i början på 1980-talet utformades som en målinriktad ramlag. Staten hade rollen att bestämma övergripande mål och ramar för verksamheten som bedrevs hos sjukvårdshuvudmännen. Regleringen gjordes mer övergripande för att ge ett tillfredsställande utrymme för kommunalt självstyre. Samtidigt har staten trots denna ansvarsfördelning ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården och för samhällsekonomin. Detta innebär ett latent spänningsförhållande.

Detta spänningsförhållande är en viktig bakgrund till varför ansvarsfördelningen och styrningen inom hälso- och sjukvården är föremål för återkommande diskussioner. Statens reglering av hälso- och sjukvården har också efter hand blivit alltmer omfattande. En viss osäkerhet har uppmärksammats om vilken principiell syn staten har på sin styrning och därmed också en tveksamhet om den kommunala självstyrelsens roll i förhållande till nationella utjämningsambitioner. En kritik som väckts är att staten kommit att i för hög utsträckning detaljreglera verksamheten (se exempelvis slutbetänkandet från Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU 2000: SOU 1999:66). En annan har varit att statens styrning varit otydlig och föga framgångsrik (Riksrevisionen 2005).

Förtjänsterna med en mer renodlad statlig styrning framhölls särskilt i Ansvarskommitténs slutbetänkande (SOU 2007:10). Kommittén menade att statens styrning av kommunsektorn som helhet var dåligt samordnad, otydlig och att kunskapen om dess effekter var bristfällig. Inom bland annat hälso- och sjukvården fanns många, tidsbegränsade och överlappande styrmedel. Sam-

mantaget framstod detta som ett ineffektivt sätt att styra på. Mot denna bakgrund hävdades att styrningen över kommunsektorn som helhet borde inriktas mot normering, det vill säga lagar och andra författningar samt kunskapsstyrning.

Det ligger utanför utredningens uppdrag att på djupet diskutera frågor om statens styrning av hälso- och sjukvården. Vi ser det emellertid mot bakgrund av utredningens uppdrag som viktigt att göra två kommentarer till denna pågående diskussion.

En första sådan kommentar rör det faktum att de i denna utredning aktuella tillgänglighets- och kontinuitetsfrågorna har bäring på en lång rad av försök till styrning där staten är involverad. Det inkluderar lagstiftning (såsom HSL), överenskommelser, olika former av nationella riktlinjer (för behandling, prioritering, etc.), tillgänglighetsmätningar, utformning av ersättningsystem, yrkeskoder och så vidare. Detta gör att förslag för att förbättra patientens ställning inom tillgänglighets- och kontinuitetsområdena har att förhålla sig till många olika former av styrning.

En andra kommentar rör det faktum att de aktuella frågorna förutsätter behovet av flera kompletterande åtgärder. Dessa åtgärder bör vidare sammantaget ge ramar som främjar en sund verksamhetsutveckling.

Utredningen kan därvidlag inte undvika att göra den reflektionen att en renodlad form av statlig styrning inte med nödvändighet är den som ger bäst effekt med minst detaljreglering. Givet att det finns flera verktyg förefaller det lämpligt att även se på vilka möjligheter ett samspel av olika former av styrning kan ge. Det bör enligt utredningen vara möjligt att använda flera former av styrning utan att detta med nödvändighet behöver leda till dålig samordning eller en onödig detaljreglering.

2.7 Europeisk utblick: initiativ för att stärka patientens rätt i Nederländerna, Finland, Danmark, England och Norge

I en längre bilaga till betänkandet (bilaga 4) beskrivs några av de europeiska initiativ som syftar till att stärka patienters inflytande inom hälso- och sjukvården. I utblicken ingår två försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem (Nederländerna och Frankrike), två kommunala system (Finland och Danmark) samt två nationella system (England och Norge). Urvalet baserades på två utgångs-

punkter. För det första är alla systemen offentligt finansierade men med olika former av försäkringssystem. För det andra representerar urvalet hälso- och sjukvårdssystem som organiserats på såväl nationell som regional nivå.

I utblicken skönjs en utveckling med allt större fokus på att stärka patienters ställning genom bland annat olika former av patienträttigheter, vårdval och vårdgarantier. Två av hälso- och sjukvårdssystemen har i domstol utkrävbara rättigheter (Frankrike och Nederländerna). Värt att notera är emellertid att även i dessa system finns ett antal procedurer som syftar till att möjliggöra hantering av klagomålsärenden på lägre nivåer. Även om graden av direkt utkrävbara rättigheter varierar, har alla hälso- och sjukvårdssystem utom det brittiska en patienträttighetslag. I Storbritannien infördes 1992 en så kallad Patients' Charter, en slags politisk viljeförklaring snarare än ett författningsdokument. År 2001 ersattes den likväl med ett alternativt informationsdokument med motiveringen att Chartern hade varit svåränvändbar och skapat orealistiska förväntningar på vården. I Danmark infördes en patienträttighetslag redan för ett decennium sedan. Under februari 2008 upphörde dock denna lag och motsvarande bestämmelser ingår nu istället i Sundhedsloven. Formaliserad rätt till second opinion finns endast i Finland och Danmark, i de övriga systemen finns emellertid utrymme för icke-formaliserad sådan genom vårdval. Formaliserad rätt att få tillgång till egen journal finns i alla hälso- och sjukvårdssystem utom det brittiska.

I fråga om patienters möjligheter till vårdval har patienter möjlighet att välja vårdgivare inom såväl primärvård som specialistvård i Nederländerna, Frankrike, England och Norge. I Finland har betoningen legat på vårdgaranti snarare än vårdval och i Danmark finns möjlighet till val inom specialistvården men inte inom primärvården. Det system som möjligen utmärker sig mest bland dessa är det franska, genom den fria tillgången till specialistvård. I det franska systemet finns således ingen grindvaktfunktion, det vill säga ett krav på föregående remiss eller motsvarande, även om man på senare år försökt införa incitament för patienter att frivilligt välja en husläkare. Detta är bland annat ett sätt att införa kostnadskontroll och ska ses i ljuset av att ökande kostnader har varit och är ett avsevärt problem i det franska hälso- och sjukvårdssystemet.

Vårdgarantier finns i Finland, Danmark, Norge och England. I Finland har vårdgarantin varit i kraft sedan den 1 mars 2005 och

dess uttalade syfte är, utöver att förbättra vårdens tillgänglighet, att utjämna regionala skillnader i såväl tillgänglighet som medicinsk praxis. Garantin stipulerar längsta väntetider till såväl primärvård som specialistvård. Grundprinciperna är att den vårdsökande under kontorstid ska komma i omedelbar kontakt med primärvården, att en bedömning ska ske inom tre dagar och att sådan vård som inte kan utföras i primärvården ska ske inom tre månader. Om en läkare konstaterar att patienten är i behov av sjukhusvård ska vården inledas senast inom sex månader.

I det danska systemet är vårdval och vårdgaranti nära sammanlänkat. I den nu gällande väntelistgarantin, som inrättades år 2002, har patienter med väntetider om mer än två månader rätt att söka vård på antingen privata kliniker/sjukhus eller utomlands. År 2007 kortades denna tid ner till en månad och gäller från den dag sjukhuset tar emot en remiss. Norge har tillämpat en vårdgaranti sedan 1990. I den ursprungliga föreskriften garanterades patienter med livshotande tillstånd omedelbar behandling, medan tidpunkten för mindre allvarligt sjuka patienter skulle vara beroende av ledig kapacitet. År 1997 tillkom en väntetidsgaranti som garanterar patienter som remitterats till specialistmottagning en medicinsk bedömning inom trettio dagar från att remissen tagits emot. En särskild vårdgaranti inom psykiatrin för barn och ungdomar trädde i kraft 1 september 2008. Garantin innebär att barn och ungdomar har rätt till specialistbedömning inom tio arbetsdagar och att behandling ska erbjudas inom maximalt 65 arbetsdagar.

I England har olika former av vårdgarantier funnits inom NHS sedan början av 1990-talet. De första ansatserna visade emellertid att insatser för att korta väntetider omedelbart möttes av en ökad efterfrågan. År 2004 infördes en vårdgaranti som innebär att patienter ska få träffa sjukvårdspersonal inom ett dygn och en allmänläkare inom två dygn. Från och med 2008 ska behandling i specialistvården ske inom maximalt 18 veckor från remissutfärdandet. I de övriga hälso- och sjukvårdssystemen anses möjligheten att välja vårdgivare alternativt försäkringsgivare garantera tillgänglighet.

Referenser

- Coulter, Angela, och Helen Magee, red. 2003. *The European patient of the future*. Maidenhead: Open University Press.
- Kommittédirektiv Dir. 2007:57. *Patientsäkerhet och tillsyn m.m.*
- Kommittédirektiv Dir. 2007:171. *Tilläggsdirektiv till Utredningen om patientsäkerhet och tillsyn m.m.*
- Kraus, Kalle. 2007. *Sven, inter-organisational relationships and control: A case study of domestic care of the elderly*. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm.
- . 2008. *Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldre-vården*. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm i samarbete med Öhrlings PricewaterhouseCoopers.
- Le Grand, Julian. 2007. *The other invisible hand: Delivering public services through choice and competition*. Princeton: Princeton University Press.
- Mol, Annemarie. 2008. *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Oxon: Routledge.
- Porter, Michael E., och Elizabeth Olmsted Teisberg. 2006. *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Riksrevisionen. 2005. *Ökad tillgänglighet i sjukhusvården? Rege-ringens styrning och uppföljning*. Stockholm.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. 2008. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effekti-vitet: Jämförelser mellan landsting 2008*. Stockholm: Social-styrelsen och SKL.
- SOU 1999:66 *God vård på lika villkor? Om statens styrning av hälso- och sjukvården*.
- . 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*.

3 Patientens rättsliga ställning i hälso- och sjukvården

I detta kapitel ges en övergripande beskrivning av de skyldigheter som landsting och andra vårdgivare har gentemot patienten och hur de regleras i nuvarande lagstiftning (3.1–2). Vissa landstingsåtaganden utöver lagens krav tas upp härutöver, bland annat den nationella vårdgarantin (3.3). En kort överblick ges sedan över vilka möjligheter svenskar har att välja planerad vård inom EU/EES-området (3.4). Det avslutande avsnittet rör patientens möjlighet till rättslig överprövning (3.5).

3.1 Central lagstiftning för patientens ställning inom hälso- och sjukvården

En stor mängd lagar och författningar påverkar patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Här beskrivs några mer väsentliga lagar.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. HSL beskrivs ibland som en målinriktad ramlag. Med det förstås att den innehåller övergripande mål och ramar för verksamheten – främst hos de s.k. sjukvårdshuvudmännen – och alltså inte är särdeles detaljerad. Skälen är bland annat lokal-demokratiska, att huvudmännen 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 (prop. 1981/82:97, s. 17). HSL har ändrats vid ett femtiotal

tillfällen sedan tillkomsten år 1983 och innehåller numera ett ganska stort antal detaljregler.

Med hälso- och sjukvård avses enligt HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna (1 §). En allmän målsättning för hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen uttrycks i 2 § HSL: 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. Detta är den regel som säger att prioriteringar ska göras utifrån medicinska behov – att hälso- och sjukvården ska vara behovsstyrd.

I HSL finns också grundläggande bestämmelser om mål och åligganden för hälso- och sjukvården (2 a–f §§ HSL). I 2 a § anges att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den särskilt ska

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
- vara lätt tillgänglig,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården,
- utformas och genomförs i samråd med patienten så långt det är möjligt (2 a §).

I ett särskilt stycke av bestämmelsen nämns dels att behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomförs i samråd med patienten, dels att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Härtill finns för vårdgivare gemensamma bestämmelser om patientens rätt till information (2 b §), förebyggande hälsovård (2 c §), respekt för avlidna (2 d §), krav på vårdgivare att ha erforderlig personal, lokaler och utrustning (2 e §) samt samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa (2 f §). Slutligen finns i HSL också bestämmelser om patient-

ansvarig läkare, om ledningen av hälso- och sjukvård, verksamhetschef och kvalitetssäkring (27–31 §§). Även dessa bestämmelser gäller för all hälso- och sjukvård.

Preciseringar av vilka vårdförmåner den enskilde har att vänta sig av sjukvårdshuvudmännen finns i 3–6 §§ HSL (landstingen) och 18–18 c §§ HSL (kommunerna). För en översiktlig redogörelse av den enskildes vårdförmåner, främst gentemot sjukvårdshuvudmännen, se avsnitt 3.2.

HSL bygger på frivillighet. Förutsättningar för att använda tvångsåtgärder i hälso- och sjukvården regleras i särskilda lagar. Bland annat kan nämnas lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM; lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT och smittskyddslagen (2004:168). Att patienten under vissa förhållanden måste informera andra om sin smitta regleras också i smittskyddslagen.

Tandvårdslagen (1985:125)

Tandvården är en del av hälso- och sjukvården, men regleras av olika skäl i en särskild lag. Liksom HSL är den en ramlag. I 2 § tandvårdslagen förklaras att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Dessutom ska tandvården uppfylla kravet på en god tandvård, vilket specificeras på liknande sätt som god vård i HSL (3 §). Det finns bestämmelser om bland annat information om tandhälsotillståndet och de till buds stående behandlingsmetoderna (3 §), rätten att få besked om kostnaden och att få intyg (4 §), samt krav på ändamålsenliga lokaler m.m. (4 a §).

Landstingen ansvarar för att tillhandahålla länsinvånarna tandvård (5 § ff). Den tandvård landstinget själv bedriver kallas folktandvård. Folktandvården ska bland annat svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller nitton år, specialisttandvård för vuxna och viss uppsökande verksamhet, bland annat för dem som ingår i LSS personkrets (7–8 §). Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget och dess folktandvård ansvarar för. Landstinget ska planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Planeringen ska avse även den tandvård som erbjuds av annan än landstinget.

Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område — LYHS

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område – LYHS – trädde i kraft 1999 och är till stor del en sammanslagning av fem tidigare lagar, bland annat kvacksalverilagen, disciplinpåföljdslagen och åliggandelagen. I korthet innehåller lagen bestämmelser om skyldigheter, begränsningar, behörighets- och legitimeringsregler samt disciplinpåföljder för hälso- och sjukvårdspersonal. Dessutom ingår regler om tystnadsplikt för privat verkssamma yrkesutövare, om Socialstyrelsens tillsyn samt verksamheten hos Hälso- och sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN).

Socialstyrelsens tillsyn ska främst syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom ska vårdgivaren snarast anmäla detta till Socialstyrelsen, s.k. lex Mariaanmälan (6 kap. 4 § LYHS). Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av Socialstyrelsens tillsyn ska anmäla detta till Socialstyrelsens vårdgivarregister senast en månad innan verksamheten påbörjas. Anmälan ska också göras om verksamheten förändras, flyttas eller blir nedlagd.

Socialstyrelsen får förelägga vårdgivare att avhjälpa missförhållanden om en vårdgivare inte uppfyller kraven på god vård eller god säkerhet i verksamheten och om missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten eller säkerheten för andra. Anmälan till HSAN ska göras om Socialstyrelsen anser att det finns skäl för disciplinpåföljd, föreskrift om prøvotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning av förskrivningsrätt.

Tillkomsten av LYHS var ett steg i arbetet med att göra regelverket tydligare och mer tillgängligt. Regeringen uttalade bland annat att det från patientens synvinkel är av särskilt värde att samla bestämmelserna i en lag. Om man i en lag tydligt särskiljer de olika delfrågorna, genom att dela in lagen i flera kapitel så som är fallet med LYHS, förbättras överblickbarheten avsevärt även om lagen blir omfångsrik (prop. 1997/98:109, 78f).

Patientdatalagen (2008:355)

Patientdatalagen trädde i kraft den 1 juli 2008 och innehåller bestämmelser om all patientjournalföring inom hälso- och sjukvården, pappers- såväl som elektronisk (lagen är s.k. teknikneutral). Syftet med patientdatalagen är att få en samlad reglering avseende informationshanteringen inom hälso- och sjukvården och stärka den enskildes integritetsskydd. Lagen gäller både inom allmän och enskild hälso- och sjukvård, inklusive tandvård. Vid lagens ikraftträdande upphävdes patientjournallagen (1985:562), vars bestämmelser i princip fullt ut förts över till 3 kap. patientdatalagen.

I lagen finns en helt ny reglering av regionala och nationella kvalitetsregister, d.v.s. register som används för att hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande ska kunna utveckla och säkra vårdens kvalitet. Patienten ges rätt att säga nej till att bli registrerad i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister. En nyhet är vidare bestämmelserna om s.k. sammanhållen journalföring – en möjlighet för vårdgivare att under vissa förutsättningar få elektronisk tillgång till varandras journaluppgifter i form av s.k. direktåtkomst (6 kap.). Sammanhållen journalföring är frivillig för patienten och vårdgivarna. Lagen innebär också en ny möjlighet för vårdgivare att ge patienten tillgång till journaluppgifter elektroniskt, exempelvis via Internet, förutsatt att vårdgivaren kan identifiera patienten säkert. Patientinflytandet ägnas särskild uppmärksamhet. I ett särskilt kapitel behandlas patientens rättigheter (8 kap.).

Patientskadelagen (1996:799)

Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker sådan ersättning. Försäkringen är en s.k. ”no fault” försäkring. Med det förstås att patienten inte behöver bevisa att skadan orsakats genom att hälso- och sjukvårdspersonalen gjort sig skyldig till skadeståndsgrundande fel eller försummelse för att ha rätt till ersättning. Patientskadeersättning lämnas för personskador, som drabbar patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

I korthet kan sägas att ersättning lämnas för skada som orsakas av undersökning, vård och behandling, oriktiga diagnoser, fel hos

eller felaktig hantering av medicintekniska produkter och sjukvårdsutrustning, smittämnen som överförts i samband med vården och som lett till infektion, olycksfall som inträffat i samband med vården samt oriktig hantering av läkemedel.

Lagen (1998:1656) om patientnämnder

Det finns olika statliga instanser som en patient kan vända sig till om hon eller han är missnöjd med vården; Socialstyrelsen och HSN är exempel på sådana. Härutöver finns möjlighet att vända sig till patientnämnden, en självständig nämnd som hälso- och sjukvårdshuvudmän måste inrätta enligt lagen om patientnämnder. Kommuner kan träffa avtal om att överlåta sina uppgifter till det landsting inom vars geografiska område de är belägna. Så har skett i de allra flesta fall.

Patientnämnden 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 som de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården,
- främja kontakter 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.

Patientnämnden ska också förordna stödperson till patienter som tvångsvårdas enligt lagarna om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård eller isoleras enligt smittskyddslagen. Ansvarsområdet för den eller de nämnder som avses i paragrafen omfattar all hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen oavsett om vården utförs av landsting, kommuner eller av privata vårdgivare genom entreprenad. Sedan år 1999 omfattar regleringen vissa frågor inom äldreomsorgen. Nämnden har inga disciplinära befogenheter och gör inga egna medicinska bedömningar utan arbetar som en rådgivande instans. En statlig utredning har nyligen föreslagit att uppdraget för de patientnämnder som finns i varje landsting och kommun ska utvidgas till att även omfatta att stödja och hjälpa människor som är aktuella inom socialtjänsten (SOU 2007:82).

Sekretesslagen (1980:100) och tryckfrihetsförordningen (1949:105)

Sekretesslagen innehåller bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet och om förbud att lämna ut allmänna handlingar. Bestämmelserna avser förbud att röja uppgift, vare sig det sker muntligen eller genom att allmän handling lämnas ut. Sekretess gäller, med vissa undantag, enligt 7 kap. 1 c § inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men. Av bestämmelsen framgår att skadeprövningen ska göras med ett s.k. omvänt skaderekvisit, vilket innebär att presumptionen är för sekretess. Normalt gäller inte sekretessen gentemot patienten själv. Sekretessen kan vanligen helt eller delvis efterges av den enskilde (14 kap. 4 § sekretesslagen).

Sekretesslagen gäller bara sådan verksamhet som bedrivs av det allmänna. För den som arbetar i enskild (privat) tjänst inom hälso- och sjukvården gäller särskilda regler om bland annat tystnadsplikt i LYHS. Innebörden av dessa bestämmelser är dock i huvudsak densamma som inom offentlig verksamhet.

Tryckfrihetsförordningen (TF) berör frågor om tryckfrihet, dess definition och restriktioner. Dessutom innehåller TF regler om meddelarskydd och – inte minst viktigt – allmänna och offentliga handlingar. Journalhandlingar upprättade inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården omfattas av offentlighetsprincipen, låt vara att sekretesskydd normalt gäller gentemot utomstående. Patienten har också själv med stöd av offentlighetsprincipen rätt att begära att få ta del av journalhandlingar. Frågan om utlämnande ska prövas skyndsamt. Vid avslag kan den som begärt utlämnandet överklaga beslutet till kammarrätten.

3.2 Den enskildes vårdförmåner enligt svensk lag

Rätten till vård

Huvudansvaret för hälso- och sjukvården vilar på landstinget. Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och åt vissa personer som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481), 3 § HSL. Samma ansvar gäller gentemot dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt

till vårdförmåner i Sverige enligt EU-förordning 1408/71, 3 c § HSL (se vidare avsnitt 3.4). Vad den enskilde har att vänta sig av landstingen framgår närmare av 3 a–6 §§ HSL. Här klargörs att patienten i mån av behov ska få allt från primärvård och planerad vård i övrigt till akutsjukvård m.m.

För kommunernas del utvecklas ansvaret närmare i 18 § och framåt. Förenklat kan sägas att det handlar om att ge hälso- och sjukvård vid främst de särskilda boendeformerna för äldre och personer med funktionsnedsättning. Ansvaret omfattar dock inte läkarinsatser, verksamhet som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I ett flertal län har överenskommelser träffats om att kommunerna ska svara för hemsjukvården i ordinärt boende. Kommunerna har även ansvar för skolhälsovården enligt 14 kap. skollagen (1985:1100). Både kommuner och landsting har ett visst ansvar inom habilitering, rehabilitering och på hjälpmedelsområdet.

Inom vissa ramar kan utförandet av offentlig hälso- och sjukvård anförtros vårdgivare i privat regi, dvs. entreprenörer, 3 och 18 §§. De krav som gäller för egenregin måste då avtalsvägen säkerställas i den entreprenadbedrivna verksamheten. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får inte med stöd av dessa bestämmelser överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. För det krävs särskilt lagstöd.

Som huvudregel ska landstinget endast ombesörja vård åt de egna länsinvånarna. Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska dock landstinget 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, 4 § HSL. Exempel på sådan avtalssamverkan är region- och mellanlänsavtal, liksom åtaganden baserade på riksavtalet för utomlänsvård (se avsnitt 3.3.). Särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Utöver landsting och i viss mån kommuner, som måste tillhandahålla allmänheten vård enligt vissa givna premisser, finns möjlighet för den enskilde att söka sig till privata vårdgivare. De senare är av naturliga skäl inte enligt HSL tvingade att tillhandahålla allmänheten vård. Förhållandet mellan patienten och sådana aktörer präglas delvis av privaträtten, fränsett de allmänna krav på kvalitet m.m. som gäller för alla vårdgivare enligt HSL m.fl. lagar.

Rätten till vård i god tid

Tillgängligheten är en viktig fråga för vårdgivare, offentliga såväl som privata. I definitionen av god vård nämns bland annat att vården ska vara lättillgänglig. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt (2 a §). Ingenting nämns däremot om vilka väntetider som kan anses förenliga med kravet på god vård.

För att motverka godtyckliga eller slumpartade prioriteringar sägs i HSL att den som har det största behovet av vård ska ges företräde (2 §). Vilka behov som ska prioriteras framför andra beslutade riksdagen om år 1997. Baserat på några grundläggande etiska principer etablerades då en prioriteringsordning för politiker och yrkesutövare i det praktiska kliniska arbetet (se prop. 1996/97:60; bet. 1996/97:SoU14; rskr. 1996/97:186). Riksdagsbeslutet innebär att det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Följande prioriteringsgrupper finns:

Prioriteringsgrupp I

Vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död. Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ vård och vård i livets slutskede. Vård av människor med nedsatt autonomi.

Prioriteringsgrupp II

Prevention, d.v.s. breda förebyggande program riktade till befolkningsgrupper eller riskgrupper (barnhälsovård, mödrahälsovård, mammografi, vaccinationer m.m.). Rehabilitering och habilitering.

Prioriteringsgrupp III

Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. I denna grupp ligger hela "vardagssjukvården" inom samtliga medicinska discipliner, liksom vård av sådana kroniska sjukdomar som

antingen är mindre allvarliga eller är i sådana skeden att de inte kan betraktas som högst prioriterade.

Prioriteringsgrupp IV

Vård av andra skäl än sjukdom eller skada. Gruppen kan exemplifieras med operation av närsynthet, kosmetiska operationer av olika slag o.s.v. Vård i denna prioriteringsgrupp ska enligt propositionen i princip inte finansieras med offentliga medel.

Sjukdomar kan variera i svårighetsgrad från tid till annan hos samma patient och därmed vårdbehovet. Vården av en och samma sjukdom kan därför under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper. Riktlinjerna låter sig inte förena med någon "lista" där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra. En nationell eller regional vårdgaranti som betonar vissa diagnoser och behandlingar eller leder till undanträngningseffekter kan därför hamna i konflikt med prioriteringsbeslutet. Staten har avsatt s.k. Dagmar-medel till Sveriges Kommuner och Landsting för att driva på ett nationellt indikationsarbete, d.v.s. enhetligare bedömningar av vilka medicinska indikationer som ska leda till behandling. Representeranter i indikationsarbetets expertgrupper har diskuterat huruvida vårdgarantins tre månader verkligen är en realistisk tidsgräns, för de minst prioriterade patienterna, utifrån ett medicinskt perspektiv.¹

Som framgår av kapitel 4.5 föreslog Socialstyrelsen i en skrivelse till regeringen år 2007 att en genomgripande översyn och omarbetning skulle göras av rådande principer för prioritering inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2007). Att prioriteringsgrupperna borde tas bort eller kraftigt omarbetas var en av Socialstyrelsens slutsatser.

Rätten till vård av god kvalitet m.m.

Kraven på kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvården ställs mycket högt. Många författningar – både lagstiftning och myndighetsföreskrifter – innehåller bestämmelser med krav på kvalitet och säkerhet. En central författning är Socialstyrelsens föreskrifter om

¹ Socialstyrelsen 2008, Uppföljning av den nationella vårdgarantin, s. 86. Se vidare om vårdgarantin avsnitt 3.3. nedan.

ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Den kompletteras med en handbok, *God vård*, där bland annat kvalitetsområdet patientfokuserad vård beskrivs. Andra exempel på områden som behandlas i särskild lagstiftning är hantering av vävnadsprover, personuppgifter, journaler, läkemedel, medicinskt teknisk apparatur, för att bara nämna några. Bestämmelserna i HSL har med nödvändighet gjorts relativt övergripande. I huvudsak anlägger HSL ett vårdgivar- och yrkesutövarperspektiv på kvaliteten i vården.

Ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främjar kostnadseffektivitet (28 §). Det ska finnas någon som svarar för verksamheten, en verksamhetschef (29 §). Verksamhetschefen har alltid det samlade ansvaret för verksamheten, men kan och bör i vissa fall uppdra enskilda uppgifter åt annan mot bakgrund av sin kompetens (prop. 1995/96:176, s. 58). Särskilda kompetensregler gäller inom den psykiatriska tvångsvården och smittskydd.

Vårdgivaren ska vidare kvalitetssäkra och utveckla verksamheten fortlöpande (31 §). Onormala väntetider förklaras i motiven till bestämmelsen vara en ”avvikande händelse”, som vårdgivaren noga ska följa och analysera (prop. 1995/96:176). Systemen för samordning, kommunikation och samverkan måste fungera väl. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) preciserar kraven på vårdgivare.

Behörighets- och legitimationsbestämmelser är betydelsefulla kvalitetskomponenter. Reglerna, som finns i 3 kap. LYHS, innebär undantag från den grundlagsfästa principen om närings- och yrkesfrihet i Sverige. Läkare, sjuksköterskor och en rad andra inom sjukvården måste ha blivit godkända för att få ägna sig åt den yrkesutbildning han eller hon genomgått.² Arbetsuppgifterna är delvis regelstyrda, det gäller exempelvis sjukskrivning, förskrivningsrätt, utlåtanden och intyg, smittskydd, transplantation m.m. Väl i tjänst ska sjukvårdspersonalen agera ”enligt vetenskap och beprövad erfarenhet” (2 kap 1 § LYHS). Felgrepp kan leda till yrkesansvar. Reglerna om lex Maria-anmälan är centrala i sammanhanget. För ändamålet måste vårdgivare ha system för lokal

² Kompletterande bestämmelser om legitimation som anställningsvillkor i landsting eller kommun finns i förordning (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m.

avvikelsesrapportering. Se vidare avsnittet om LYHS (3.1) beträffande några av de befogenheter Socialstyrelsen har till sitt förfogande.

Viktiga kvalitetskomponenter är vidare tillräcklig personal med rätt kompetens, sjukvårdsutrustning, lämpliga och för allmänheten lättillgängliga lokaler m.m. I tillsynsarbetet framför Socialstyrelsen inte sällan synpunkter på att arbetsfördelningen vid en vårdenhet inte stämmer med vad som krävs för en god och säker vård. Resursbrist som hotar patientsäkerheten kan leda till ingripande av Socialstyrelsen. Brister i arbetsmiljön (sängplatser i korridorer, konstant överbeläggning etc.) kan falla under Arbetsmiljöverkets tillsynsområde.

Rätten till samordning och kontinuitet

Som berörts i avsnitt 3.1 är kravet på kontinuitet och samordning en del av begreppet ”god och säker vård”. Samordning och kontinuitet har kommit att få en större betydelse sedan 1990-talet. Inte minst beror detta på att kommunerna under 1990-talet blev hälso- och sjukvårdshuvudmän och fick ett större ansvar för vården och omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning. I HSL betonas sjukvårdshuvudmännens, dvs. landsting och kommuners, planerings- och samverkansansvar för hälso- och sjukvården (7–8 och 20–21 §§ HSL). På den styrande nivån har kommuner och landsting fått vissa möjligheter att samverka i en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet enligt en särskild lag.³

Ett antal regler har införts för att på det individuella planet överbrygga huvudmänna- och utförargränser och för att stödja enskilda. Bland dessa kan nämnas kravet på landsting och kommuner att ta fram en individuell plan över planerade och beslutade insatser för personer med funktionshinder (3 b och 18 b §§ HSL). Syftet med planen är att samordna de olika habiliterings-, rehabiliterings- och hjälpmedelsinsatser som den enskilde kan behöva. Vidare kan framhållas insatsen råd och stöd, kontaktperson och rätten till individuell plan enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Viktiga komponenter är också stödperson för dem som vårdas enligt tvångsvårdslagstiftningen, samt god man och förvaltare enligt föräldrabalken (1949:381).

³ Lag (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Vid övergång från landstingets sjukhusvård till kommunal omsorg finns vissa ekonomiska och andra styrmedel i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, betalningsansvarslagen. Läkaren har en central roll och ska ta initiativ till att vårdplanering sker tillsammans med kommunen och berörda aktörer i övrigt när en person med fortsatta vård och omsorgsbehov skrivs ut från sjukhus. Vårdplanens under-tecknande av kommunföreträdare m.fl. krävs normalt för att betalningsansvaret ska övergå.

Rätten till information

Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälso-tillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (2 b § HSL och 2 kap 2 § LYHS). Bestämmelsen riktar sig till personal hos såväl privata som offentliga vårdgivare. Informationen får inte ges slentrianmässigt. Eftersom den ska vara anpassad till den enskilda patientens individuella behov måste den ges varierande innehåll och utformning. När informationen av någon anledning inte kan lämnas till patienten ska den normalt lämnas till en närstående.

Exempel på förhållanden som patienten bör få information om är enligt motiven förebyggande åtgärder, olika undersökningsmetoder, tänkbara behandlingsalternativ med dess för- och nackdelar, biverkningar av läkemedel, undersökningsresultat, diagnos, prognos samt planering och tidpunkter för fortsatta vårdåtgärder (prop. 1998/99:4, 49). Att information lämnats ska antecknas i patientjournalen (patientdatalagen 3 kap. 6 §). Ytterst är det verksamhetschefen vid enheten som svarar för att det finns rutiner som säkerställer att patienten faktiskt får del av information av sådan kvalitet och omfattning som föreskrivs. Särskilda regler om informationsskyldighet finns i specialförfattningar vad gäller abort, smittskydd, biobanker etc.

Rätten att välja primärvårdsläkare

Svensk sjukvård byggde länge på principen om upptagningsområden och att människor på så sätt "tillhörde" det sjukhus eller den vårdcentral som låg närmast bostaden. I slutet av 1980-talet

luckrades principen upp, till stor del som en följd av frivilliga åtaganden från landstingens sida. Genom 1994 års lag om husläkare (1993:588) fastslogs rätten att välja husläkare. I samband med att husläkarlagen avskaffades (prop. 1994/95:195) skrevs rätten att välja en fast läkarkontakt i primärvården in i HSL. Rätten att välja får inte begränsas till ett visst geografiskt område i patientens hemlandsting, 5 § andra stycket HSL. I den mån patienten har behov av annan specialistvård framhålls i motiven att primärvårdens läkare ska samordna behoven av kontakter med övrig hälso- och sjukvård, fungera som ... ”patientens lots och vägledare och även svara för den eventuella efterbehandling och rehabilitering som kan ges på denna nivå” (samma prop.).

Utredningen om patientens rätt föreslog i betänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) att det ursprungliga kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin ska tas bort. Samma förslag finns i den nyligen till riksdagen överlämnade propositionen (2008/09:74) Vårdval i primärvården. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 april 2009.

Patientansvarig läkare – PAL

Bestämmelser om patientansvarig läkare (”PAL”) har funnits sedan HSL:s tillkomst år 1983. En grundtanke är kontinuiteten, att patienten inte i onödan ska behöva möta olika läkare vid sina besök i vården. Sedan år 1997 står i HSL att patienten ska få en patientansvarig legitimerad läkare utsedd, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten (27 § HSL). En PAL ska finnas vid varje enhet inom hälso- och sjukvården om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, alltså både i offentlig och enskild vård (27 § HSL).

Regeln gäller formellt även inom landstingets öppna vård. Systemet med fast läkarkontakt i primärvården anses emellertid då innebära att en kontakt motsvarande en PAL-funktion alltid ska etableras, prop. (1995/96:176, s. 59) och prop. (1996/97:60, s. 41 f). Regeringen uttalade att risken för olägenheter genom att patienten väljer en fast läkarkontakt och en annan läkare utses som patientansvarig torde vara obefintlig.

I ett betänkande år 2006 föreslås PAL fatta beslut om vissa frihetsinskränkningar enligt en särskild lag om tvångsåtgärder för senildementa (SOU 2006:110). Läkarens beslut om att tvång får

användas för att genomföra en viss medicinsk behandling ska kunna överklagas till domstol. Ärendet bereds för närvarande inom Socialdepartementet.

Rätten att välja behandlingsalternativ, förnyad medicinsk bedömning m.m.

Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. För landstingens del gäller att patienten i vissa fall ska ges möjlighet att välja det behandlingsalternativ som han eller hon föredrar. Närmare bestämt om flera medicinskt motiverade alternativ finns och proportionerna mellan kostnader och förväntad nytta är rimliga (3 a § HSL). Gränserna flyttas hela tiden för vad som kan betraktas som en etablerad behandlingsmetod. Om den medicinskt ansvarige bedömer att den förväntade nyttan är liten eller försumbar i förhållande till de merkostnader ett visst behandlingsalternativ kan medföra, kan patientens val av alternativ komma att begränsas. Landstinget får dock inte neka patienten nödvändig behandling enbart med hänvisning till att kostnaderna är för höga (prop. 1998/99:4, s. 47).

Av bestämmelsen framgår att patienten inte har 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. Den valfrihet regeringen hade i åtanke var inte en utvidgning av vad som redan gällde hos respektive landsting: I motiven sägs patienten ha att välja mellan de alternativ landstinget tillhandahåller inom det egna området eller inom ramen för "regional samverkan". Inskränkningen till behandling inom hemlandstinget som huvudregel förklarades bero på "... sjukvårdshuvudmännens lagstadgade planeringsansvar för hälso- och sjukvård" (ibid., 27).⁴

Patienten har enligt tredje stycket i samma bestämmelse rätt till en förnyad medicinsk bedömning, ofta kallat "second opinion". Det gäller vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada i 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 livs-

⁴ I en lagrådsremiss den 18 januari 2007, Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, förklarades bestämmelsen vara obehövlig i denna del. Att samtliga landsting i Sverige sedan år 2003 är överens om ett fritt vårdval (se avsnitt 3.3 nedan) sägs i lagrådsremissen vara ett skäl för avskaffande (Socialdepartementet 2007, 41).

kvalitet. Patienten ska då erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan ge upphov till. Möjligheten till förnyad bedömning och därav motiverad behandling ska inte vara begränsad till det landsting där patienten är bosatt.

Medan HSL anger kraven på vårdgivarna i dessa avseenden finns motsvarande åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen i LYHS (2 kap. 2 a §). Om den medicinskt ansvarige inte fullgör dessa sina skyldigheter kan det leda till disciplinpåföljd (ibid., 50).

Rätten att klaga

En patient som anser att han eller hon inte fått erforderlig vård, blivit oriktigt bemött eller har frågor om vården, kan vända sig till patientnämnden. Det finns också möjlighet att klaga till Socialstyrelsen eller HSAN som då har vissa sanktionsmöjligheter. Har en skada uppkommit i samband med vården, kan patienten söka ersättning via den för vårdgivare obligatoriska patientförsäkringen eller genom en skadeståndstalan inför allmän domstol. I vissa fall kan patienten genom så kallat laglighetsbesvär få till stånd överprövning av beslut som fattats av fullmäktige eller någon av landstingets/kommunens nämnder, 10 kap. kommunallagen (1991:900). Detta kan inte bedömas som särskilt meningsfullt i enskilda patientärenden.

Förekommande tvångsinsatser har lagstiftaren noga avgränsat och förenat med vissa juridiska rättigheter. Det gäller bland annat krav på domstolsprövning i samband med olika beslut om tvångsinsatser i vården (exempelvis psykiatri och smittskydd), överklagandemöjligheter, rätt att få juridiskt biträde, stödperson m.m.

Rätt att få journal, intyg m.m.

Patienten har i princip alltid rätt att läsa eller skriva av sin journal samt att få en kopia av den. Rätten att ta del av den egna journalen framgår för den allmänna hälso- och sjukvårdens del av sekretesslagen och tryckfrihetsförordningen. För den enskilda hälso- och sjukvårdens del finns en liknande bestämmelse i patientdatalagen, se avsnitt 3.1. Vägran att lämna ut en patientjournal kan, som nämnts tidigare, överklagas. Reglerna ser

något olika ut beroende på om journalerna begärs utlämnande från en privat eller offentlig vårdgivare.

Som patient har man vidare rätt att få vissa intyg av hälso- och sjukvårdspersonalen. I patientdatalagen står att den som är skyldig att föra patientjournal också är skyldig att på begäran av patienten utfärda ett intyg om den vård som getts (3 kap. 16 §). En korresponderande regel i LYHS säger att den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälso-tillstånd eller vård ska utforma det med noggrannhet och omsorg.

3.3 Hälso- och sjukvårdsförmåner enligt frivilliga åtaganden för landstingen

Fritt vårdval

Frånsett rätten att inom hemlandstinget välja fast primärvårds-läkare med specialistkompetens i allmänmedicin (5 § HSL), finns ingen lagreglering av patientens möjligheter att välja en viss vård-enhet inom primärvården, ett visst sjukhus eller en specialistläkare. Däremot finns valmöjligheterna reglerade ur andra perspektiv. Till exempel genom bestämmelser om att patienten ska få välja behandling om metoderna är likvärdiga och kostnadseffektiva och att patienter med allvarlig sjukdom ska kunna få en förnyad medicinsk bedömning (3 a § HSL, se avsnitt 3.2). Att närmare författningsreglering inte skett av rätten att välja vårdmottagning, sjukhus m.m. beror av allt att döma på landstingens frivilliga åtaganden.

Samtliga landsting har sedan år 2003 åtagit sig att följa en rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården som utfärdats av dåvarande Landstingsförbundet (Landstingsför-bundets styrelse A 00:56). Rekommendationen gäller den enskildes möjligheter att omgående, 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 innehåller följande moment:

- Patienter ska erbjudas möjlighet inom det egna landstinget att
 - välja vårdinrättning/vårdgivare inom primärvården. Denna möjlighet är en utvidgning av hälso- och sjukvårdslagens regler om fritt läkarval inom primärvården,

- välja öppenvårdsmottagning för specialistsjukvård och sjukhus inom länssjukvården.
- Patienter ska erbjudas möjlighet i andra landsting att
 - välja primärvård,
 - välja öppenvård för specialistsjukvård i enlighet med hemlandstingets remissregler.⁵ Vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder krävs ett godkännande i förväg av hemlandstinget,
 - välja behandling i slutenvård vid sjukhus inom länssjukvården 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 (landsting) finansiering. Valmöjligheterna gäller inte vård som ges enligt reglerna om regionsjukvård och rikssjukvård (9–9 b § HSL). Också personer som ges vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård är undantagna.

Nationell vårdgaranti

Den nationella vårdgarantin följer av en överenskommelse mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet år 2005, vilken alla landsting beslutat följa. Den består av fyra delar som täcker i stort sett alla icke akuta besök inom primärvården, samt planerade nybesök och behandling inom den specialiserade vården. Garantin brukar sammanfattas med siffrorna 0, 7, 90, 90:

- 0 *Tillgänglighetsgaranti* – Primärvården ska erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas.
- 7 *Besöksgaranti inom primärvården* – Om kontakt med läkare behövs, får väntetiden vara högst 7 dagar.

⁵ Ett landsting kan inte införa krav på remiss inom specialiteterna barnmedicin, gynekologi och psykiatri hos privatläkare som ger vård enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

90 *Besöksgaranti inom den specialiserade vården* – Den som fått en remiss bekräftad till den specialiserade vården ska erbjudas sådant besök inom 90 dagar.

90 *Behandlingsgaranti* – Behandling inom 90 dagar från det att beslut fattats. All behandling inom landstingens planerade vård omfattas. Om tidsgränsen inte kan hållas, ska hemlandstinget se till att den enskilde får vård hos andra vårdgivare i det egna landstinget eller i ett annat landsting. I det fall hemlandstingets åtagande enligt vårdgarantin fullgörs i ett annat landsting ska det ske utan extra kostnader för patienten.

Vårdgarantin reglerar inte om eller vilken vård som ska ges. Den säger bara inom vilka tidsgränser man ska erbjudas den vård, som behörig hälso- och sjukvårdspersonal beslutat att man ska få. Utredning och provtagning som inte leder till någon omedelbar behandling omfattas inte av vårdgarantin. Bara utredningar som kan övergå i behandling vid samma tillfälle täcks. Väntetiden får överstiga 90 dagar, förutsatt att patienten och läkaren är överens om detta. Landstingen har i olika grad modifierat vårdgarantin. Olikheter i hanteringen och skillnader i medicinsk praxis gör att förutsättningarna för att få vård inom vårdgarantins tidsgränser varierar mellan landstingen (Socialstyrelsen 2008, 28).

Riksavtalet för utomlänsvård

Vissa närmare förutsättningar för bland annat val och ersättning för vård i andra landsting anges i ett Riksavtal 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 läkarvårdsersättning 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. Det gäller dock inte bestämmelserna om ersättning. 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, som vid sina region- och universitetssjukhus driver högt specialiserad sjukvård såsom exempelvis neuro-, thorax- och plastikkirurgi. Regionala avtal finns i samtliga landets sex sjukvårdsregioner, dvs. Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Lund/Malmöregionen, Göteborgsregionen, Uppsala/Örebroregionen och Umeåregionen.

I ett mellanlänsavtal kan samarbetet regleras mellan enskilda landsting. Ett sådant avtal kan avse till exempel 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 bland annat 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. Vidare nämns att möjligheten att välja vårdgivare inte gäller för personer som ges vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

För att trygga tillgången till vård för intagna på anstalt och institutioner beslutade Sveriges Kommuner och Landsting i april 2008 om tillägg till Riksavtalet med giltighet från den 1 oktober 2008 (Landstingsförbundets styrelse 2008).

3.4 Fritt vårdval inom EU/EES

Sjukvård ligger till stor del utanför den ram EU har kompetens att reglera inom. Trots detta har EU-nivån fått allt större betydelse för sjukvården. Statskontoret framhåller i en rapport att den inre marknaden under de närmast kommande åren sannolikt kommer att fortsätta att utsträckas till i huvudsak nationella välfärdsproducerande områden som hälso- och sjukvård (Statskontoret 2005).

Det finns 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/Försäkringskassan enligt EU:s förordning 1408/71. Ersättning genom förordningen kan bara ges för sådan vård som utförs i vårdlandets

allmänna sjukvårdssystem, alltså inte på privatklinik/mot-svarande.

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

Landstinget remitterar patienten till vårdgivare utomlands

Den svenska hälso- och sjukvården bygger av tradition på territorial- och lokaliseringsprincipen. En patient kan alltså inte kräva att landstinget ska remittera till behandling utanför landet. Så sker ändå i olika sammanhang, då efter frivilliga åtaganden från landsting. I den mån landstingen remitterar till en vårdgivare belägen i utlandet får landstinget normalt stå för kostnaderna.

Vårdsökande enligt förordning 1408/71

Rätten till sjukförsäkringsförmåner för personer som rör sig mellan länder inom EU/EES och Schweiz regleras i förordning 1408/71 och tillämpningsförordningen 574/722.⁶ Förordningen, som har sin grund i EG-fördragets bestämmelser om fri rörlighet för personer, gäller för anställda, egenföretagare och studerande som är medborgare i ett EU-land samt för deras familjemedlemmar. Begreppen företagare och arbetstagare ges en extensiv tolkning. Förenklat kan sägas att i princip EU:s hela befolkning omfattas av rätten att söka vård utomlands. Med stöd av artikel 22.1 c i förordning 1408/71 kan Försäkringskassan lämna förhandstillstånd, intyg E 112, för planerad vård i ett annat EU/EES-land eller Schweiz. För att så ska ske måste följande villkor vara uppfyllda:

⁶ Rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Se, utöver tillämpningsförordningen, också rådets förordning (EG) nr 859/2003 om utvidgning av bestämmelserna i förordning (EEG) nr 1408/71 och förordning (EEG) nr 574/72 till att gälla de medborgare i tredje land som enbart på grund av sitt medborgarskap inte omfattas av dessa bestämmelser.

1. Den som ansöker ska vara försäkrad i Sverige (en person som är försäkrad i ett annat EU/EES-land eller Schweiz har inte rätt till förhandstillstånd från Försäkringskassan).
2. Vården ska utföras i ett annat EU/EES-land eller i Schweiz.
3. Det rör sig om vård som ges för den sökandes sjukdom eller hälsotillstånd inom det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige.
4. Vården ska ges inom ramen för det allmänna sjukvårdssystemet i det land där vården utförs.
5. Den som ansöker kan inte få den planerade vården inom den väntetid, med hänsyn till sitt hälsotillstånd eller sin sjukdoms sannolika förlopp, som är normal för sådan vård i Sverige.

Beträffande rätten till akutvård krävs inget förhandstillstånd. Detta följer av artikel 22.1.a i förordning 1408/71. Det s.k. EU-kortet behövs dock för att intyga rätten till vård.

Vårdsökande enligt EG-domstolens rättspraxis

I ett antal domar har EG-domstolen tolkat EG-fördraget så att den fria rörligheten för tjänster (artiklarna 49 och 50) också omfattar en rätt att söka hälso- och sjukvård och tandvård utanför det egna landets gränser, oavsett hur det nationella systemet är finansierat eller organiserat.⁷ Regeringsrätten knöt an till EG-domstolens avgöranden bland annat genom den så kallade Jelinekdomen som avkunnades i januari 2004 (mål nr 5595–99 och 6790–01). Ett parallellt spår för att söka ersättning för planerad vård i annat EU-land har därmed skapats, vid sidan av möjligheten att söka förhandstillstånd enligt förordning 1408/71. Den som har rätt till subventionerad vård i Sverige kan söka vård i ett annat EU/EES-land, betala vårdkostnaden själv och sedan ansöka om ersättning av Försäkringskassan.

Försäkringskassan tillämpar följande krav för svenskars rätt att få ersättning för planerad sjukvård enligt EG-fördraget (särskilda regler gäller för tandvård):

⁷ Se bl.a. EG-domstolens domar den 28 april 1998 i mål C-158/96, Raymond Kohll mot Union des caisses de maladie (Kohll) samt den 12 juli 2001 i mål C-157/99, B.S.M. Smits, gift Geraets, mot Stichting Ziekenfonds VGZ och H.T.M. Peerbooms mot Stichting CZ Groep, Zorgverzekerings (Smits och Peerbooms).

1. Den som ansöker hade rätt till vård i Sverige enligt HSL när vården gavs.
2. Sjukvården ska ha utförts i ett annat EU/EES-land (ersättning betalas inte ut för sjukvård i Schweiz).
3. Det rör sig om en sjukdom eller ett hälsotillstånd som i Sverige behandlas inom det allmänna sjukvårdssystemet.
4. Den vårdmetod som används utomlands ska vara identisk eller i flera avseenden överensstämmande med en behandling som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet för den sökandes sjukdom eller hälsotillstånd.
5. Om vårdmetoden inte är identisk, men överensstämmer i flera avseenden, ska den del av vårdmetoden som inte är identisk dessutom ha använts av den utländska vårdgivaren under några års tid samt ha beskrivits i vetenskaplig medicinsk litteratur.

Regeringen har övervägt att lagstifta om rätten till ersättning för vård i annat EES-land.⁸ Arbetet har fördröjts, delvis eftersom ett länge aviserat EU-direktiv om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård försenats i flera omgångar. Ett förslag till direktiv presenterades av kommissionen den 2 juli 2008 (patientrörlighetsdirektivet).⁹ Tanken med direktivet är främst att motverka divergerande tolkningar av EG-domstolens rättspraxis kring patientrörlighet i EU:s medlemsstater. Dessutom finns ett antal krav på medlemsländerna, bland annat att inrätta nationella kontaktpunkter. Det kan antas att beslutsprocessen inom EU blir utdragen, kanske flerårig. Hur detta påverkar planerna att lagreglera området är oklart för närvarande.

Vårdsökande enligt gränssjukvårdsförordningen (1962:390)

Gränssjukvårdsförordningen tillkom för att underlätta tillgången till läkarvård eller sjukgymnastik för de svenskar som bor vid gränsen till Finland respektive Norge. Ersättning för utgift för

⁸ Se exempelvis departementspromemorian "Rätten till ersättning för vård i annat EES-land" (Ds 2006:4), lagrådsremissen, Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land 22 januari, (Socialdepartementet 2007).

⁹ COM (2008) 414 final 2008/0142 (COD), Proposal for a directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Se även Edwardsson 2008.

läkarvård och behandling hos sjukgymnast lämnas högst med ett belopp som motsvarar ”svensk nivå”. Som högst det arvode en privatpraktiserande yrkesutövare skulle få enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik. För resekostnad i samband med vården eller behandlingen utges ersättning enligt lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor.

I princip är det uteslutande lönsammare för en enskild person att söka ersättning med stöd av EG-fördraget än med stöd av gränssjukvårdsförordningen (Försäkringskassan 2008). Det innebär dock ett omständligare förfarande för den enskilde. Försäkringskassan framhåller i rapporten att gränssjukvårdsförordningen spelat ut sin roll och därför bör upphävas.

Sammanfattningsvis har det svenska offentliga sjukvårdsåtgärdet stor betydelse för invånarnas möjligheter att få kostnader för vård utomlands ersatta (Edwardsson 2007). En patient som önskar planerad öppenvård kan sägas ha ett fritt vårdval vad gäller vård inom EU/EES, i bemärkelsen att hemlandet under vissa premisser måste betala för vården i efterhand. I Sverige finns ännu ingen lagreglering av formerna för förhandsprövning vid planerad sjukhusvård. Därför kan i princip sägas råda ett fritt vårdval för svenskar inom EU/EES-området, både vid öppen- och slutenvård.

3.5 Patientens möjlighet till rättslig överprövning

Människors rättigheter i samband med hälso- och sjukvård uttrycks ofta indirekt i svensk lag. Rätten till vård följer till exempel implicit av de skyldigheter sjukvårdshuvudmännen getts i HSL och vårdpersonalens ansvar i LYHS. En befogad tolkning är att skyldigheten för det allmänna att tillhandahålla vård också motsvaras av en rätt för den enskilde att få adekvat vård. Rätten är dock inte juridiskt framtvångbar genom möjlighet till överklagande eller dylikt. Som patient kan man inte överklaga beslut av vårdgivare i enskilda patientärenden annat än i speciella fall. Sådana regler finns bland annat vid tvångsvård, smittskydd och journalutlämnande.

Det är inte är myndighetsutövning mot enskild när olika beslut fattas av läkare m.fl. i den frivilliga hälso- och sjukvården – exempelvis köplacering, prioriteringar, beslut om vårdinsatser m.m. När det gäller den faktiska sjukvården faller den därför helt utanför förvaltningslagens (1986:223) bestämmelser om ärendehandlägg-

ning, beslutsmotivering och överklagande. I det här avseendet är det ingen skillnad mellan sjukvårdsförmåner som uttrycks direkt i HSL och åtaganden som landstingen gjort utöver lagens krav, till exempel beträffande den nationella vårdgarantin och rekommendationen om valmöjligheter. Eftersom patienten inte genom ett rättsligt förfarande kan framtvunga förmånerna i fråga, realiserar hon eller han inte som en formell part eller rättssubjekt.

Patientens rent civilrättsliga ställning gentemot vårdgivare har aktualiserats i en diskussionspromemoria från Justitiedepartementet, "Bör konsumenttjänstlagen utvidgas?" (Ds 2005:55). I denna finns en skiss om att utsträcka konsumenttjänstlagens (1985:716) tillämpning till bland annat hälso- och sjukvårdsområdet. Det skulle tveklöst ge patienten starkare status av individuellt rättssubjekt. I promemorian nämns att Utredningen om patientens rätt visserligen handlar om närliggande frågor, men att förslagen inte – i vart fall inte i första hand – torde komma att beröra det civilrättsliga förhållandet mellan parterna. Promemorian remissbehandlas för närvarande.

Landstingsinvånare har en i vissa avseenden starkare rättslig ställning vid vårdsökande inom EU/EES än inom landet. Försäkringskassans beslut i ärenden om tillämpningen av förordning 1408/71 prövas då enligt bestämmelserna om preskription, omprövning, ändring och överklagande i lagen (1962:381) om allmän försäkring. Den enskilde kan alltså föra talan inför förvaltningsdomstol om förmånerna. Patienten har vidare relativt stora möjligheter att välja utförare och få betalt i efterhand av Försäkringskassan vid vårdsökande inom EU/EES. Detta gäller vid planerad vård – såväl öppen som sluten – enligt den rättspraxis som etablerats kring fri rörlighet för tjänster, se avsnitt 3.4. Någon motsvarande rätt att söka vård inom landet för svenska medborgare med rätt till ersättning i efterhand från hemlandstinget finns inte.

Referenser

Ds 2005:55 *Bör konsumenttjänstlagen utvidgas?*

Ds 2006:4 *Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, en översyn.*

Edwardsson, Ewa, 2007. *Fri rörlighet för välfärd? Rättsutvecklingen gällande den fria rörligheten för sjukvårdstjänster.* Svenska

- Institutet för europapolitiska studier (SIEPS), 2007:05, Stockholm.
- . 2008. *Nya regler om fri rörlighet för patienter*. Svenska institutet för europapolitiska studier (SIEPS), Europapolitisk analys, nummer 15-2008. Stockholm.
- Försäkringskassan. 2008. Försäkringskassans rapport till regeringen den 16 maj 2008, *Analys av tillämpningen av socialförsäkringslagstiftningen inom Norden*. Stockholm.
- Landstingsförbundets styrelse. 2004. *Riksavtalet för utomlänsvård*.
- . 2008. *Riksavtalet för utomlänsvård, komplettering av kap. 3*.
- . A 00:56. *Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården*.
- Regeringens proposition (1981/82:97) *Hälso- och sjukvårdslag, m.m.*
- Regeringens proposition (1994/95:195) *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
- Regeringens proposition (1995/96:176) *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*.
- Regeringens proposition (1996/97:60) *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- Regeringens proposition (1997/98:109) *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*.
- Regeringens proposition (1998/99:4) *Stärkt patientinflytande*.
- Socialdepartementet den 18 januari 2007. *Ersättning för kostnader av vård i annat EES-land*. Lagrådsremiss.
- Socialstyrelsen. 2007. *Prioriteringar i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val?". Stockholm.
- . 2008. *Uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Stockholm.
- Socialutskottets betänkande (1996/97:SoU14) *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- SOU 2006:110 *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*.
- 2007:82 *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*.
- 2008:37 *Vårdval i Sverige*.
- Statskontoret. 2005. *Ett EU-perspektiv på statlig styrning av kommunala verksamheter*. Stockholm.

4 Den nationella vårdgarantin och det fria vårdvalet: Bakgrund, nuvarande praxis och utmaningar

I det föregående kapitlet presenterades bland annat nu gällande landstingsåtaganden rörande fritt vårdval och den nationella vårdgarantin. Avsikten med detta kapitel är att beskriva grunderna för utredningens uppdrag att föreslå en lagreglering på detta område utanför primärvård: I avsnitt 4.2 ges en historisk bakgrunds-teckning till nuvarande fria vårdval och nationella vårdgaranti. I avsnitten 4.3 och 4.4. redovisas hur nuvarande åtaganden rörande valfrihet och vårdgaranti tillämpas. Avsnitten 4.5 och 4.6 berör två områden med relevans för hur en nationell vårdgaranti och ett fritt vårdval kan lagregleras. Det första området rör andra prioriteringar inom hälso- och sjukvården och då särskilt hur en vårdgaranti utanför primärvården relaterar till de riktlinjer för prioriteringar som riksdagen fattat beslut om år 1997. Det andra området rör upphandlingsjuridiska aspekter på hur ett fritt vårdval kan lagregleras. Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion om problemen med statens hittillsvarande styrning samt vad målsättningen bör vara för en förstärkt vårdgaranti (4.7).

4.1 Problemet med vårdens tillgänglighet och väntetider i vården

I utredningens första delbetänkande, Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) gjordes inledningsvis en översikt av aktuella undersökningar kring hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, valfrihet och kontinuitet. Översikten inkluderade undersökningar från analys-

och informationsföretaget Health Consumer Powerhouse, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Europeiska kommissionens Eurobarometer samt landstingens befolkningsundersökning Vårdbarometern. Undersökningarna visade i stora drag att den svenska hälso- och sjukvården levererar goda medicinska resultat, men har en förbättringspotential vad gäller tillgänglighet och valfrihet.

Sedan delbetänkandet publicerats har en ny rapport med Öppna jämförelser presenterats (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2008). Rapporten visar att satsningar till trots, bland annat vad avser vårdgarantin, har tillgängligheten inte förbättrats, snarast tvärtom. En jämförelse på riksnivå visar att under perioden mars 2007 till mars 2008 hade mellan 25 och 30 procent av alla som väntade på ett planerat besök till specialiserad vård eller en beslutad behandling, väntat mer än 90 dagar. Under denna period var det inget landsting som klarade de utfästelser som man gjort inom vårdgarantin. Utvecklingen leder därmed till frågetecken kring de grundläggande premisserna; landstingens ansvar för det offentliga åtagandet vad avser hälso- och sjukvård.

4.2 Framväxten av vårdgarantin och det fria vårdvalet

Detta avsnitt beskriver framväxten av dagens nationella vårdgaranti och det fria vårdvalet. Regelverket kring dessa, bland annat riksavtalet för utomlänsvård, tas kortfattat upp för att visa patientens formella ställning enligt vårdgarantin och det fria vårdvalet. Avslutningsvis beskrivs några statliga satsningar från senare delen av 1990-talet och framåt som har haft tillgänglighet som en ledstjärna. Eftersom åtgärder för att öka tillgängligheten i primärvården, såsom 1994 års husläkarlag, redan beskrivits i utredningens första betänkande Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) beskrivs dessa inte här.

4.2.1 Vårdgarantier

Vårdgarantier diskuterades första gången i riksdagen år 1987. Enligt förslag i en motion från Moderaterna föreslogs att hemlandstinget skulle bli betalningsskyldigt för vård i ett annat lands-

ting om adekvat vård inte kunde erbjudas (Winblad 1993). Tillgänglighet i form av väntetider för besök och behandling vid planerad vård har därefter varit en återkommande sjukvårdspolitisk fråga.

Trots detta innehåller hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, ingen 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. Vidare finns en allmän prioriteringsregel. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2 § HSL).

Det har sedan 1992 träffats flera överenskommelser mellan Landstingsförbundet (nuvarande SKL) och regeringen om vårdgarantier. Dessa överenskommelser har förmodligen bidragit till att riksdagen avstått från en i lag reglerad vårdgaranti. Överenskommelserna anses däremot sakna så kallad partsverkan mellan staten och SKL. Det torde därför vara svårt att få parternas åtaganden prövade och utkrävda i domstol (Statskontoret 2005). Överenskommelserna beskrivs kortfattat nedan.

1992 års vårdgaranti

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 tillämpas i första hand 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. Det landsting där patienten var bosatt fick svara för kostnaderna. Samtliga landsting beslöt att följa rekommendationen om vårdgarantin och fick då ta del av de 500 miljoner kronor som staten avsatt för år 1992. Vårdgarantin ingick även i Dagmaröverenskommelserna för åren 1993-1996, men utan särskilda ekonomisk specificering inom ramen för överenskommelsens totala statsbidrag.

Utvärderingen av vårdgarantin redovisas i Socialstyrelsens rapport ”Fyra år med vårdgaranti – erfarenheter och effekter” (Socialstyrelsen 1997). Den sammanfattande bedömningen var att vårdgarantin kortade väntetiderna, men att effekten blev kortvarig.

Betoningen på tolv diagnoser och behandlingar ansågs stå i strid med den etiska plattform för prioriteringar som Prioriteringsutredningen presenterat i betänkandet Vårdens svåra val (SOU 1995:5) och som riksdagen fattade beslut om år 1997 (se kap. 3.2). De dittills införda vårdgarantierna ansåg utredningen huvudsakligen avsåg åtgärder som, även om de kunde vara angelägna, inte tillhörde de högst prioriterade. Regeringen och Landstingsförbundet bestämde i Dagmaröverenskommelserna för år 1995 och 1996 att det skulle utredas hur en vårdgaranti successivt kunde utvidgas och tillgängligheten till diagnos, behandling, rehabilitering m.m. förbättras.

1997 års vårdgaranti

I Dagmaröverenskommelsen för år 1997 beslöt staten och Landstingsförbundet att avskaffa garantin 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 behöva vänta på den behandling som läkaren bedömt att han eller hon hade behov av.

Enligt garantin hade patienten rätt att välja vårdcentral och sjukhus inom det egna landstinget. Detta innebar i och för sig ingen utökning av redan befintliga valmöjligheter. Om inte hem-

landstinget kunde tillhandahålla vården inom de tider som angavs, fick patienten rätt att söka vård i annat landsting utan extra kostnader för honom eller henne. Denna rätt inkluderade även tillgång till privata vårdgivare med ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal. Besöksgarantin började gälla 1998 och gäller i stort sett än i dag.

2005 års vårdgaranti

Det skulle dröja till år 2005 innan regeringen och Landstingsförbundet/SKL tecknade en överenskommelse om att utvidga besöksgarantin till en vårdgaranti som också omfattar väntetid till behandling. Vårdgarantin består av fyra delar som täcker i stort sett alla icke akuta besök inom primärvården, samt planerade nybesök och behandling inom den specialiserade vården. Garantin ska tillämpas av alla landsting och beskrivs närmare i kapitel 3.3. Den brukar sammanfattas med följande sifferserie, som markerar hur många dagar den enskilde längst ska behöva vänta i olika vårdsammanhang:

- 0 - Primärvårdens tillgänglighetsgaranti.
- 7 - Besöksgarantin till primärvårdsläkare.
- 90 - Besöksgarantin till den specialiserade vården.
- 90 - Behandlingsgarantin inom landstingets planerade vård.

Vårdgivaren förutsätts vid besökstillfället informera om aktuellt väntetidsläge och möjligheterna till en "vårdgarantiremiss". I vissa landsting finns särskilda "vårdgarantienheter/vårdslussar" som inom garantitiden hänvisar patienten till annan vårdgivare. Det förekommer att "vårdgarantiremiss", ska godkännas av berörd verksamhetschef i hemlandstinget. Vårdgarantin kan inte åberopas för en viss aktivitet/åtgärd om denna inte ingår i hemlandstingets vårdutbud. Den här typen av prioritering ska alltså finnas som grund innan beslut fattas. Oftast är hemlandstingets utbud lika med det som bildas genom nationella riktlinjer, beskrivs i nationellt indikationsarbete, utvecklats genom nationell och lokal praxis eller på annat sätt förts in i den medicinska praktiken. Få landsting har genomfört systematiska genomgångar av vilka behandlingsindikationer som lett till en prioriteringsordning där behandlingar uteslutits från vårdutbudet.

4.2.2 "Fritt vårdval"

Frånsett rätten att inom hemlandstinget välja fast primärvårdsläkare med specialistkompetens i allmänmedicin (5 § HSL) finns ingen lagreglering av patientens möjligheter att välja en viss vårdenhet inom primärvården, ett visst sjukhus eller en specialistläkare.¹ Däremot finns valmöjligheterna reglerade ur andra perspektiv, se kapitel 3.2. Till exempel genom bestämmelser om att patienten ska få välja behandling om metoderna är likvärdiga och kostnadseffektiva och att patienter med livshotande eller annan särskilt allvarlig sjukdom eller skada under vissa premisser ska kunna få en förnyad medicinsk bedömning, så kallad "second opinion" (3 a § HSL).

Landstingen har vidgat valmöjligheterna sedan 1990-talet och framåt, både inom och utanför det egna landstinget. Staten har följt hur landstingens satsningar sett ut och tillspetsat kan sägas att ett latent hot om lagstiftning har funnits sedan 1990-talet. Att närmare författningsreglering inte skett av rätten att välja sjukhus m.m. beror av allt att döma på landstingens frivilliga åtaganden.

1989 års valfrihetsrekommendation

År 1988 rekommenderade Landstingsförbundets styrelse landstingen att förbättra valmöjligheterna för de långvarigt sjuka, så att de skulle kunna flytta till bland annat sjukhem i närheten av sina anhöriga. Året därpå utvidgades rekommendationen till att mer allmänt gälla valmöjligheter i sjukvården. Sett till den dåvarande situationen i landstingen hade utvecklingen mot ökade valmöjligheter redan påbörjats. Enligt en av Landstingsförbundet gjord undersökning i början av år 1989 tillät redan en majoritet av huvudmännen, 17 av dåvarande 26 landsting, fritt val av vårdcentral; 16 av dessa hade fritt val av sjukhus i hemlandstinget.

Landstingen åtog sig att följa rekommendationen från och med 1991. Den innebar att man inom det egna landstinget skulle kunna välja vårdinrättning, offentlig eller privat (med landstingsfinansiering), det vill säga inom primärvården välja vårdcentral och inom länssjukvården välja sjukhus för såväl öppen som sluten vård. Landstingen rekommenderades även att underlätta för pendlare och

¹ Här bortses från den begränsade rätt att få privat specialistläkarvård utförd med offentlig finansiering som finns enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

gränsbor att välja primärvård och öppen specialistvård i grannlandstingen samt att sluta avtal sinsemellan om detta. Utanför det egna landstinget fick man välja vård inom slutenvården, det vill säga på sjukhus om man hade remiss från en läkare i hemlandstinget. Riks- och regionsjukvård, det vill säga högspecialiserad sjukvård som bara ges på vissa sjukhus, ingick inte. Patienten stod själv för resekostnader. Valmöjligheterna gällde, oavsett motiv, från dag ett. De var inte kopplade till någon formell väntetid inom hemlandstinget. I rekommendationen betonades vikten av att invånarna informerades om sina valmöjligheter.

Att utformningen av valmöjligheterna skilde sig mellan landstingen påtalades av Prioriteringsutredningen, som hävdade att ökad valfrihet kunde försvåra tillämpningen av allmänt accepterade riktlinjer för prioriteringar (SOU 1995:5). Variationer mellan landstingen när det gällde valfriheten iaktogs också av Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU 2000. I delbetänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154) framhöll HSU att det inte är acceptabelt att tillämpa system som innebär att landstingen på central nivå beslutar att fritt val av sjukhus och annan specialiserad vård ska gälla och samtidigt tillämpar styr- och ersättningssystem som medför att befolkningen i praktiken inte kan utnyttja sina valmöjligheter. HSU lät bli att presentera förslag på lagreglering av valfriheten när det gäller sjukhus- och specialistvård, men betonade att det var en avgörande trovärdighetsfråga för landstingen att det inte fanns avvikelse mellan formella och reella valmöjligheter.

Med denna utveckling som bakgrund antog Landstingsförbundet 1997 en rekommendation om landstingens och medlemskommunernas arbete med att stärka patientens ställning (A 97:32). Rekommendationen fokuserade på valmöjligheterna och ett aktivt utvecklingsarbete kring patientens ställning. Det fria vårdvalet utvidgades till att omfatta möjlighet att söka öppenvård också i andra landsting, givet att hemlandstingets remissregler iaktogs. I *Dagmaröverenskommelser* år 1998 och därefter underströks betydelsen av att landstingen gav tydlig information om valmöjligheterna i det egna landstinget och på annat håll, aktuell väntetidsinformation m.m. Det ledde till en revidering av rekommendationen om valfrihet.

Rekommendationen om valmöjligheter efter år 2000

Samtliga landsting har sedan 2003 anslutit sig till en ny rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (Landstingsförbundets styrelse A 00:56). Rekommendationen rör den enskildes möjligheter att omgående – 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 förutsätter att vården lämnas av landsting och andra vårdgivare med offentlig (landsting) finansiering. För en närmare beskrivning av innehållet hänvisas till kapitel 3.

Liksom den ursprungliga rekommendationen omfattar det fria vårdvalet inte den enskildes möjlighet att välja vård enligt reglerna om regionsjukvård och rikssjukvård (9 – 9 b § HSL). Däremot omfattas som nämnts landstingets planerade vård av den nationella vårdgarantin, då även region- och högspecialiserad vård via avtal med andra vårdgivare.

4.2.3 Riksavtalet för utomlänsvård

I ett riksavtal för utomlänsvård finns bestämmelser om vad som gäller mellan landstingen i ersättningshänseende m.m., när en person får vård utanför sitt hemlandsting. Det nu gällande riksavtalet är från år 2004 (Landstingsförbundets styrelse 2004). Också riksavtalet har beskrivits i kapitel 3.

4.2.4 Patientens ställning enligt vårdgarantin och det fria vårdvalet

Nu gällande överenskommelse om nationell vårdgaranti och rekommendation om valmöjligheter uttrycker lägsta godtagbara nivåer. Landsting har emellertid beslutat om högre ambitionsnivåer även då garantins ursprungliga tidsgränser inte kan hållas. Exempelvis kan det gälla kortare frister för längsta väntetid enligt vårdgarantin (0, 7, 30, 30 i stället för 0, 7, 90, 90), inkludering av utredningar i garantin, särskilda valmöjligheter enligt regionavtal etc. För patienter har dessa ambitionshöjningar inte nödvändigtvis lett till att man med säkerhet fått vård inom de nya eller gamla garanti-tiderna eller del av valmöjligheter enligt rekommendationen.

Svaga grupper, som svårt sjuka och mycket gamla, har ofta svårt att framföra önskemål och ställa krav. I ökande utsträckning inrättar landstingen särskilda funktioner för vårdgaranti- och tillgänglighetsfrågor, till exempel "vårdlots" i Kronoberg och Östergötland, "vårdsluss" i Örebro och Norrbotten, "patientombudsman" i Jämtland och vid Södersjukhuset i Stockholm samt vårdgarantienheter i Uppsala och Stockholms län. Olikheter i hanteringen och skillnader i medicinsk praxis gör att förutsättningarna för att utöva fritt vårdval och få vård inom vårdgarantins tidsgränser varierar mellan landstingen (Socialstyrelsen 2008b, 28).

Oavsett hur dessa i förhållande till lagstiftningen vidgade förmåner tillämpas av respektive landsting och dess yrkesutövare, saknas effektiva instrument för ett formellt kravställande från patientens perspektiv. Den missnöjde har ingen möjlighet att överklaga beslut kring vårdgarantin eller fritt vårdval, utan är i princip hänvisad till ansvariga chefer, förekommande vårdgarantikanslier/motsvarande eller patientnämnden i landstinget vid bristande uppfyllelse. Se vidare kapitel 3.5.

4.2.5 Några statliga satsningar på tillgänglighetsområdet

Staten har genom åren på olika sätt stimulerat tillgängligheten inom vården. Exempel på styrning genom lagreglering är 1994 års husläkarreform, hemlandstingets skyldighet att låta den enskilde välja fast primärvårdsläkare inom landstinget (HSL) och den nationella taxan enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning. Statens ambitioner på tillgänglighetsområdet har till stor del meddelats genom annan styrning än lagar och författningar. Ofta har den huvudsakliga styrkomponenten handlat om olika avtal och villkor för statsbidrag till landstingen. I de så kallade Dagmaröverenskommelserna har, som framgått av beskrivningen i det föregående, sedan länge ingått att Landstingsförbundet – nuvarande SKL – åtagit sig att leva upp till olika statliga krav på insatser för patienter som villkor för särskilda statsbidrag.

Nedan ges exempel på några åtgärder staten vidtagit vid sidan om lagreglering från slutet av 1990-talet och framåt.

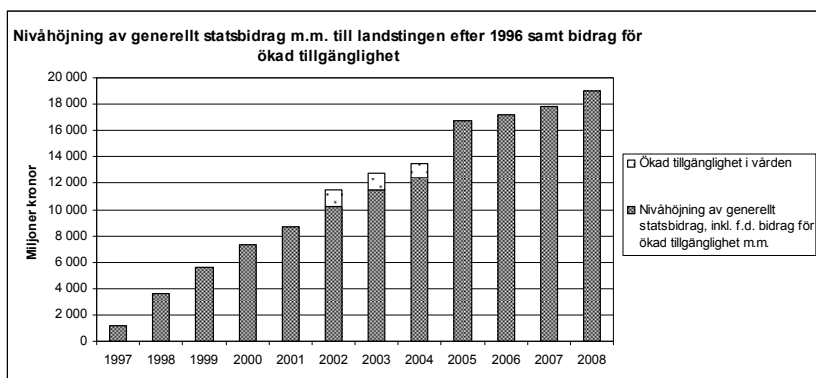
Höjda statsbidrag enligt vårpropositionerna 1997 och framåt

I 1997 års ekonomiska vårproposition (prop. 1996/97:60a) aviserade regeringen en nivåhöjning av statsbidragen till kommuner och landsting med 8 miljarder kronor från och med 1998. För att motverka en fortsatt sysselsättningsminskning och samtidigt värna kvaliteten i de kommunala kärnverksamheterna redan under 1997 föreslogs dessutom en höjning av statsbidragen med 4 miljarder kronor på tilläggsbudget för 1997. Merparten av dessa medel tillfördes det generella statsbidraget. Tillskottet var således inte öronmärkt för något speciellt ändamål. I propositionen angavs dock, bland annat mot bakgrund av HSU 2000:s delbetänkande Behov och resurser i vården – en analys (SOU 1996:163), att inriktningen borde vara att resurstillskottet skulle leda till att kommuner och landsting vidtog åtgärder så att bland annat väntetiderna i sjukvården blev kortare, kvaliteten i äldreomsorgen blev högre och att personer med psykiska funktionshinder gavs bättre vård och omsorg.

Som framgår av beskrivningen nedan har ytterligare höjningar av de generella statsbidragen skett åren därefter bland annat i samband med prioriteringar mellan olika samhällssektorer och i samband med den särskilda tillgänglighetssatsningen. I förhållande till 1996 års nivå höjdes det generella statsbidraget till kommunerna och landstingen till följd av detta med över 25 miljarder kronor fram till och med 2001. Därutöver tillkommer vissa andra satsningar som senare har inordnats i det generella bidraget.

De höjda statsbidragen gav enligt regeringens och riksdagens uppfattning landstingen ökade möjligheter att redan då vidta åtgärder för att minska väntetiderna i vården (prop. 1997/98:189, bet. 1998/99:SoU3). I samtliga landsting pågick aktiviteter för att korta köer och öka tillgängligheten. Regeringen lyfte fram att vissa landsting åtagit sig att införa fritt vårdval i hela landet kopplat till en behandlingsgaranti: En patient som bedömts behöva en viss behandling och fått besked om att behandlingen inte skulle kunna ges i hemlandstinget inom tre månader, skulle få rätt att vända sig till en vårdgivare i ett annat landsting eller till en privat vårdgivare med offentlig finansiering. Detta var en utvidgning jämfört med villkoren i 1997 års vårdgaranti, som avsåg väntetider för besök.

I diagrammet nedan visas nivåhöjningen av generellt statsbidrag till landstingen efter 1996 samt bidrag för ökad tillgänglighet (från 2005 ingår dessa bidrag i det generella bidraget).²



Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården

Att förbättra tillgängligheten i primärvården var ett huvudsyfte med den nationella handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården som riksdagen antog år 2000 (prop. 1999/2000:149). Handlingsplanen omfattade fyra delar: Utvecklingsavtal, resurstillskott, uppföljning samt stöd till forsknings- och utvecklingsarbete. Insatserna finansierades med ett ökat generellt statsbidrag perioden 2001-2004 till kommuner och landsting vilket gav ett ackumulerat tillskott om totalt närmare 9 miljarder kronor ($1+1+3+4=9$)³. Landstingen erhöll 70 procent av detta tillskott och kommunerna 30 procent. Nivåhöjningen med 4 miljarder kronor 2004 har legat kvar även åren därefter. I ett avtal den 17 maj år 2000 enades regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att dessa utökade resurser skulle stimulera utvecklingsinsatser åren 2002-2004 inom fyra utpekade områden: primärvård, vård och omsorg om äldre, psykiatri samt tillgänglighet och mångfald.

Det övergripande syftet med handlingsplanen framhölls vara att åstadkomma positiva systemeffekter för hälso- och sjukvården som

² I det generella bidraget har inräknats medel som tillförts landstingen via statsbudgetens inkomstsida och som under perioden överförts till det generella bidraget. Nivån på det generella bidraget har även påverkats av ekonomiska regleringar i syfte att neutralisera effekter på landstingens kostnader och effekter av vissa statliga beslut.

³ Drygt 200 miljoner av de 9 miljarder kronorna användes för uppföljning m.m.

helhet, det vill säga att skapa bättre förutsättningar för primärvården i landsting och kommuner och den specialiserade vården vid och utanför sjukhus att i samverkan förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet. Ett av målen var att det skulle finnas 6 000 allmänläkare i primärvården år 2008. (Sveriges Läkarförbund anger att det 2007 fanns 4 500 distriktsläkare verksamma i primärvården. SKL redovisar att det totalt fanns 6 763 läkare anställda i primärvården. Socialstyrelsen anger att det samma år fanns totalt 7 352 legitimerade allmänmedicinare under 65 år. (Läkarförbundet 2008; Socialstyrelsen 2008a; Sveriges Kommuner och Landsting 2008).

Vid behandlingen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården uttalade regeringen och riksdagen vid flera tillfällen angelägenheten av att olika driftsformer i den öppna vården och omsorgen stimuleras genom att fler privata, kooperativa och ideella entreprenörer ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen.⁴ Regeringen hade exempelvis i propositionen *Ändringar i lagen om offentlig upphandling m.m.* (prop. 2001/02:142a) uttalat att kundvalssystem inom äldreomsorg, sjukvård, barnomsorg borde utredas i särskild ordning, en uppfattning som även Utredningen om vårdens ägarformer förde fram i sitt slutbetänkande *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (SOU 2003:23). Detta skulle dock dröja.

Nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg

Under 2001 inrättades ett nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vården och omsorgen; PrioriteringsCentrum. Avsikten var att PrioriteringsCentrum skulle fungera som en sambandscentral med uppgift att samla in och sprida information inom området öppna prioriteringar. Landstinget i Östergötland är huvudman. Initiativtagare och huvudfinansiär var Nationella rådet för vårdpolitik, ett numera inte längre existerande samarbetsorgan mellan Socialdepartementet, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. PrioriteringsCentrum har bland annat på Socialstyrelsens uppdrag kartlagt sjukvårdens prioriteringar. I skriften *”Vårdens alltför svåra val”* som lämnades till Socialstyrelsen år 2007 diskuteras behov av förändringar av de prioriteringsgrunder som riksdagen tio år tidigare fattat beslut om.

⁴ Se bland annat socialutskottets betänkande (Socialutskottet 2002/03: SoU3).

Den särskilda satsningen på ökad tillgänglighet i sjukhusvården

I budgetpropositionen våren 2001 föreslog regeringen att landstingen under en treårsperiod från 2002 skulle få ett resurstillskott på 1,25 miljarder kronor per år i form av ett riktat statsbidrag för att förbättra tillgängligheten i sjukhusvården (prop. 2000/01:1). Senare sänktes dock beloppet för 2004 till 1,1 miljarder kronor. Tillsammans med tillskotten enligt den nationella handlingsplanen skulle den särskilda tillgänglighetssatsningen i sjukhusvården bli en kraftfull resursförstärkning med både generella och riktade bidrag till landstingen för att öka tillgängligheten (drygt 6 respektive 3,6 miljarder kronor). En förutsättning för den särskilda tillgänglighetssatsningen var att detta reglerades i en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Den under 2001 träffade överenskommelsen kom dock att omfatta åtgärder inom hela hälso- och sjukvården, och hade således en bredare "träffyta" än riksdagsbeslutets inriktning på sjukhusvården.⁵ När den särskilda tillgänglighetssatsningen upphörde höjdes det generella bidraget 2005 med 1,25 miljarder kronor.

Landstingen åtog sig efter rekommendation från Landstingsförbundet att följa innehållet i överenskommelsen; det vill säga korta väntetiderna, förbättra uppföljningen av tillgängligheten samt att förbättra informationen till patienter både om väntetider och valmöjligheter i vården. Regeringen ställde starkare krav på styrning och uppföljning av bidragen än vad som är fallet med allmänna bidrag till kommuner. Landstingen skulle bland annat förse staten med information som möjliggjorde en uppföljning av tillgänglighetssatsningen. Hur patienter informerades om väntetider och valmöjligheter skulle dessutom beskrivas i uppföljningsrapporter. I upplägget ingick också att varje landsting skulle göra en analys av utgångsläget och upprätta en åtgärdsplan för hela perioden.

Databasen Väntetider i vården

En nationell databas med uppgifter om aktuella väntetider, Väntetider i Vården ("www.vantetider.se") har successivt byggts upp sedan år 1998 av Landstingsförbundet med delfinansiering av

⁵ Överenskommelse 2001-10-03 mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. S2001/8963/HS.

staten. Syftet är att göra det möjligt för bland annat allmänheten att jämföra väntetider till ett antal mottagningar och behandlingar över hela landet. Enligt överenskommelsen skulle 100-procentig inrapportering ske från och med år 2005, ett mål som ännu inte uppnåtts. Väntetidsdatabasen skulle också användas som underlag för statens uppföljning av åtagandet att förbättra tillgängligheten. Databasen innehåller i dag uppgifter om tillgängligheten via telefon och till läkarbesök hos landets vårdcentraler samt väntande till besök och behandlingar inom cirka 70 olika specialist- och åtgärdsområden. Resultaten från landstingens redovisning uppdateras och publiceras varje månad på webbplatsen.

Tillgänglighetssatsningen permanentas år 2005

Regeringen aviserade att bidraget för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården skulle upphöra år 2005 och att 1,25 miljarder kronor skulle överföras till det generella statsbidraget som en varaktig nivåhöjning. Den särskilda tillgänglighetssatsningen åren 2002–2004 framhöll regeringen var en del i en samlad satsning för att komma till rätta med väntetidsproblemen i den planerade hälso- och sjukvården. De samlade åtgärderna av tillgänglighetssatsningen, det fria vårdvalet, utvecklingen av väntetidsdatabasen och Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för prioriteringar hade enligt regeringen banat väg för införandet av den nationella vårdgaranti som beskrivits tidigare. Tillgänglighetssatsningen och vårdgarantin kompletterade varandra och borde därför enligt regeringen utgöra en samlad satsning. Landstingen tillfördes extra medel åren 2005–2007 för införandet av vårdgarantin.

Överenskommelser om fortsättning av den särskilda satsningen på ökad tillgänglighet åren 2005–2007

Överenskommelsen om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen löpte ut år 2004 och handlingsplanen avslutades därmed enligt riksdagens beslut. Två överenskommelser tecknades mellan staten och Landstingsförbundet för det fortsatta arbetet åren 2005–2007; en inom primärvård och äldreomsorg och en inom psykiatri. Parterna var överens om att inriktningen och åtagandena i det ursprungliga utvecklingsavtalet skulle ligga fast för såväl primärvård

och äldreomsorg som psykiatri. Vad gäller primärvården skulle arbetet med att förbättra läkartätheten och möjligheten för medborgarna att välja fast läkarkontakt fortsatt betonas. Socialstyrelsens uppföljningar av den nationella handlingsplanen hade visat att ytterligare åtgärder behövdes. Men även inom områden där framsteg skett skulle en kraftsamling ske, till exempel arbetet med att förbättra och utveckla tillgängligheten till primärvården (Socialstyrelsen 2005a).

Den nivåhöjning av det generella statsbidraget med närmare 4 miljarder kronor som gjordes 2004 med hänvisning till den nationella handlingsplanen fördelades med 70 procent till landstingen och 30 procent till kommunerna. Av dessa beräknar Socialstyrelsen att cirka 3,5 miljarder har gått till satsningar på förbättringar av primärvård och äldreomsorg och cirka 500 miljoner till satsningar på förbättringar av psykiatri (Socialstyrelsen 2008c). Regeringen förutsatte i överenskommelserna att huvudmännen skulle använda motsvarande summa som kompletterande finansiering till fortsatta förbättringar inom primärvård, äldreomsorg och psykiatri åren 2005–2007.

Fortsatta satsningar på psykiatri, äldreomsorg m.m.

Regeringen har de senaste åren tagit flera nationella initiativ med anknytning till intentionerna i den nationella handlingsplanen. Satsningarna omfattar bland annat en nationell plan för utvecklingen av vården och omsorgen om äldre, ökade legala krav på kontinuitet och läkarmedverkan inom vård och omsorg om äldre sedan år 2007, tidiga stödinsatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa samt insatser för personer med psykiska funktionshinder.

Regeringen och SKL ingick år 2007 (S2007/5696/HS) en överenskommelse om förstärkt vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatri. I uppdraget ingick att SKL under 2007 skulle kartlägga och beskriva nuläget, se över behovet av gemensamma definitioner och begrepp samt föreslå hur en förstärkt vårdgaranti kan se ut med redovisning senast den 31 december 2007. I en rapport till regeringen i december 2007 framhöll SKL att ett första delmål är att alla barn som bedöms ha behov av detta ska få ett besök och en första bedömning hos specialistvården inom 30 dagar. Steg två är att börja mäta väntetid till behandling och att stegvis uppnå att all beslutad behandling eller fördjupad utredning startar inom 30

dagar. Det långsiktiga målet ska vara att alla landsting i verkligheten ska kunna leva upp till en vårdgaranti med 0+7+30+30 dagar år 2011. Bakgrunden är förslag från den nationella psykiatrisamordnaren i betänkandet *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100).

Särskilda stimulansmedel har tilldelats några av åtgärderna.

4.3 Implementeringen av det fria vårdvalet

Syftet med detta avsnitt är att redogöra för tidigare genomförda utvärderingar av rekommendationen om valmöjligheter i vården samt att presentera resultaten från utredningens egen undersökning av rekommendationens implementering. Sedan 1990 har det funnits tydliga politiska ambitioner att stärka patienters ställning och möjligheter att välja vårdgivare inom den svenska hälso- och sjukvården. Patienter har idag större formella möjligheter till valfrihet än någonsin tidigare. Vad utredningens undersökning visar, i likhet med tidigare uppföljningar, är att mycket skulle kunna göras för att förbättra de faktiska möjligheterna för patienter att utnyttja rekommendationen om valmöjligheter i vården. Utredningens undersökning visar också att många i hälso- och sjukvården uppfattar regelverket kring rekommendationen som oklart och diffust. Framför allt finns en betydande oklarhet mellan vad som innefattas i rekommendationen om valmöjligheter och vad som innefattas i den nationella vårdgarantin.

4.3.1 Tidigare uppföljningar av det fria vårdvalet

De politiska ambitionerna att stärka patienters ställning och möjligheter att välja vårdgivare har förutom Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter i vården som trädde i kraft i alla landsting år 1991, fått genomslag under 1990-talet genom bl.a. vårdgarantin 1992, husläkarreformen 1993 samt införandet av rätten till fast läkarkontakt och rätt till förnyad medicinsk bedömning i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL). År 2000 beslutade Landstingsförbundet om en reviderad rekommendation med utökade valmöjligheter och en förenkling av gällande regelverk. Den reviderade rekommendationen antogs av samtliga landsting år 2003.

Trots dessa ambitioner finns det tydliga indikationer på svagt genomslag för valfrihetsreformen. Som bidragande faktorer har bristande ekonomiska incitament hos vårdproducenterna, motstånd hos den medicinska professionen samt ofullständiga informationskanaler till medborgarkollektivet pekats ut (Winblad 2003). Anell och Rosén påpekade under mitten av 1990-talet att det var förvånansvärt att de förbättrade valmöjligheterna fått en så begränsad praktisk betydelse, speciellt med hänsyn till avsevärda variationer i väntetider mellan sjukhus. Som förklaring till detta betonades vårdgivares bristande incitament att ta emot fler patienter samt patienters preferenser att välja det sjukhuset som finns närmast hemmet, oavsett förväntade väntetider (Anell och Rosén 1996).

Vidare markerades att även om de formella möjligheterna för patienter att välja vårdgivare utökades under 1990-talet begränsades dessa i realiteten genom exempelvis remisskrav (även informella sådana) och skillnader i patientavgifter. I Anells & Roséns rapport framfördes också att valfrihetsdebatten i praktiken kommit att domineras av ett producentperspektiv, av etableringsmöjligheter för vårdgivare, snarare än villkoren för patienters egna val. Rädsla för kostnadsökningar ansågs även delvis ligga till bakgrund för att ansvariga huvudmän snarast motarbetat reformen (Anell och Rosén 1995).

Likaså konstaterade HSU 2000 i delbetänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154) att de formella möjligheterna att välja sjukhus och specialistmottagning var generösa i alla landsting, men att det fanns en diskrepans mellan formella och reella valmöjligheter. Vidare beskrev utredningen att det funnits väsentliga skillnader mellan olika landsting i möjligheter att utnyttja valfriheten. Remissregler och ekonomiska styrsystem lyftes fram som vanligt förekommande hinder för patienter att utnyttja valmöjligheterna. Kommittén betonade också att det var en avgörande trovärdighetsfråga för landstingen att de regler som man beslutat om de facto efterlevdes. Dessa slutsatser ledde till att regeringen, genom Dagmaröverenskommelsen år 1998, underströk betydelsen av patienters valmöjligheter.

En rapport från Socialstyrelsen 1999 bekräftade ytterligare bilden av att utformningen av valmöjligheterna i praktiken varierade stort mellan landsting och att det ofta var otydligt vilka regler som gällde i det aktuella landstinget (Socialstyrelsen 1999). I 2000 års budgetproposition (prop. 1999/00:1, 27s.) betonade regeringen

särskilt att Landstingsförbundet genom Dagmaröverenskommelsen åtagit sig att medverka till ett tydliggörande av valmöjligheterna och att lagstiftaren därför avstått från att författningsreglera rätten att välja sjukhus eller specialistmottagning.

Riksrevisionen har i samband med sin granskning av statens styrning utvärderat landstingens satsningar på förbättrad information till patienter om valmöjligheter och väntetider genom tillgänglighetsöverenskommelsen år 2002-2004. I utvärderingen framkom att knappt en tredjedel av landstingen under denna period hade skickat ut någon form av broschyr, katalog eller tidning till befolkningen gällande valmöjligheterna. Fem landsting hade dock inrättat speciella kanslier för kö- och valfrihetsfrågor och ytterligare fem landsting hade specialutbildat personal för att fungera som informationskanaler till sina kollegor. Riksrevisionens slutsats var att informationen varit bristfällig och otillräcklig, att landstingen inte själva genomfört någon uppföljning över effekter av de informationsinsatser som genomförts samt att regeringens styrning brustit. En anmärkningsvärd ytterligare slutsats var att det hittills inte funnits några möjligheter för staten att följa upp hur de resurser som tilldelats landstinget använts (Riksrevisionen 2005).

Landstingsförbundet har i flera år frågat ett stort antal personer om de känner till att de har möjlighet att välja sjukhus. Mätningarna från 2004 visade att 51 procent av medborgarna kände till möjligheterna, vilket är en relativt låg siffra i jämförelse med befolkningens medvetenhet i exempelvis Norge (69 procent) och Danmark (87 procent) samma år (Vrangbaek et al. 2007).

En viktig aspekt för frågan om patienters valfrihet är att deras preferenser inte enbart grundar sig på att få vård så snabbt som möjligt. Behov av vård och omsorg varierar mellan olika individer och skillnader finns likaså bland annat i relation till socioekonomisk tillhörighet. Förutom behov varierar även förväntningar på vården mellan dessa grupper. I allmänna termer ställer individer med högre utbildning och höga inkomster högre krav på tillgänglighet, service och bemötande. Den kulturella tillhörigheten och egna erfarenheter sägs även ha en inverkan på förväntningar av vården. Studier har visat att ifråga om val är äldre mer positiva till sådana än yngre patienter (Anell 2004). Yngre patienter har dock visat sig mer positiva till ett ökat inflytande vid beslut om behandlingsalternativ (Anell och Rosén 1996). Resultaten ger uttryck för de värderingar som gällde vid den tidpunkt som studierna genomfördes. Värderingsförskjutningar i dessa sammanhang kan ske

snabbt beroende på en rad olika faktorer. Det finns skäl att tro att om sjukvården förmår möta patientens förväntan och hantera gapet mellan det som är möjligt att göra och det som faktiskt görs, så kvarstår medborgarnas tillit till hälso- och sjukvården.

Patientströmmar

I Socialstyrelsens rapport "Var vårdas patienten" från 2007 redovisas patientströmmar för åren 2000-2005. Motsvarande rapport utgavs 2005 där åren 1998-2002 behandlades. Resultaten visar att andelen registrerade vårdtillfällen i andra landsting var cirka 5-6 procent för respektive år. Av dessa 5-6 procent utgjorde andelen planerad vård som utförts utanför hemlandstinget 2005 cirka 45 procent, vilket var en något högre siffra än för år 2002 då den utgjorde omkring 43 procent. Den oplanerade vården utgjorde omkring 48 procent. Väntetidsåtgärderna utgjorde runt 8 procent av utomlänsvårdtillfällena. Uppsala, Västerbotten, Örebro och Östergötland sålde under denna period markant mer utomlänsvård än vad de köpte. De landsting som främst köpte mer vård än vad de sålde var Värmland, Västmanland och Södermanland. Stockholms läns landsting hade ett nästintill jämnt nettoflöde (Socialstyrelsen 2007a).

Sveriges Kommuner och Landsting har följt utvecklingen av knä- och höftledsoperationer under perioden 1998 till 2004. Denna uppföljning påvisar en ökning 2002 av antalet knäledsopererade i ett landsting utanför det egna med mer än 110 procent och en ökning av antalet höftledsopererade med drygt 70 procent. År 2004 minskade dock andelen patienter som valde att operera sig utanför hemlandstinget återigen; knäledsoperationerna minskade med 6 procent och höftledsoperationerna med drygt 20 procent. Samma år fanns för första gången tillgänglig statistik över antalet patienter som valt att starroperera sig i andra landsting, de uppgick till 7 procent (Sveriges Kommuner och Landsting 2006b).

4.3.2 Utredningens undersökning av det fria vårdvalet

Utredningen har under vintern 2007/2008 genomfört en undersökning av hur Landstingsförbundets rekommendation om möjligheter att välja vårdgivare över landstingsgränser tillämpas. Under-

sökningen visar, i likhet med tidigare uppföljningar, att mycket skulle kunna göras för att förbättra de faktiska möjligheterna för patienter att utnyttja rekommendationen om valmöjligheter i vården. Kunskapen i sjukvårdsorganisationen om vad regelverket kring rekommendationen innebär var varierande och i många fall låg. Framför allt framträder en betydande oklarhet mellan rekommendationen om valfrihet och den nationella vårdgarantin samt om vad rekommendationen de facto innebär och vad den reglerar.

Trots att en majoritet av företrädarna för såväl landsting som sjukhus uppger att rekommendationen är mycket eller ganska tillämpbar är det en betydligt mindre andel som anger att rekommendationen haft effekter på verksamheten. Undersökningen visar att även landstingens uppföljning av det fria vårdvalet kan betraktas som bristfällig. I de fall uppföljning skett har det oftast varit i samband med allmän uppföljning eller uppföljning av vårdgarantin.

Remissregler, ekonomiska styrmedel och ofullständig information har återkommande lyfts fram i tidigare uppföljningar som ett hinder för implementeringen av valfrihetsrekommendationen. Utredningens undersökning visar att viktiga faktorer även är tidsbrist och oklara rutiner. Uttalanden från verksamhetsföreträdare som att personalen är fullt upptagna med att behandla patienters sjukdomstillstånd exemplifierar detta. En företrädare betecknar detta uttryckligen som en diskrepans mellan vision och verklighet.

Den otydlighet kring rekommendationens innebörd som framträder i utredningens undersökning har konsekvenser för landstingens roll som informationsförmedlare. I undersökningen framhåller ett flertal verksamhetsföreträdare att det aldrig får bli så att de bättre informerade slutligen får tillgång till en sjukvård med bättre kvalitet än de med sämre förutsättningar att göra dessa jämförelser och val. Implementeringshinder är emellertid inte enbart av praktisk natur. Undersökningen visade att det också kan finnas ett principiellt motstånd gentemot valfriheten. Några företrädare uttrycker att det öppnar möjligheter för resursstarka patienter att ta sig fram snabbare i vården.

Undersökningen visar en samstämmighet i synen på att valfriheten i stor utsträckning uppfattas som en generationsfråga. Två olika synsätt framträder emellertid på generationsfrågan under intervjuerna, dels de företrädare som anser att yngre generationers annorlunda krav kommer att utveckla vården ifråga om kvalitet och tillgänglighet, dels de företrädare som anser att valfriheten kunde betraktas som ett uttryck för egocentrism.

Två perspektiv framträder likaså på hur valfriheten värderas i relation till andra viktiga förändringar. Dels betraktas valfriheten som en nödvändig del av utvecklingsarbete, dels anses valfriheten ha lägre prioritet. En slutsats av detta är att för att vara framgångsrik med implementeringen av valfrihetsrekommendationen krävs en konstruktion som inte uppfattas stå i motsatsförhållande till annan utveckling. Företrädare för glesbygdslandsting förordar att valfrihetsrekommendationen knyts till och därmed övertas av vårdgarantin. Grunden till detta är att valfrihetsfrågan inte anses vara aktuell utanför storstadsområdena på grund av otillräckliga alternativ samt att den även uppfattas som stötande i mångas ögon. Ståndpunkten kan betraktas som en återspeglning av den diskrepans som återkommande konstateras mellan de formella och de reella valmöjligheterna.

Hittills har staten avstått från att juridiskt fastställa rätten att välja sjukhus eller specialistmottagning. I utredningens undersökning återspeglas två motsatta synsätt på frågan om en lagreglering av rekommendationen. De företrädare som ställde sig kritiska till en sådan reglering anför framför allt att vad som behövs är ett förbättrat implementeringsarbete. De företrädare som är negativt inställda till valfriheten motsätter sig lagreglering av grundläggande principiella skäl. De företrädare som förordar en lagreglering argumenterar för att det skulle vara en viktig politisk markering, samt ge ett ökat politiskt tryck. En slutsats, med hänvisning till tidigare gjorda avvägningar kring en eventuell lagreglering av valfriheten är att den typ av mjuk normgivning som hittills tillämpats genom överenskommelser, inte har gett utrymme för tydliga utvärderingsinsatser och inte heller medfört några sanktionsmöjligheter.

Ifråga om möjliga förbättringar och förändringar av valfriheten anser en majoritet av de företrädare som ser positivt på densamma, att förbättrade möjligheter till jämförelser skulle leda till ökade incitament för vårdgivarna att framstå som attraktiva inför befolkningen. I intervjuerna efterfrågas även ökade skyldigheter för vårdgivarna att se till att ha en fungerande organisation i valfrihetsavseenden. Bland de mer skeptiskt inställda företrädarna framförs återkommande att glesbygdsorter i praktiken inte skulle kunna omfattas av samma perspektiv som storstadsområdena. Bland dessa framhåller ett flertal återigen att det vore önskvärt att valfriheten knyts till en tidsgräns så att den därmed övertas av vårdgarantin.

4.4 Socialstyrelsens uppföljning av den nationella vårdgarantin

Socialstyrelsen fick 2006 i uppdrag av regeringen att följa upp implementeringen av den nationella vårdgarantin och den fortsatta satsningen på förbättrad tillgänglighet. Uppföljningen innefattar bland annat en analys av effekterna av vårdgarantin för olika patientgrupper och hur väntetiderna i vården utvecklats. Nedan följer en sammanfattande redovisning av framkomna resultat (Socialstyrelsen 2008b).

4.4.1 Väntetider

Uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting visade på en märkbar förkortning av väntetider till den specialiserade vården direkt efter införandet av den utvidgade vårdgarantin hösten 2005. Osäkerhet råder dock om jämförbarheten av väntetidssiffrorna på nationell nivå före april 2006. Den positiva bilden av väntetidernas minskning baseras framför allt på uppgifter från de landsting som sedan tidigare hade en bra inrapporteringsfrekvens och hög kvalitet på uppgifterna. Förbättringstakten därefter har emellertid stannat av och under sommaren 2007 skedde även en påtaglig försämring. De senaste uppgifterna tyder på en stabilisering vad gäller väntetider för behandling men inte vad gäller väntetider för besök till den specialiserade vården. Variationen i tillgänglighet inom den specialiserade vården är stor. Kalmar var det län som i oktober år 2007 hade lägst andel patienter som väntade längre än vad vårdgarantin föreskriver (12 procent), högst andel fanns i Jämtland (46 procent).

Utvecklingen av väntetider inom primärvården har varit jämnare, siffrorna har länge fluktuerat mellan 80 och 85 procent med avseende på patienter som fick träffa en läkare inom sju dagar från sin första kontakt med vårdcentralen. I oktober 2007 var denna siffra i genomsnitt 89 procent. Variationen mellan landstingen var mindre för besökstillgängligheten än för de övriga tillgänglighetsmätningarna. Lägst siffror återfanns i Dalarna (79 procent) och högst i Halland (96 procent).

Telefontillgängligheten var något mer ojämn mellan landstingen och man kan se ett mycket tydligt samband mellan svarsfrekvens och datorisering. I de landsting där svarsfrekvensen var mellan 90

och 100 procent hade nästintill alla vårdcentraler datoriserade telefonväxlar. Andelen besvarade samtal varierade i oktober 2007 mellan 60 procent (Jämtland) och 97 procent (Kronoberg och Gävleborg).

Socialstyrelsen konstaterar att väntetiderna inom den planerade vården inte minskat så snabbt som förväntat och att vissa väntetider till och med ökar. Därmed är det Socialstyrelsens bedömning 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. Vad som framkommit i uppföljningen 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.

Inrapportering av väntetidsuppgifter

Socialstyrelsen betonar att de redovisade väntetiderna ska tolkas med försiktighet. Väntetidsdatabasen baseras på uppgifter som sammanställs inom varje landsting och sedan skickats 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. Storstadsområdena och särskilt Stockholm där flest patienter finns, har alla förhållandevis låg inrapportering. 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.

4.4.2 Vilka utnyttjar vårdgarantin?

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 (till exempel intensivvårdsavdelning) som krävs för att vårda äldre eller patienter med flera diagnoser och hög komplikationsrisk.

4.4.3 Undanträngningseffekter

Rapporten 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. Socialstyrelsens slutsats då var att införandet av en tre månaders behandlingsgaranti i svensk sjukvård skulle dels medföra risker för felaktiga prioriteringar, dels vara mycket resurskrävande och sannolikt orrealistisk med hänsyn till bristen på specialistutbildad personal. 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.

Ett av skälen till att 1992 års garanti upphörde 1996 var farhågor för dessa undanträngningseffekter. Det har emellertid visat sig svårt att statistiskt påvisa den egentliga omfattningen 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 februari 2005 kom alltså regeringen och Landstingsförbundet överens om att utvidga besöksgarantin till en vårdgaranti som också innefattar väntetider till behandling. 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 undanträngningseffekterna till följd av vårdgarantin.

4.4.4 Hinder och framgångsfaktorer

Socialstyrelsens rapport visar att det finns sex huvudsakliga kategorier av brister eller begränsningar:

1. Bristande vilja att prioritera tillgänglighetsfrågor
2. Brister i arbetssätt (rutiner och processer inom hälso- och sjukvården)
3. Effektivitetsbrister i organisationskultur och ledningssystem
4. Vissa strukturella IT-relaterade begränsningar
5. Resursbrister
6. Brist på hälso- och sjukvårdspersonal

Framgångsfaktorer har, som tidigare nämnts, samhörighet med landstingens mer generella utvecklingsarbete. Landsting som har ett systematiskt förbättringsarbete lyckas i regel också bra med att skapa engagemang och förändringsvilja bland hälso- och sjukvårdspersonalen. En slutsats Socialstyrelsen drar är att landstingens olika organisationskulturer samt de stora skillnader som finns mellan landstingens IT-system och IT-miljöer påverkar möjligheterna att utveckla och införa gemensamma, landstingsövergripande verktyg och att nationella projekt därmed blir svår genomförbara i praktiken.

4.4.5 Landstingens förbättringsarbete

Dåvarande Landstingsförbundet inledde under åren 1997-98 ett antal pilotprojekt med syfte att förbättra bland annat till-

gängligheten i vården. Projekten rubricerades som ”Genombrott” och bygger på en metod där medarbetare genom deltagande observation ska identifiera orsaker till brister och där processer ska förändras genom omedelbart omsatta förbättringar och i sin tur leda till nya observationer om ytterligare förbättringar. Det centrala stödet som gavs av Landstingsförbundet har fullföljts av SKL. Projekten har redovisats i olika rapporter (se bland annat Sveriges Kommuner och Landsting 2006a).

Flera av initiativen till förbättringsarbete har kommit från de överenskommelser som staten och landstingen har slutit. Ett sådant exempel är projekt enligt ”Genombrott” som pågått inom psykiatri ”Vård i rätt tid - för människor med psykisk ohälsa” där nio team deltog och där projekten avrapporterades under 2007. Avsikten med de centrala initiativen har varit att sprida metodkunskap och erfarenheter. Ingen central uppföljning har skett kring hur många lokala projekt som startat, men man kan anta att det sammantaget är av betydande omfattning numerärt, även om det ingalunda ännu omfattar merparten av den vård som produceras. Flera sjukhus har också påbörjat systematiska genomgångar av vårdprocessernas organisation, sådana exempel är de arbeten enligt ”lean-produktion” – koncept som startat vid Universitetssjukhuset i Lund och Karolinska sjukhuset i Stockholm. Som utredningen redovisar på annan plats har några landsting organiserat mer omfattande stöd för förbättringsarbete och även anvisat resurser till uppföljning och i vissa fall även till forskning.

Utredningen avser att i sitt slutbetänkande återkomma till behovet av kunskapsbildning sker kring sjukvårdens organisering och hur sådan kunskap kan spridas.

4.5 Relationerna mellan vårdgaranti och prioriteringar i hälso- och sjukvården

Det finns, som redan framgått i tidigare avsnitt, en diskussion om hur en vårdgaranti förhåller sig till olika former av prioriteringsarbete inom vården. Syftet med detta avsnitt är att fördjupa den diskussionen. I detta syfte görs först en kortare inledande precisering av några centrala begrepp. Därefter görs en översiktlig beskrivning av framväxten av prioriteringsarbetet på nationell nivå under de senaste dryga 10 åren. De två avslutande delarna berör explicit gränssytan mellan vårdgaranti och prioriteringsarbete. Den

näst sista delen ger exempel på hur relationerna mellan vårdgaranti och prioriteringar har diskuterats. I den sista delen presenterar utredningen några egna överväganden i frågan.

4.5.1 Vad avses med prioriteringar i hälso- och sjukvården?

Med prioritering avses den handling eller det beslut där något väljs och något annat väljs bort. Det är en nödvändig del av hälso- och sjukvården och sker på många olika nivåer. En vanligt förekommande distinktion är den mellan *vertikala* och *horisontella* prioriteringar (se till exempel PrioriteringsCentrum 2007). Med vertikala prioriteringar avses prioriteringar *inom* ett område såsom en sjukdomsgrupp eller klinik. Med horisontella prioriteringar avses i stället prioriteringar *mellan* områden såsom mellan olika sjukdomsgrupper eller kliniker.

I ett enskilt fall är distinktionen mellan vertikal och horisontell prioritering inte skarp. I regel ligger dock vertikala prioriteringar närmare den konkreta verksamheten och kan exempelvis ta sig i uttryck i behandlingsriktlinjer för en sjukdomsgrupp. De horisontella prioriteringarna är på motsvarande sätt i regel av en mer övergripande natur och kan röra politiska frågeställningar om resursfördelning mellan olika områden inom hälso- och sjukvården. Ett beslut som drar en yttre gräns för det offentliga åtagandet kan därmed sägas vara ett tydligt exempel på en horisontell prioritering. Ett beslut av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) om att inte inkludera läkemedel för en viss indikation inom läkemedelsförmånen kan sålunda ses som ett uttryck för en horisontell prioritering.

En annan vanlig distinktion är den mellan öppna och dolda prioriteringar. Med öppna prioriteringar brukar avses att de är resultatet av tydliga beslut vars grunder är tillgängliga (se Liss 2002). Med dolda prioriteringar avses prioriteringar där motsatsen föreligger. Det kan handla om prioriteringar som uppstår genom otydliga beslut eller genom tydliga *beslut* där grunderna för besluten inte är tydligt redovisade. Det finns en stor enighet om det önskvärda i att sträva mot öppna prioriteringar. Samtidigt har det flera gånger konstaterats att dolda prioriteringar är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården.

4.5.2 Framväxten av prioriteringsarbetet på nationell nivå

Prioriteringsutredningen tillsattes 1992 som en parlamentarisk utredning med uppdrag att utarbeta riktlinjer för prioriteringar. I utredningens slutbetänkande, Vårdens svåra val (SOU 1995:5) presenterades tre bärande principer med syfte att fastställa en värdegrund vid prioriteringar i vården. Principerna definierades och rangordnades så som följer;

- Människovärdesprincipen (alla människor har lika värde).
- Behovs/solidaritetsprincipen (resurser bör gå dit behoven är störst).
- Kostnadseffektivitetsprincipen (vid val mellan bl.a. olika åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnad och effekt eftersträvas).

Mot bakgrund av de etiska principerna i slutbetänkandet beslöt riksdagen 1997 att ställa sig bakom regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60b). I propositionen redovisades allmänna riktlinjer med fyra prioriteringsgrupper, dessa finns närmare beskrivna i kapitel 3.2. I såväl Prioriteringsutredningens slutbetänkande som i propositionen fanns därutöver ett antal kompletterande ställningstaganden och riktlinjer.

Efter det att riksdagen 1997 beslutat om att anta propositionen inrättade regeringen en Prioriteringsdelegation. Delegationen hade till uppgift att sprida information och kunskap till landsting och kommuner om riksdagens riktlinjer och stimulera till diskussion om etik och prioriteringar. Ett slutbetänkande lämnades 2001, Prioriteringar i vården (SOU 2001:8). I slutbetänkandet lyftes bland annat PrioriteringsCentrum i Östergötland fram som ett nationellt kunskapscentrum vilket skulle fungera som ett stöd för det lokala arbetet. Delegationens slutsats var att även om huvudansvaret för prioriteringsprocessen fortsatt vilade på huvudmännen skulle ett samordningsansvar på nationell nivå kunna ge stora synergieffekter och vara till stöd för såväl beslutsfattare som för dem som arbetar i vården.

PrioriteringsCentrum har Östergötlands läns landsting som huvudman och finansieras genom Dagmaröverenskommelser. I verksamhetens uppdrag ingår att bedriva forskning och utveckling av processer och metoder, att bidra till kunskapsöverföring mellan akademi och praktisk vård och omsorg. I uppdraget ingår vidare att

skapa forum för kunskaps- och erfarenhetsutbyte samt att stimulera till ökad medvetenhet och debatt.

På uppdrag av Socialstyrelsen har PrioriteringsCentrum kartlagt och analyserat hälso- och sjukvårdens arbete med prioriteringar. Rapporten, "Vårdens alltför svåra val?", visade att öppna prioriteringar i stort sett saknas, att resurser fördelas utifrån historiska mönster, samt att de prioriteringar som sker i stort sett sker *inom* och inte *mellan* verksamhetsområden (Socialstyrelsen 2007b). Dessutom visade rapporten att den kommunala vård- och omsorgsverksamheten i låg grad uppfattar sig berörd av riksdagens riktlinjer för prioriteringar samt att medborgare i låg grad är involverade i prioriteringsdiskussioner. Vidare rapporterades att principerna och riktlinjerna är kända, men svårtolkade och svår använda samt att principerna och riktlinjerna är alltför inkluderande, att de lämnar begränsat stöd för nedprioriteringar. Uppföljningen visade således tre dominerande typer av problem. De etiska principerna bedöms delvis otydliga och svårtolkade, de lämnade begränsat stöd till avgränsningar och lokala/regionala styrsystem som skulle kunna leda prioriteringsarbetet i landsting och kommuner saknas i alltför stor utsträckning.

Med rapporten till grund lämnade Socialstyrelsen 2005 ett antal förslag till regeringen angående framtida förändringar. Socialstyrelsen föreslog en genomgripande översyn och omarbetning av rådande principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården med PrioriteringsCentrums underlagsrapport som utgångspunkt. En sådan framtida utredning av prioriteringsprinciperna skulle då inkludera kriterier och principer för generella begränsningar av det offentliga åtagandet. Med detta följer även bland annat att kostnadseffektivitetsprincipen skärps och ges ett vidare tillämpningsområde, att de fyra prioriteringsgrupperna kraftigt omarbetas, att lokala/regionala styrsystem utvecklas samt att utvecklingen följs upp kontinuerligt via ett antal indikatorer. Rapporten gav dock begränsad vägledning för förhållningssätt med avseende på tillgänglighetssatsningar i relation till riktlinjer för prioriteringar (Socialstyrelsen 2005b).

Även Riksrevisionen har granskat regeringens och berörda myndigheters arbete med att konkretisera riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I rapporten "Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård" konstaterade Riksrevisionen att regeringen inte konkretiserat riksdagens riktlinjer för öppna prioriteringar på ett sådant sätt att de har kunnat omsättas i

praktiken samt att regeringen varit passiv i sin styrning och uppföljning av riktlinjerna. Riksrevisionen betraktade avsaknaden av uppföljning som ett resultat av att satsningar på ökad tillgänglighet getts högre dignitet. Rapporten visade vidare bland annat på att de som arbetar inom vården uppfattat riksdagsbeslutet som något av en självklarhet men att beslutets egentliga innebörd hade varit svår att uppfatta. Huvudmännen hade inte heller kunnat uttolka riksdagsbeslutet och omsätta riktlinjerna mer ingående i praktiken. Rapporten visade att vårdens basåtagande uppfattades som diffust och öppna prioriteringar var sällsynt förekommande, att satsningar på ökad tillgänglighet var svårförenliga med riktlinjer för prioriteringar samt att intressekonflikter mellan patienter/medborgare, politiker och de som arbetar i vården gjorde det komplicerat att ompröva prioriteringar på olika nivåer (Riksrevisionen 2004)

Med rapporten som underlag rekommenderade Riksrevisionen bland annat att regeringen skulle vidta åtgärder för att utveckla riktlinjerna, att Socialstyrelsens myndighetsinstruktion revideras så att den skulle ange även uppgifter och ansvar kring behovsstyrd hälso- och sjukvård och kostnadseffektivitet. Vidare ansåg Riksrevisionen att regeringen bör undvika myndighetsstyrning genom Dagmaröverenskommelsen och i stället ge myndighetsuppdrag genom regleringsbrev eller genom andra regeringsbeslut samt att regeringen bör tydliggöra för berörda aktörer hur satsningarna på ökad tillgänglighet förhåller sig till riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (ibid.).

4.5.3 Exempel på hur relationerna mellan prioriteringar och vårdgaranti har berörts

PrioriteringsCentrum har vid ett flertal tillfällen formulerat frågeställningar som berör relationerna mellan prioriteringsarbete och tillgänglighetssatsningar. En konkret kritik mot vårdgarantin har varit att den riktar uppmärksamheten mot vissa delar av vårdkedjan. Denna fokusering kan medföra en risk att resurser styrs till områden med synliga köer och att redan diagnostiserade patienter och långtidssjukskrivna trängs undan. Likväl framhålls även att prioriteringar och ransoneringar av vård och omsorgsinsatser ständigt görs, att det handlar om politiska prioriteringar vid fördelning av resurser mellan olika behovsgrupper, om fördelning av resurser till olika samhällssektorer, om hemtjänstinsatser samt

beslut om hjälpmedel. PrioriteringsCentrum framhåller att då dessa prioriteringar i regel har varit dolda är det svårt att avgöra huruvida fördelningen av vård och omsorg sker på ett rättvist sätt och att det därmed även försvårar ett medborgerligt ansvarsutkrävande.⁶

Eventuella undanträngningseffekter av "diagnoslösa" grupper som är beroende av flera olika vårdgivare lyfts fram som en av vårdgarantins största risker. PrioriteringsCentrum anför dock att en nationell vårdgaranti i sig inte nödvändigtvis står i konflikt med prioriteringsprinciperna. Det är den starka fokuseringen kring väntetider och det mätbara som medför risker att kroniskt sjuka patienter inte får samma prioritet som de i synliga köer. Man understryker att ett alternativt sätt att se på vårdgarantin och prioriteringsfrågan är att de bör samverka för att garantin ska fungera och att de horisontella prioriteringarna i det avseendet är den politiska nyckelfrågan. Vårdgarantiarbetet innebär att indikationsbesluten blir centrala, varför det är viktigt att rätt beslut fattas på rätt nivå (PrioriteringsCentrum 2006).

Frågan behandlades även då Socialstyrelsen 1999 hade i uppdrag av regeringen att beskriva och analysera förutsättningar för och konsekvenserna av en behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården. I fokus var hur en behandlingsgaranti förhåller sig till riksdagsbeslutet om prioriteringar i vården. Socialstyrelsen framhöll då att för att komma till rätta med väntetidsproblem krävdes *"resursförstärkning kombinerat med kloka prioriteringar och effektivisering av vårdkedjan"*. Socialstyrelsens slutsats då var att införandet av en tre månaders behandlingsgaranti i svensk sjukvård skulle dels medföra risker för felaktiga prioriteringar, dels vara mycket resurskrävande och sannolikt orealistisk med hänsyn till bristen på specialistutbildad personal (Socialstyrelsen 1999).

I budgetpropositionen år 2000 konstaterade regeringen, mot bakgrund av Socialstyrelsens rapport, att man inte var beredd att föreslå en generell behandlingsgaranti (prop. 2000/01:1). I februari år 2005 kom dock, som redovisats i tidigare avsnitt, regeringen och Landstingsförbundet överens om att utvidga besöksgarantin till en vårdgaranti som också innefattar väntetider till behandling.

Såsom presenterats i tidigare avsnitt behandlas frågan även i Socialstyrelsens uppföljning av den nationella vårdgarantin år 2008. I rapporten konstateras att det framhålls både från landstingens, verksamheternas och patienternas sida att det sker avvikelser från

⁶ <http://e.lio.se/prioriteringscentrum/OH%20till%20main/Per%20Carlsson.pdf>, 2008-06-16)

gällande prioriteringsriktlinjer och att undanträngning därmed förekommer. Samtidigt anför Socialstyrelsen likaså att det inte har varit möjligt att kvantifiera undanträngningseffekterna till följd av vårdgarantin. Inte heller utvärderingar av de tidigare svenska vårdgarantierna har kunnat påvisa ett övergripande underlag för att konstatera undanträngningseffekter. Rapporten betonar emellertid att det finns anledning att fortsätta att bevaka frågan, särskilt med avseende på hur vården fördelas mellan långvarigt sjuka patienter och patienter som behöver nybesök eller elektiva engångsåtgärder (Socialstyrelsen 2008b).

4.5.4 Utredningens överväganden rörande prioriteringar och vårdgaranti utanför primärvård

Relationerna mellan en vårdgaranti och prioriteringar är komplexa. Flera av de ovan presenterade utvärderingarna, undersökningarna och inläggen har pekat på hur vårdgarantin kan ha en tendens att försvåra prioriteringen av områden där tydliga köer saknas. Utredningen anser att dessa synpunkter är viktiga. Samtidigt menar vi att det vore olyckligt om en vårdgaranti enbart sågs som stående i motsatsställning till möjligheten att göra prioriteringar.

En viktig förutsättning för en vårdgaranti utanför primärvården är att det finns ett beslut från behörig vårdpersonal. Vårdgarantin reglerar i sig inte *om* eller *vilken vård* som ska ges, utan förutsätter att sådana beslut har tagits för att kunna gälla. Ett sådant beslut kan vara att en patient har behov av ett besök inom någon form av specialiserad vård. Ett annat beslut kan vara 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 i princip är beroende av och kan begränsas av gjorda såväl horisontella som vertikala prioriteringar. Vårdgarantin ger således ingen möjlighet att få en behandling för en indikation som genom en horisontell prioritering exkluderats från det offentliga åtagandet.

Öppna vertikala och horisontella prioriteringar är det nödvändiga sammanhang där de beslut som aktiverar en vårdgaranti fattas. Ett möjligt sätt att betrakta vårdgarantin visavi prioriteringar är därför att se vårdgarantin som en *öppen tillgänglighetsprioritering* som förutsätter tidigare gjorda horisontella och vertikala prioriteringar. Vårdgarantin prioriterar att beslutade besök och behand-

lingar bör ske inom vissa tydligt angivna tidsramar. Är tidsramen vid, vilket kan sägas gälla dagens 90 + 90 dagar, kan det sällan anföras vare sig medicinska eller ekonomiska skäl till varför det är mer lämpligt att en behandling eller besök sker utanför dessa ramar.

Genom att betrakta vårdgarantin som en öppen tillgänglighets-prioritering blir det tydligt att vårdgarantin måste ses, och verka, i ett sammanhang där andra såväl vertikala som horisontella prioriteringar också sker öppet. Patientens ställning stärks av att det offentliga åtagandet tydliggörs samt av hälso- och sjukvårdens förmåga att leva upp till detsamma. Denna tydlighet gäller vilka typer av hälso- och sjukvårdsinsatser som ingår, vilket kan uttryckas som resultatet av (framför allt) horisontella prioriteringar. Denna tydlighet gäller vidare vilken tillgänglighet som erbjuds för beslutade besök och insatser, vilket uttrycks i vårdgarantin. Det kan inte nog understrykas att det är avgörande att sådana tydliga åtaganden också efterlevs. Det är nödvändigt inte bara för en stärkt ställning för patienten utan också för den allmänna hälso- och sjukvårdens ställning.

4.6 Upphandlingsjuridiska frågor vid fritt vårdval inom Sverige

Enligt utredningens tilläggsdirektiv (Dir. 2008:87) ska patienten kunna vända sig till valfri vårdgivare, med eller utan vårdavtal med landstinget, om ett landsting inte kan klara av vårdgarantins väntetider för specialistbesök eller behandling. I detta avsnitt berörs kortfattat hur en rätt att välja fritt inom landet förhåller sig till upphandlingslagstiftningen.

4.6.1 Kort om lagen om offentlig upphandling och om tjänstekoncessioner

Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) trädde i kraft den 1 januari 2008 och ersatte en tidigare lag i samma ämne (1992:1528). LOU reglerar köp som görs av myndigheter och vissa andra organisationer som är finansierade med allmänna medel. Premissen är att offentliga medel ska användas på det ekonomiskt mest fördelaktiga sättet. Lagen följer av EU-direktiv (2004/18/EG)⁷ Hälso- och sjukvård och andra så kallade B-tjänster ligger i allt väsentligt utanför det direktivstyrda området. Gemenskapsrätten ger därför viss frihet när det gäller de nationella regler som ska gälla för upphandling av hälso- och sjukvård m.fl. B-tjänster. Regler om upphandling av B-tjänster finns i 15 kap. LOU.

Det centrala med LOU är att myndigheter normalt måste annonsera alla inköp av varor och tjänster som ska göras. De krav som ställs framgår av ett förfrågningsunderlag. Med detta som underlag får intresserade företag möjlighet att lämna anbud. Myndigheter måste lämna ut förfrågningsunderlaget och utvärdera alla anbud eller ansökningar om att få lämna anbud. Utvärderingen ska ske på sakliga grunder. Utfallet avgör vem eller vilka som vinner kontraktet. Vinnande anbud meddelas i ett tilldelningsbeslut. Finns invändningar mot sakligheten i myndighetens hantering av upphandlingen, kan överprövning begäras hos länsrätten i det län där den upphandlande myndigheten har sitt säte. I vissa fall får upphandling ske utan föregående annonsering, så kallad direktupphandling. Den upphandlande myndigheten upphandlar då formlöst, direkt från en viss leverantör. För detta krävs antingen att upphandlingen har ett lågt värde eller att ”synnerliga skäl” föreligger.

Det nämnda EU-direktivet gör skillnad mellan offentliga upphandlingar och tjänstekoncessioner. I 2 kap. 17 § LOU anges att med tjänstekoncession avses ett kontrakt av samma slag som ett tjänstekontrakt men som innebär att ersättningen för tjänsterna helt eller delvis utgörs av en rätt att utnyttja tjänsten. Den ekonomiska aktören ska bära risken för att etablera och driva verksamheten. Den del av ersättningen som utgår i en rätt att utnyttja tjänsten kommersiellt ska vara så omfattande att den så kallade affärsrisken övergår till leverantören/koncessionshavaren. Tilldelning av denna typ av offentliga kontrakt regleras inte i upphandlingsdirektiven annat än genom att de grundläggande principerna

⁷ Berörda EG-direktiv och regler är i allt väsentligt tvingande att införliva i svensk rätt.

om likabehandling, icke-diskriminering och öppenhet ändå gäller i förhållande till leverantörer.

4.6.2 LOU och kommunala valfrihetssystem

Som utgångspunkt kan sägas att LOU normalt gäller om patienten ges möjlighet att välja en privat vårdgivare, med rätt till finansiering från sitt hemlandsting. Uppfattningen får stöd genom regeringens bedömning i samband med ändringar år 2002 i "gamla" LOU. I motivuttalanden framhölls att det kan finnas synnerliga skäl för direktupphandling "... när patientens fria val av vårdgivare omöjliggör upphandling enligt reglerna för förenklad upphandling eller urvalsupphandling" (prop. 2001/02:142b, bet. 2001/02:FiU12, rskr. 2001/02:324). Enligt utredningens bedömning står sig detta förarbetsuttalande alltjämt. Begreppet "synnerliga" antyder dock att utrymmet för direktupphandling är begränsat.⁸

Ett sätt att anordna olika kundvalssystem inom social omsorg och sjukvård är att ramavtalsupphandla ett flertal entreprenörer, och sedan låta patienten välja bland dessa. Vid upphandling av flera leverantörer enligt ramavtal ska det finnas en i förväg fastställd avropsordning eller annan fördelningsnyckel. Detta har uppfattats innebära vissa begränsningar vid anordnande av valfrihetssystem, eftersom det kan vara svårt att i förväg rangordna leverantörer i dessa sammanhang. Förutom den enskildes önskemål, ska hänsyn tas till exempelvis behandlande läkares bedömning, som inte är kända vid upphandlingstillfället.

För kommuner och landsting kommer dessa och liknande behov emellertid kunna tillgodoses genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, som träder i kraft den 1 januari 2009 (prop. 2008/09:29; bet. 2008/09:SoU5, rskr. 2008/09:61). Valfrihetssystem enligt den föreslagna lagen blir ett alternativ till upphandling enligt LOU. En diskussion om när ett offentligt tjänstekontrakt och upphandlingsskyldighet enligt LOU uppstår fördes i det betänkande som låg till grund för propositionen, LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15). Frittvalutredningen avfärdade ett antal tidigare framlagda argument till stöd för att ett offentligt tjänstekontrakt inte uppstår mellan privata utförare och landstinget/kommunen, när dessa i egenskap av huvudmän anordnar valfrihetssystem.

⁸ Se t.ex. Kammarrättens i Göteborg dom den 18 april 2007, mål nr. 6870-6871-06.

Regeringen har i huvudsak följt de förslag och delat den bedömning som Frittvalutredningen gjorde i betänkandet. I motsats till Frittvalutredningen ansåg dock regeringen att LOU inte är tillämplig på avtalsrelationen, i ett vårdvals-system, mellan utföraren och kommunen/landstinget (prop. 2008/09:29). Skälet är att avtalen vid anordnade av valfrihetssystem enligt LOV bedöms utgöra tjänstekoncessioner. Som berörts gäller då inte EU:s upphandlingsdirektiv och därmed heller inte LOU. Samma bedömning gör regeringen beträffande de samverkansavtal som landsting i vissa fall träffar med privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som får ersättning enligt ”nationella taxan”⁹, se propositionen Ersättnings-etablering för vissa privata vårdgivare, m.m. (prop. 2008/09:64). Läkarens eller sjukgymnastens inkomster är till exempel beroende av att han eller hon efter att landstinget tecknat samverkansavtal lyckas få patienter till sin praktik.

Några direkta bestämmelser i EU-rätten om tilldelning och överprövning av koncessioner finns inte. Men de grundläggande principerna om likabehandling, icke-diskriminering och öppenhet gäller ändå enligt ett antal EG-domstolsavgöranden. Därför krävs vid av kommuner och landsting anordnade valfrihetssystem enligt LOV bland annat förhandsannonsering, möjlighet till överprövning i allmän förvaltningsdomstol m.m.

4.6.3 Fritt vårdval enligt landstingsförbundets rekommendation (A 00:56)

Vad gäller planerad utomlänsvård finns sedan 1990 explicit lagstöd för landsting att ta emot patienter från andra landsting enligt 4 § andra stycket HSL, förutsatt att landstingen kommit överens om det (prop. 1989/90:81). Rekommendationen om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (Landstingsförbundets styrelse A 00:56) och riksavtalet för utomlänsvård (Landstingsförbundets styrelse 2004) är exempel på sådan avtalsamverkan, se avsnitt 3.3. Lagrummet undanröjer tveksamheter kring landstingens kompetens att ta emot utomlänspatienter, bland annat när patientens valmöjligheter utnyttjas i ett annat län. Möjligheten att erbjuda utomlänspatienter vård enligt denna bestämmelse förutsätter bland annat

⁹ Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS).

att vårdlandstinget har en överkapacitet till förfogande (se Sahlin 2006).

Regler om finansiering landstingen emellan finns i nuvarande riksavtal för utomlänsvård och till detta kopplade region- eller mellanlänssavtal. Riksavtalet förutsätter att vården lämnas av landsting eller vårdgivare med vårdavtal med landsting, alltså privata vårdgivare. Hemlandstinget ska betala skälig ersättning till vårdlandstinget utifrån självkostnadsprincipen, och fastställda i regionala prislistor.

Stöd för att upphandlingskyldighet inte inträder vid vårdströmmar mellan landstingen enligt rekommendationen finns i ett avgörande från EG-domstolen som meddelades i december 2007, målet Kommissionen mot Irland (C-532/03). Ett finansieringsavtal hade träffats mellan två myndigheter om akuta ambulanstransporter (Dublin City Council och Eastern Regional Health Authority). Den ena myndigheten tillhandahöll sådana så kallade B-tjänster till allmänheten, med utövande av en egen behörighet som följer direkt av lag. Den andra myndigheten betalade ett bidrag för utförda tjänster. På fråga om det mellan myndigheterna tilldelats något offentligt kontrakt, svarade domstolen nej. Det kunde nämligen inte uteslutas att transporterna tillhandahölls med utövande av myndighetens egen behörighet, som följde direkt av lag. Enbart förekomsten av ett finansieringsavtal mellan två offentliga organ som bägge hade laglig befogenhet att utföra denna typ av tjänster ansåg domstolen inte innebära att en tilldelning av ett offentligt kontrakt hade skett.

Övervägande skäl talar enligt utredningen för att ett offentligt tjänstekontrakt inte uppkommer till följd av patientens vård sökande i ett annat landsting, när ersättningen regleras med stöd av riksavtalets bestämmelser. Enligt utredningens mening kan riksavtalet och anknytande avtal primärt ses som överenskommelser om finansieringsansvaret mellan landstingen. Båda organen har befogenhet enligt lag (bland annat 4 § andra stycket HSL) att ge vård till utomlänspatienter. Även om rättsläget får anses vara något oklart i olika gränsdragningsfall, kvarstår bedömningen också vid utomlänsvård som enligt rekommendationen (Landstingsförbundets styrelse A 00:56) fordrar godkännande från hemlandstinget, remiss från hemlandstinget eller uppstår helt på initiativ från hemlandstinget.

4.7 Sammanfattande diskussion om problemen med dagens hittillsvarande styrning samt vad målsättningen bör vara för en förstärkt vårdgaranti

Vårdgarantin introducerades med syfte att underlätta för patienter att få vård i rimlig tid även då det sjukhus patienten valt eller hänvisats till inte klarar utfästelser om längsta väntetid till behandling eller då hemlandstingets *samlade* möjligheter att *tillfälligtvis* ge sådan vård är begränsade. Genom att utnyttja andra vårdenheters kapacitet ska den enskilde patienten inte drabbas. Avsikten har hela tiden varit att hemlandstingets vårdutbud ska möta medborgarnas behov och vara av sådan omfattning och så effektiv att det endast undantagsvis ska krävas att patienter hänvisas till vårdenheter i andra landsting. Landstingen har också i huvudsak arbetat så att man förstärkt den egna kapaciteten eller knutit andra vårdgivare till landstingets utbud för att möta de krav om vård inom viss tid som vårdgarantin anger. Patientströmmarna mellan landstingen har varit begränsade. Ännu färre har sökt vård utomlands.

Det har genom åren visat sig att de åtgärder som vidtagits inte har varit tillräckliga. I aktuell väntetidsstatistik (hösten 2008) redovisas att närmare en tredjedel av alla patienter får vänta längre på en behandling eller annan aktivitet än vad som anges för vårdgarantin. Inget landsting klarar de åtaganden som man i överenskommelse med staten från år 2005 har utfäst sig att klara. Det kan visserligen anföras att förväntningar och ambitioner kring vad som ska klaras inom vårdgarantin hela tiden växer. Utöver detta har några landsting också själva angett snävare tidsgränser för vårdgarantin, än vad den nationella överenskommelsen beskriver. De successiva ambitionshöjningarna liksom en förbättrad rapportering har, åtminstone inledningsvis, ytterligare ökat antalet patienter som hamnar i situationer där vårdgarantins utfästelser inte går att leva upp till.

Statens förmåga att styra landstingen utgår formellt från i huvudsak tre möjligheter. Det första är normgivning genom lagar eller andra regleringar. Det andra är att utnyttja en så kallad mjuk normgivning, vilken kan omfatta kunskapsspridning, öppna jämförelser eller olika former av överenskommelser med huvudmännen. För det tredje kan staten använda sig av olika finansiella instrument. I allt väsentligt har staten vad avser vårdgarantin använt sig av mjuk normgivning och viss ekonomisk styrning. Staten har

under åren med vårdgaranti skjutit till betydande belopp till landstingen. I huvudsak har resurstillskotten skett genom att statsbidragsnivån till landstingen generellt har höjts. Också tillfälliga stimulansbidrag har efterhand omvandlats till en allmän nivåhöjning. De styrinstrument som staten förfogat över för att tillse att resurstillskotten används för att nå mål inom vårdgarantin har varit begränsade. Överenskommelser, handlingsplaner, uppföljningar och öppna redovisningar har inte lett till annat än generella initiativ från statens sida. Emellertid har den nu sittande regeringen aviserat att tillkommande statsbidrag för år 2010 kommer att ges en incitamentsstruktur som utgår från de resultat som respektive landsting uppnår.

Det är vid en samlad bedömning uppenbart att landstingen har haft och har olika ambitionsnivåer när det gäller att informera patienter om de möjligheter till vård inom den tid som vårdgarantin anger, vilket Socialstyrelsens uppföljningar visar. Också landstingens egen överenskommelse om medborgarnas möjligheter att fritt välja vårdgivare har en svag spridning och det är för patienter inte alldeles lätt att hitta relevant information kring vad som gäller i det egna landstinget. Kunskapen hos vårdgivare och behandlande vårdpersonal kring överenskommelsernas räckvidd är svag och oklarheter råder kring vem som bär ansvaret för att informera och stödja patienten. Det finns visserligen ofta allmänt informationsmaterial som är framtaget för att informera medborgare och patienter, men kompletterande initiativ som särskilda stödfunktioner och andra avsatta resurser för att underlätta patienters vårdval och rätt att få vård i tid är dåligt utvecklade.

Vårdgarantin verkar inte ha påverkat landstingens prioriteringsarbete i någon större utsträckning. Befarade undanträngningseffekter av vårdgarantin har i stort uteblivit och kan inte kvantifieras i de analyser som görs. Det finns dock anledning att även fortsättningsvis följa utvecklingen för att i tid kunna vidta de åtgärder som eventuellt kan behövas för att de med störst vårdbehov eller med särskilda behov också fortsättningsvis omfattas av rätt prioritering.

En utveckling av vårdgarantin kommer att i en annan utsträckning än tidigare behöva ta hänsyn till individens möjligheter att välja vårdgivare. Det är också viktigt att den rätt vi har som patienter inom hemlandstinget och för val av vårdgivare inom landet harmoniserar med de rättigheter som vi har som medborgare inom Europeiska unionen.

Sverige har ansett att hälso- och sjukvårdstjänster ska omfattas av samma reglering som gäller för andra varor och tjänster som upphandlas av offentliga organ. Det medför att möjligheterna att forma verktyg som ger patienten förstärkta möjligheter att välja måste relateras till konkurrens- och upphandlingslagstiftning. Nuvarande lagstiftning medför därmed att patientens val i huvudsak måste organiseras inom den upphandling som landstingen gör. I sak innebär det att ett utnyttjande av resurser som finns hos privata vårdproducenter i huvudsak kan integreras till den offentliga finansieringen genom landstingen.

Bristerna inom vårdgarantin aktualiserar en diskussion om hälso- och sjukvårdssystemets legitimitet. Om de offentliga utfästelserna ständigt skiljer sig från vad man faktiskt kan förvänta sig, riskerar det att på sikt försvaga medborgarnas lojalitet till systemet. Med en relativt liten andel alternativa vårdgivare utanför den offentliga finansieringen och produktionen är medborgarnas möjligheter till att "rösta med fötterna" begränsade. Man har helt enkelt inte särskilt många andra än landstingets utbud att vända sig till. Det i sig ställer särskilda krav på systemets förvaltare.

Möjligen skulle de senaste årens tillväxt inom privata sjukvårdsförsäkringar kunna tas som en indikation på att oron för att inte få vård i tid eller inte den vård man själv bedömer sig vara i behov av har ökat. Utredningen har inte till sin uppgift att fördjupa en sådan diskussion, men det finns all anledning att observera behovet av en sådan. Det är uppenbart att medborgarnas osäkerhet eller oro inte bäst hanteras genom att begränsa eller förbjuda försäkringsalternativ. Det är i stället lämpligare att tydliggöra det offentliga åtagandet, förbättra dess resultat och säkerställa rätt resurstillgång.

En fortsatt diskussion kring vårdgarantin måste även inkludera en diskussion kring målen med den. Ursprungligen var garantin tänkt att vid sidan av att stärka patientens ställning, *även* fungera som ett verktyg för att effektivisera landstingens hälso- och sjukvård. Alla landsting skulle kunna erbjuda vård som motsvarar de egna medborgarnas behov i rimlig tid. Det är uppenbart att flera landsting inte längre klarar en sådan ambitionsnivå, om rätten till lika vård på lika villkor oavsett var i landet man bor ska upprätthållas. Ansvarskommittén (SOU 2007:10) visade att flera landsting nu har en så svag skattebas att man är beroende av kompletterande finansiering. Ansvarskommittén skisserade på en utveckling med

större regioner och en koncentration av den mest specialiserade vården.

Utredningen kan konstatera att en nationell vårdgaranti successivt kommer att ställa allt större krav på landstingen att ha kapacitet och resurser, finansiering och kompetenser, som redan idag saknas. Med den medicintekniska utvecklingen som pågår, är det svårt att se hur en vårdgaranti som omfattar alla behandlingar kommer att kunna organiseras inom landstingens nuvarande struktur. Vårdgarantin kan därför komma att allt mer övergå till ett nationellt organiserat och finansierat system. En sådan framtida utveckling leder till att nya överväganden måste göras kring ansvar och finansiering. Vi kan konstatera att Sveriges Kommuner och Landsting också aktualiserat frågor kring den framtida finansieringen genom att tillsätta en programberedning kring välfärdsfinansieringar. Utredningen har inte heller i det här avseendet uppdraget att slutföra en sådan diskussion, och utgår från att frågan kommer att diskuteras i andra sammanhang.

Referenser

Anell, Anders. 2004. *Strukturer, Resurser, Drivkrafter - Sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur.

Anell, Anders, och Per Rosén. 1995. *Valfrihet i vården. En empirisk undersökning av preferenser hos allmänhet och vårdpersonal*. Stockholm.

———. 1996. *Valfrihet och jämlikhet i vården*. Stockholm: SNS Förlag.

Finansutskottets betänkande (2001/02:FiU12), *Offentlig upphandling*.

Kommittédirektiv (2008:87). *Tilläggsdirektiv till Utredningen om patientens rätt*.

Landstingsförbundets styrelse. 2004. *Riksavtalet för utomlänsvård*.

———. A 00:56. *Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården*.

Liss, Per-Erik. 2002. *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård*.

Läkarförbundet. 2008. *Läkarfakta*.

- PrioriteringsCentrum. 2006. Vårdgaranti - både hot och möjlighet.
- . 2007. Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Linköping.
- Regeringens proposition (1989/90:81), *Om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m.m.*
- Regeringens proposition (1996/97:60a), *1997 års ekonomiska vårproposition.*
- Regeringens proposition (1996/97:60b), *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
- Regeringens proposition (1997/98:189), *Patientens ställning.*
- Regeringens proposition (1999/00:1), *Budgetpropositionen för 2000.*
- Regeringens proposition (1999/2000:149), *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*
- Regeringens proposition (2000/01:1), *Budgetpropositionen för 2001.*
- Regeringens proposition (2001/02:142a), *Ändringar i lagen om offentlig upphandling m.m.*
- Regeringens proposition (2001/02:142b), *Ändringar i lagen om offentlig upphandling, m.m.*
- Regeringens proposition (2008/09:29), *Lag om valfrihetssystem.*
- Regeringens proposition (2008/09:64), *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare, m.m.*
- Riksrevisionen. 2004. Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Stockholm.
- . 2005. Ökad tillgänglighet i sjukhusvården? Regeringens styrning och uppföljning. Stockholm.
- Sahlin, Jan. 2006. *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer.* Stockholm: Nordstedts juridik.
- Socialstyrelsen. 1997. Fyra år med vårdgaranti - erfarenheter och effekter. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. Stockholm.
- . 1999. En behandlingssgaranti i hälso- och sjukvården – Förutsättningar och konsekvenser. Stockholm.
- . 2005a. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport 2005. Stockholm.

- . 2005b. *Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val"*. Stockholm.
- . 2007a. *Var vårdas patienten? En analys av patientströmmar mellan landstingen*. Stockholm.
- . 2007b. *Vårdens alltför svåra val*. Stockholm.
- . 2008a. *Hälso- och sjukvårdspersonal 1995-2006*.
- . 2008b. *Uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Stockholm.
- . 2008c. *Uppföljning av överenskommelserna om en fortsatt satsning på primärvård, äldreomsorg och psykiatri*. Stockholm.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. 2008. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet: Jämförelser mellan landsting 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL.
- Socialutskottets betänkande (1998/99:SoU3), *Socialutskottets verksamhet riksmötet 1998/99*.
- Socialutskottets betänkande (2002/03:SoU3), *Hälso- och sjukvård m.m.*
- Socialutskottets betänkande (2008/09:SoU5), *Valfrittssystem*.
- SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*.
- . 1996:163, *Behov och resurser i vården - En analys*.
- . 1997:154, *Patienten har rätt*.
- . 2001:8, *Prioriteringar i vården*.
- . 2003:23, *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa*.
- . 2006:100, *Ambition och ansvar*.
- . 2008:15, *LOV att välja - Lag Om Valfrittssystem*.
- . 2008:37, *Vårdval i Sverige*.
- Statskontoret. 2005. *Reglering och andra styrmedel - En studie av hur staten styr kommuner och landsting*. Stockholm.
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2006a. *Uppföljning av två Genombrottsprojekt — Bättre Flyt i vården I och II*.
- . 2006b. *Vård av patienter från andra landsting samt EU-vård*.

- . 2008. Landstingsanställd personal 2007.
- Winblad, Spångberg, Ulrika. 2003. Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementering av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården, Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala.
- Winblad, Ulrika. 1993. Hur hamnade vårdgarantin på den politiska dagordningen? Uppsala.
- Vrangbaek, Karsten, Katarina Østergren, Hans Okkels Birk och Ulrika Winblad. 2007. Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden. *Health Economics, Policy and Law* 2 (Pt 2):125-52.

5 Verksamhetsnära verktyg för att stärka patientens ställning

Den statliga utredningen Hälso- och sjukvårdsberedningen (SOU 1979:78) deklarerade för nästan två decennier sedan att *”Patienter har bristande möjligheter att påverka sin egen behandling.”* Detta konstaterades mot bakgrund av dåvarande sjukvårdslag från 1962. I betänkandet *Mål och medel för hälso- och sjukvården* framfördes att det var angeläget att stärka patientperspektivet, vilket också delvis var grunden till hälso- och sjukvårdslagens tillkomst 1983. HSL kom att innehålla ett antal regler om patienters rätt till inflytande i vården och att vården ska bedrivas så att den främjar goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen.

Kravet på kontinuitet och samordning är, såsom berörts i tidigare kapitel, en del av begreppet ”god och säker vård”. Under 1990-talet fick behovet av samordning och kontinuitet dessutom allt större betydelse. En orsak till detta var demografiska förändringar. En annan viktig orsak var viktiga strukturförändringar såsom Ädelreformen 1992 (prop. 1990/91:14), Handikappreformen 1994 (Ds. 1989:27) och Psykiatrireformen 1995 (prop. 1993/94:218). Dessa strukturförändringar innebar också att kommunerna blev hälso- och sjukvårdshuvudmän och fick ett större ansvar för vården och omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättningar. Genom 1991 års kommunallagsreform möjliggjordes även en friare utförarorganisation för vård- och omsorgshuvudmännen.

En konsekvens av ovan nämnda strukturförändringar var att samverkan försvårades genom nya organisatoriska gränser, sekretess och dataskyddsregler. Frågor rörande ansvarsgränser mellan huvudmännen har också debatterats mot bakgrund av dessa reformer. Ett särskilt fokus har varit omfattningen av läkarinsatser i kommunernas särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättningar samt hur kommunernas ansvar enligt HSL

”upp till sjuksköterskenivå” ska betraktas, då behov finns av mer specialiserade yrkesutövare inom den kommunala sektorn.

Då bestämmelserna i HSL till stor del är uppbyggda kring sjukvårdshuvudmännens, andra vårdgivares och personalens skyldigheter, har de kritiserats för att de mestadels ger uttryck för ett systemperspektiv och att patientens ställning ofta ska utläsas indirekt. Mot bakgrund av detta samt de strukturreformer som nämnts ovan har flera särskilda regler införts i HSL och LYHS för att stärka patientperspektivet. Rätten till fast läkarkontakt i primärvården, förtydliganden i bestämmelsen om den patientansvarige läkaren (PAL) samt rätten till förnyad medicinsk bedömning (så kallad ”second opinion”), är alla exempel på lagstiftning som syftar till att stärka patienters ställning.

Den statliga Samverkansutredningen övervägde 2000 att ålägga huvudmännen en skyldighet att inrätta en funktion med ett tydligt samordningsansvar för den enskilde patientens samlade vårdbehov (SOU 2000:114, 151). Denna funktion skulle finnas utöver den samordningsfunktion som primärvårdsläkaren och PAL innehar genom HSL. Utredningen stannade emellertid vid att nya lagbestämmelser eller införande av nya rättigheter inte skulle lösa samordningsproblemen mellan kommuner och landsting, en uppfattning regeringen delade (prop. 2002/03:20). Sedan tillkomsten av 2005 års vårdgaranti har ett flertal landsting på frivillig basis inrättat särskilda funktioner (vårdlots, vårdsluss, etc.) med syfte att hänvisa patienter till alternativa enheter då garantins tidsgränser inte kan uppfyllas. Dessa funktioner har emellertid inte haft något bredare samordningsansvar.

Den rättsliga regleringen av bestämmelserna kring fast vårdkontakt, förnyad medicinsk bedömning, vårdlots och PAL finns närmare beskriven i kapitel 3. Det grundläggande syftet med dessa bestämmelser är att de på olika sätt ska stärka patientens ställning genom att bidra till ökad kontinuitet och trygghet i vården. Avsikten med detta kapitel är att diskutera vilka problem som finns med de verktyg som i dag finns tillgängliga samt hur de kan utvecklas.

5.1 Kontinuitetsfrågan: Fast läkarkontakt och patientansvarig läkare

5.1.1 Praxis och problem med nuvarande verktyg

Fast läkarkontakt tillämpas inte så som det var avsett

I propositionen *Patientens ställning* (prop. 1997/98:189) framhölls att samtliga landsting i formell mening infört generösa regler för val av fast läkarkontakt i primärvården, men att erfarenheterna på vårdcentraler visat på svårigheter att kombinera patienters valfrihet med områdesansvar. Att organisera verksamheterna genom områdesansvar har varit ett sätt att hantera bristen på specialister inom allmänmedicin. Sammantaget ansågs detta ha lett till betydande inskränkningar på möjligheten att välja en fast läkarkontakt. Vidare konstaterades att informationen om valfrihet tonades ned i flera landsting efter att husläkarreformen upphörde. Studier påvisade också att befolkningen i många landsting inte hade tillräcklig kunskap om vilka regler som gällde.

I HSU:s betänkande *Patienten har rätt* (SOU 1997:154) konstaterades att patienternas val inte respekterades då patienten valde en läkare utanför den "egna" vårdcentralens upptagningsområde. Detta tolkades som tecken på att vissa vårdgivare skapade lokala regelverk som bröt mot de politiska intentionerna i de aktuella landstingen. HSU 2000 betraktade detta också som ett uttryck för att fattade beslut inte genomsyrade hela landstingsorganisationen med tillräcklig kraft.

Otillräcklig information

Socialstyrelsen genomförde 2003 en utvärdering av de förutsättningar huvudmännen och andra vårdgivare erbjuder för att patienters rätt till information, delaktighet och medinflytande ska kunna uppnås. Rapporten visade att det i landet fanns många exempel på insatser för att stärka patienters ställning, men att det behövdes ytterligare insatser innan lagstiftningen och de bakomliggande intentionerna uppfyllts. De enkätundersökningar Socialstyrelsen genomförde 2001 och 2003 visade att närmare hälften av landstingen saknade centrala insatser för att utbilda och informera personalen om frågor som rör patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande. Av de utbildnings- och informa-

tionsinsatser för personalen som genomfördes, följdes nästan tre fjärdedelar inte upp.

Utvärderingen visade vidare att alla landsting informerade om patientens rättigheter på något sätt, några dock bara på sin webbplats. Ett flertal landsting hänvisade till information om valfrihet i vården (rekommendationen om valmöjligheter i vården) som svar på frågan om man informerar om rätten att välja behandlingsalternativ. Patientorganisationerna hade uppfattningen att många patienters erfarenhet var att möjligheten till val av behandling begränsades av brist på resurser (Socialstyrelsen 2003b).

Brist på specialister i allmänmedicin

Socialstyrelsens årsrapport 2003 i uppdraget att följa upp den Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen. 2003b) visade att vissa landsting, på grund av bristen på specialister i allmänmedicin, prioriterade de som hade störst behov och nytta av en fast läkarkontakt. Det fanns även exempel på att landsting erbjöd invånarna att lista sig vid en vårdcentral eller att man införde områdesansvar, något som alltså inte har stöd i gällande lagstiftning. Betoningen av fast läkarkontakt var heller inte lika framträdande i diskussionerna om närsjukvård som i den nationella handlingsplanen (Socialstyrelsen 2003a).

Obruten trend

Många goda initiativ till trots tycks således inte tillräckligt mycket ha förändrats under det senaste årtiondet. I slutrapporten från Socialstyrelsens uppföljning av den Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården redovisades att antalet patienter med fast läkarkontakt tvärtemot minskade mellan åren 2002 och 2005 i flertalet landsting. I den befolkningsenkät som genomfördes 2005 framkom även att hälften av befolkningen inte fått någon information om möjligheten att ha en fast läkarkontakt när de besökt vårdcentralen. Ytterligare drygt tio procent kunde inte minnas huruvida de fått någon sådan information eller ej. Andelen av befolkningen som ansåg sig ha en fast läkarkontakt uppgick till 42 procent. Skillnaderna mellan landstingen var emellertid stora

och andelen varierade mellan 28 och 80 procent (Socialstyrelsen 2005a).

Patientansvarig läkare eller patientansvarig verksamhet?

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utvärdera PAL-verksamheten. I oktober 1995 genomförde Socialstyrelsen en granskning av hur lagstiftningens krav på patientansvarig läkare efterlevts vid kliniker där patienter med tumörsjukdom vårdas (Socialstyrelsen 1996). Där konstaterades att PAL-funktionen haft betydelse när det gäller att öka förståelsen för att kontinuitet och samordning är nödvändiga delar av en god vård och i regel en förutsättning för en bra patientsäkerhet. Rapporten visade emellertid att kontinuitet och samordning i vården och behandlingen av en patient inte var något som bars upp enbart av en person i personalkollektivet, läkaren. Ansvaret för patienten uppfattades många gånger snarare falla på ett behandlingsteam än på en enskild läkare. Det var även tydligt att uppgiften som patientansvarig läkare ofta uppfattades enbart som ett behandlingsansvar inom ramen för läkarens specialitet. Ingen av läkarna uppfattade sig ha ett sådant övergripande ansvar för kontinuitet, samordning och information som var tänkt att ligga i PAL-funktionen.

Socialstyrelsens utvärdering av PAL 2000

I april 2000 redovisade Socialstyrelsen en ytterligare och bredare utvärdering till regeringen (dnr S2000/2567/HS). Utvärderingen behandlade hur regeln om patientansvarig läkare tillämpats inom offentlig och enskild hälso- och sjukvård och uppfattats av patienter. Resultaten från denna utvärdering presenteras i de fyra följande avsnitten.

Oklarhet kring vem som bör utgöra PAL

Utvärderingen visade att det inte alltid var tydligt vilka läkare som kan vara PAL. Vid små sjukhus blev överläkaren automatiskt patientansvarig. Vid större sjukhus där det vid sidan av överläkaren även förekom specialistläkare (avdelningsläkare eller biträdande överläkare) kunde sådana läkare fylla uppgiften som PAL. Om

verksamhetschefen var läkare med kliniskt arbete vid sidan av arbetet som chef hade denne också det ansvar som tillkommer en PAL. En del av de intervjuade i utvärderingen framhöll att sjukvården i dag 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 en PAL ska ha enligt uttalandena i propositionen kommit att avse endast den vård och behandling som ges inom den egna specialiteten. Många av de intervjuade sjuksköterskorna framhöll att de uppgifter som anges i propositionen många gånger lika gärna kunde utföras av sjuksköterskor.

I utvärderingen konstaterades det att begreppet PAL inte alltid användes. Lika vanligt förekommande i journalen var beteckningen ”ansvarig läkare”. Begreppet PAL var i regel okänt hos patienterna. Den patientansvarige läkarens uppgifter var normalt inte preciserade i någon form av dokumentation. Vanligen fick varje nyinskrivna patient vid sjukhusens kliniker en särskild läkare utsedd som ansvarig för patienten. I mindre utsträckning utsågs sådan läkare genom ett formellt beslut. Vid akutkliniker, liksom vid mottagningsenheter där det sker en genomströmning av patienter till andra kliniker, förekom ibland att en viss läkare av rent formella skäl utsågs till PAL, utan att kunna ta ansvar som en sådan. Utvärderingen visade att det förekom att PAL utsågs först i samband med en slutförd vårdepisod. Epikrisundertecknande läkare antecknades då automatiskt som PAL. Emellertid förutsätter digitala journalsystem ofta att en PAL finns namngiven i journalen för att det ska kunna vara möjligt att göra anteckningar i denna.

Samordning för kontinuitet

Med avseende på samordningsansvar och rätten för patienten att få träffa samma läkare vid återbesök i vården framhöll flera av de som intervjuats i Socialstyrelsens utvärdering att detta inte alltid kunde säkerställas bara av läkaren av praktiska skäl. Det var i stället teamet – som består av flera olika yrkesgrupper, såsom sjuksköterskor, psykologer (inom psykiatri), undersköterskor, arbetsterapeuter, kuratorer, sjukgymnaster, m.fl. – som kunde bidra till säkerhet, kontinuitet och samordning för den enskilde patienten.

Det finns inga fastställda, allmängiltiga regler om vad som gäller då en patient på grund av sin hälsosituation eller annan

omständighet måste flytta till en annan vårdenhet eller annan vårdinrättning med avseende på ett tidigare etablerat PAL-förhållande. Utvärderingen visade att frågan löstes genom de rutiner eller den praxis som tillämpades på den enskilda enheten.

I utvärderingen påvisades att i de fall patienter återintogs på sjukhus vid akut uppkomna symtom så var det inte självklart att patienten får samma PAL som tidigare. Vid några besökta enheter strävade man dock efter att i dessa fall försöka styra patientens intagning till samma enhet som tidigare eller till och med till samma avdelning inom enheten. Det innebar då att man försökte upprätthålla kontinuiteten genom att patienten fick träffa samma personal som tidigare, dock inte alltid samme läkare. Kontinuiteten sågs som en fråga för teamet, enheten eller avdelningen, och inte som en fråga som specifikt rörde läkarinsatserna.

PAL i enskild regi

Socialstyrelsens utvärdering av PAL behandlade även hur regeln om patientansvarig läkare tillämpats inom hälso- och sjukvård i enskild regi. Vid de privata vårdhem som besöktes bedrevs behövlig hälso- och sjukvård under permanent läkarmedverkan. Patienter som skrivits ut från sjukhus till boende i dessa vårdhem fick hemmets läkare som PAL, såvida inte den enskilde patienten önskade få behålla sin tidigare PAL och denna begäran kunde tillmötesgå.

Inom den öppna vården förekom nästan inte alls att man övervägde behovet av eller tillsättandet av PAL. Den läkare som patienten valt eller tilldelats som den särskilda fasta läkarkontakten enligt 5 § andra stycket HSL ansågs ha de uppgifter som ankommer en PAL utan att det särskilt anges eller markerats. Beslut enligt 27 § HSL att utse PAL förekom alltså inte vid de primärvårdsenheter som besöktes. Ibland ansågs patienten ha två PAL, dels den distriktsläkare som var patientens fasta läkarkontakt dels den specialist som patienten besökte på sjukhuset för vård och behandling av en viss sjukdom.

Inom den enskilda hälso- och sjukvården var förhållandet likartat med det inom primärvården. De intervjuer som gjordes med läkare och annan personal vid några vårdhem som drevs i enskild regi visade att läkarna där uppfattade sin roll på samma sätt som distriktsläkarna inom primärvården. De betraktade sig som patientansvariga i den mening som man lägger i begreppet PAL.

Några skriftliga direktiv från huvudmannen för hur PAL utses fanns inte. I utvärderingen konstaterades att en PAL ska utses om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten. Flera av de intervjuade uppgav emellertid att säkerheten för patienterna knappast ökade genom att en viss person hade det samlade ansvaret för patienten. Frågan gällde snarare kontinuitet än säkerhet.

Strukturella förändringars inverkan på PAL

I utvärderingen tillfrågades de intervjuade huruvida de strukturella förändringar som skedde under 1990-talet inom hälso- och sjukvården haft någon betydelse för PAL-verksamheten. Flertalet av de tillfrågade ansåg att dessa förändringar negativt påverkat möjligheterna att fullgöra PAL-uppgifterna. Personalminskningar med ändrade och nya arbetsuppgifter samt ökad arbetsbelastning på den kvarvarande personalen ansågs ha minskat möjligheterna till att upprätthålla en bra kontinuitet. Ett annat perspektiv som framträdde var emellertid att sammanläggningar av vårdenheter och personalminskningar kunde främja samarbetet inom personalen och öka dess kompetens, vilket måste vara av betydelse för kontinuiteten och patienternas säkerhet i vården.

5.1.2 Initiativ och utvecklingsmöjligheter

Mot bakgrund av de ovan redovisade utvärderingarna föreslog utredningen i betänkandet "Vårdval i Sverige" (SOU 2008:37) att ta bort det ursprungliga kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin. Regelns syfte har varit att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten för den enskilda patienten genom en fast läkarkontakt. Utvärderingarna har visat att regeln i praktiken inte tillämpats på det sätt som var avsett och att det inte är möjligt att under överskådlig tid erbjuda alla invånare en fast läkarkontakt som är specialist inom allmänmedicin. Såsom lyftes fram i betänkandet "Vårdval i Sverige" (SOU 2008:37) finns det trovärdighetsrisker förenade med att låta en formulering kvarstå som i praktiken inte kan tillämpas.

Regeln om den fasta läkarkontakten bör betraktas som ett verktyg som syftar till att stärka kontinuiteten i vården för den

enskilde patienten. Genom att öppna för att andra kompetenser kan utgöra den fasta vårdkontakten, ges den enskilde patienten en ökad möjlighet till trygghet på den vårdnivå denne befinner sig. Det bör vidare betraktas som fördelaktigt, såväl ur patientens som verksamhetens perspektiv, att gällande regelverk de facto kan fungera som ett stöd och motor i arbetet att skapa ökad trygghet för patienter, snarare än låsa fast verksamheterna vid en form som inte har reella förutsättningar att genomföras.

På ett liknande sätt bör bestämmelsen om den patientansvarige läkaren betraktas som ett verktyg för att stärka patientens trygghet. De ovan presenterade utvärderingarna ger anledning att diskutera hur det övergripande ansvaret för den enskilde patienten kan organiseras. De flesta av de intervjuade i Socialstyrelsens ovan redovisade utvärdering ansåg att det inte finns något behov av att i lag införa bestämmelser om patientansvar för andra än läkare. Som huvudsakligt skäl anfördes att ansvaret för patienterna ytterst vilar på läkarna. Det fanns emellertid de som hade uppfattningen att det finns ett behov av en sådan lagreglering. De pekade bland annat på förhållandet att det på många håll finns legitimerade sjuksköterskor som är etablerade som patientansvariga inom sitt yrkesområde med benämningar som "patientansvarig sjuksköterska" (PAS) eller "omvårdnadsansvarig sjuksköterska" (OAS).

Att definiera en läkare med särskilt ansvar för en enskild patient syftar till att stärka säkerheten och tryggheten för densamme. Likväl är det verksamhetschefen som har det yttersta ansvaret, oberoende av vem som utnämns till PAL. Att betona patientansvaret på en mer övergripande verksamhetsnivå är betydelsefullt även utifrån ett samordningsperspektiv. För patienten handlar samordning emellertid inte enbart om samordning inom en enskild verksamhet. Många patienter, i synnerhet äldre, rör sig vanligtvis mellan den landstingstyrda och den kommunalstyrda vården. För att dessa patienters säkerhet och trygghet ska stärkas krävs en tydlig och genomarbetad modell för samverkan mellan de olika huvudmännen. Att omdefiniera den nuvarande PAL-funktionen kan betraktas som en möjlighet att fundera kring vilka verktyg som behövs för att säkerställa en trygg vårdprocess från början till slut, även då den process passerar över organisatoriska gränser.

5.2 Förnyad medicinsk bedömning

5.2.1 Praxis och problem med nuvarande verktyg

Såsom beskrivits i kapitel 3.2 ska landstinget enligt hälso- och sjukvårdslagen 3 a § ge patienten möjlighet till en förnyad medicinsk bedömning, ofta kallad second opinion. Skyldigheten gäller vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada 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 ska erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda. Möjligheten till förnyad bedömning och därav motiverad behandling ska inte vara begränsad till det landsting där patienten är bosatt. Medan HSL anger kraven på landstingen i dessa avseenden finns motsvarande skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen i LYHS (2 kap 2 a §). Bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning är således inte detsamma som en mer allmän rätt till en så kallad second opinion.

I samband med riksdagsbehandlingen av bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning deklarerade socialutskottet att det var mycket angeläget att följa effekterna av lagstiftningen. Enligt utskottet borde regeringen ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa tillämpningen av lagstiftningen under ett år och därefter lämna en utvärdering (betänkande 1998/99:SoU3). Riksdagen följde utskottet (rskr. 1998/99:54).

På uppdrag av regeringen genomförde sedan Socialstyrelsen under hösten 1999 en enkätstudie bland ett urval sjukhuskliniker och primärvårdsenheter för att se hur den nya bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning tillämpades. Enkätsvaren gav exempel på ett 50-tal diagnoser och diagnosgrupper som kunde omfattas av bestämmelsen om en förnyad medicinsk bedömning. Mest frekvent nämndes patienter med sjukdomar eller skador i rörelseorganen, neurologiska och neuromuskulära sjukdomar, cancersjukdomar, hjärt-/kärlsjukdomar samt olika smärtsyndrom. Socialstyrelsen konstaterade efter undersökningen bland annat att lagändringen ännu inte var allmänt känd bland personal inom hälso- och sjukvården eller av patienterna. Socialstyrelsen konstaterade vidare att sjukvården redan före bestämmelsens tillkomst hade haft som praxis att ge patienter en förnyad medicinsk bedömning samt att det rådde en osäkerhet kring vilka

patientgrupper som kommit att omfattas av bestämmelsen (Socialstyrelsen 2003b).

Även i Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2001 bedömdes att rätten till förnyad medicinsk bedömning var åtminstone delvis okänd för stora grupper av patienter och även hos vårdpersonal (Socialstyrelsen 2001). Man konstaterade, ifråga om patientens ställning, bland annat att vikten av nödvändiga implementeringsinsatser kanske inte hade uppmärksammats tillräckligt när lagstiftningen infördes. Det var också oklart i vilken mån patienterna nåtts av för dem relevant information och om patientinflytandet i vården ökat.

Också Socialstyrelsens utvärdering från 2003 av bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning som trädde i kraft 1 januari 1999 visade att såväl begreppet "förnyad medicinsk bedömning" som avgränsningen "särskilt allvarlig sjukdom eller skada" och övriga förutsättningar som skulle uppfyllas uppfattades som otydliga. Vissa patienter uppfattade kollegialt samråd mellan två läkare liktydigt med "second opinion". En allmän uppfattning som framfördes vid hearings med patientföreträdare 2001 respektive 2003 var att förnyad medicinsk bedömning sällan förekom och inte erbjöds i så många fall som det var befogat. Patientföreträdarnas allmänna erfarenhet var också att övergripande beslut ofta fick dåligt genomslag eftersom såväl sjukvårdspersonal som patienter hade otillräcklig kunskap om lagändringarna (Socialstyrelsen 2001; 2003b). Utvärderingen från 2003 visade även att det rådde osäkerhet kring vilka kunskaper allmänheten och patienter hade om rätten till individuellt anpassad information och en förnyad medicinsk bedömning (Socialstyrelsen 2003b). Det visade sig också att det fanns stor okunskap om vart man som patient kunde vända sig med klagomål.

Under de första åren på 2000-talet begärde Socialstyrelsen också in uppgifter från patientnämnderna om antalet ärenden som gällt förnyad medicinsk bedömning. Endast ett fåtal patientnämnder rapporterade att man haft ärenden där patienter nekats en förnyad medicinsk bedömning. Men även här återspeglas en del av den otydlighet som finns i tolkningen av det som i lagstiftningen avses med "förnyad medicinsk bedömning" och det allmänt använda begreppet "second opinion".

Under 2004 beslutade Socialstyrelsen om att inleda projektet *Allmänna råd om patientinflytande*. Projektet syftade till att utarbeta allmänna råd och föreskrifter om hälso- och sjukvårdens

skyldighet att ge patienten möjlighet att få förnyad medicinsk bedömning. De skulle ge rekommendationer som skulle underlätta tolkningen av bestämmelser som berör patientens inflytande i kontakterna med hälso- och sjukvården. Föreskrifterna har emellertid ännu inte utgetts och Socialstyrelsen har inte heller återkommit till frågan om tillämpningen av rätten till förnyad bedömning sedan utvärderingen år 2003.

5.2.2 Initiativ och utvecklingsmöjligheter

Patientorganisationer kan ge stöd vad avser förnyad medicinsk bedömning

Vid utredningens egen förfrågan till Handikappsförbundens samarbetsorgan (HSO) i oktober 2008, angavs att främst fyra förbund anser att deras medlemmar använder sig av rätten till förnyad medicinsk bedömning, om än i liten omfattning – Njurförbundet, Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation, Prostatacancerförbundet samt Schizofreniförbundet. I dessa situationer kan förbunden fungera som ett stöd, såväl genom information om möjligheten som genom mer konkret stöd i tillvägagångssätt. Exempelvis publicerade Schizofreniförbundet i sin medlemstidning i december 2007 en artikel och exempelmall för hur en patient kan gå tillväga för att ansöka om en förnyad medicinsk bedömning (Schizofreniförbundet 2007). Mallen återges nedan.

ANSÖKAN GÄLLER

Medicinsk bedömning enligt 3 a § 3 st. hälso- och sjukvårdslagen.

Härmed ansöker jag om förnyad medicinsk bedömning.

Enligt 3 a § 3 st. hälso- och sjukvårdslagen (HSL) skall landstinget 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.

Jag vill att den förnyade bedömningen omfattar:

- Anamnes och social utredning
- Aktuell behandling, inklusive symtomskattning (PANNS)
- Aktuell somatisk status inklusive neurologisk status
- Neuropsykologiska test som omfattar aktuell status vad gäller bl.a. uppmärksamhet, minnesfunktioner och exekutiva funktioner. Syftet med den neuropsykologiska delen av bedömningen är dock inte att ta ställning till diagnosen, utan att ge ett underlag för främst rehabiliteringsbehov samt behov av stöd och service.
- Utredning av funktionsnivå (inklusive bedömning av arbetsterapeut), psykosociala förhållanden och omvårdnadsbehov.

Mitt önskemål är att den förnyade medicinska bedömningen görs av XX och adress. Om ni ringer mig ska ni respektera min skrivelse, då jag blir pressad av telefonsamtalet. Min skrivelse gäller. Jag önskar erhålla ett skriftligt svar på min ansökan, i enlighet med 21 § förvaltningslagen

UNDERSKRIFT AV SÖKANDEN

Förtydligande och exemplifiering i nationella riktlinjer

För att påminna om och förtydliga lagstiftningen om hälso- och sjukvårdens skyldigheter när det gäller patientens ställning har Socialstyrelsen sedan 2007 ett särskilt kapitel i beslutsstödsversionen av nationella riktlinjer om bland annat förnyad medicinsk bedömning (se Socialstyrelsen 2007; 2008). I detta konstateras att endast en liten grupp patienter återstår när de tre förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens skyldighet att ge möjlighet till en förnyad medicinsk bedömning är uppfyllda. Sjukvården ska medverka till att patienten får tillgång till en förnyad medicinsk bedömning hos en offentligt finansierad vårdgivare var som helst i landet. Kostnaderna ska betalas av landstinget. Journalhandlingar och andra underlag ska skickas med. Om den

läkare som gör den förnyade medicinska bedömningen kommer fram till en annan slutsats och föreslår en annan behandling ska patienten kunna välja den. I riktlinjerna framhåller Socialstyrelsen att även när läkaren som gör den förnyade medicinska bedömningen kommer fram till samma slutsats och föreslår samma behandling kan patienten känna sig tryggare med att man övervägt alla tänkbara alternativ.

Eftersom erfarenheten visar att det varit svårt att identifiera de diagnoser och behandlingar där landstingen enligt lagbestämmelserna är skyldiga att erbjuda en förnyad medicinsk bedömning har Socialstyrelsens medicinska experter i de senast publicerade riktlinjerna för kolorektal-, bröst- och prostatacancer samt hjärtsjukdomar gett exempel på behandlingar där en förnyad medicinsk bedömning kan övervägas (Socialstyrelsen 2007; 2008). I dessa bedömningar har kriteriet ”att det saknas klar och entydig vägledning utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet” varit av särskilt intresse och avsevärt snäva in valet av exempel.

Avslutningsvis understryker Socialstyrelsen i sina riktlinjer att det inte är förbjudet att erbjuda en patient en förnyad medicinsk bedömning även om de inte uppfyller förutsättningarna i lagstiftningen. Det är tvärtom viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen lyssnar på patienter som står inför svåra val och ger dem möjlighet att diskutera sin sjukdom och behandling med ytterligare en läkare. Det gäller särskilt i de fall där läkaren bedömer att det inte längre finns någon botande behandling eller om han eller hon föreslår en mycket riskfylld behandling.

5.3 Samordning och samverkan: vårdlots

5.3.1 Praxis och problem med nuvarande verktyg

Vårdlots är inget lagreglerat begrepp men förekommer i några landsting för att beteckna en funktion som har till syfte att hjälpa en patient vidare i de fall vårdgarantins tidsramar inte kan infrias. Andra landsting har valt andra begrepp för en liknande form av stöd för i huvudsak vårdgarantisituationer.

Det är framför allt från och med 2006 som olika landsting började organisera sådana funktioner med beteckningar såsom koordinatörer, vårdlotsar, vårdslussar, kökanslier, vårdgarantikanslier etc. Denna form av centralisering av funktionen skedde

framför allt för att förbättra samordningen mellan olika enheter samt att säkerställa likartade regelverk och rutiner för hantering av planeringslistor/väntelistor, remisshantering, information till patienter m.m. Inom landsting med en sådan central funktion är det emellertid en övervägande del av det praktiska arbetet decentraliserat såtillvida att patienten i första hand ska få vägledning vid den aktuella kliniken. Det är således framförallt samordningen kliniker emellan som centraliserats.

Tabell En inventering av olika vårdlotsfunktioner inom landstingen

Blekinge:	•
Dalarna:	Väntetidskansli
Gotland:	Planeringsenhet
Gävleborg:	Vårdvägvisare
Halland:	Vårdgarantiservice
Jämtland:	•
Jönköping:	•
Kalmar:	Vårdgarantiansvarig
Kronoberg:	Patientnämnden
Norrbottnen:	Vårdgarantiansvarig
Region Skåne:	Vårdlots och koordinatörer
Stockholm:	Vårdgarantikansli
Sörmland:	Valfrihets- och rättighetskansli
Uppsala:	Vårdgarantienhet
Värmland:	Vårdinformatör
Västerbotten:	Vårdgarantiansvarig
Västernorrland:	Vårdgarantiansvarig
Västmanland:	•
Västra Götaland:	Vårdsluss
Örebro:	Vårdsluss
Östergötland:	Vårdlots

(Se ny uppdaterad lista på www.vantetider.se under kontakt.)

Skiftande utvecklingslinjer

Landstingens arbete med dessa funktioner har förändrats och utvecklats betydligt under de senaste tre åren. Det finns även de landsting där en vårdlotsfunktion har inrättats, men sedan lagts ned och ersatts av landstingens allmänna informationslinje, patient-

nämnden eller av ansvarig kontaktperson för vårdgaranti- och väntetidsfrågor. Det förefaller som om ett landstings hållning på det här området till stor del avgörs av hur pass viktigt det anser att patienterna hålls välinformerade om vårdgarantins bestämmelser. Inom vissa landsting informeras patienter väldigt tydligt redan via den första remissen medan patienter inom andra landsting inte alls informeras om vilka möjligheter det finns för att utlösa sin vårdgaranti. Det är möjligt att tolka detta som ett uttryck för en skepsis mot att staten ska reglera hur verksamheten efterlever uppsatta tidsgränser.

De vårdlotsfunktioner som i dag finns inom landstingen syftar således framför allt till att stödja patienter inom ramen för vårdgarantins bestämmelser. Så som diskuterats ovan, har patienter i olika sammanhang behov av stöd och vägledning även utanför dessa bestämmelser. Exempelvis har många patienter behov av stöd vid övergångar mellan olika vårdenheter och huvudmän.

5.3.2 Initiativ och utvecklingsmöjligheter

Utvecklingssamarbete genom Sveriges Kommuner och Landsting

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, arbetar för att stödja olika sätt att organisera vårdlotsfunktioner inom ramen för hanteringen av vårdgarantin. Det handlar då om att skapa mer transparenta regelverk kring samordning och praxis kring remittering, kunskap inom verksamheten om var patienter kan hänvisas samt vilket vårdutbud som finns tillgängligt. Genom SKL finns även nätverk för de landsting som arbetar med denna form av samordning.

Lotsfunktionen i Västra Götalands Regionen och Region Skåne

Avsikten med detta avsnitt är att beskriva två olika sätt som landsting organiserat lotsfunktioner. Uppgifterna baseras på intervjuer genomförda inom ramen för utredningen.

Vårdslussen i Västra Götaland

I Västra Götaland inleddes år 2000 ett treårigt projekt med syftet att förbättra tillgängligheten till vården. Initiativet kom från den politiska ledningen och i projektet föreslogs bland annat att olika behandlingsgarantier skulle införas. För att hantera dessa garantier skapades ett så kallat kökansli med uppdraget att upphandla vård samt att slussa patienter till dessa vårdgivare i de fall vårdgarantins tidsramar inte hållits. Projektet permanentades sedermera och kom att benämnas Vårdslussen. Den politiska ledningen var tydlig med att signalera till verksamheterna att om de inte klarade sitt uppdrag inom garantins tidsgränser, skulle existerande avtal med externa vårdgivare användas.

Vårdslussens uppdrag är, utöver att hänvisa patienter, även att stimulera processer så som exempelvis tidsbokningssystem som är tydliga för patienterna, uppföljningar – som utökades i relation till det arbete som genomfördes genom SKL – målrelaterade ersättningar samt att informera såväl patienter som personal om vårdgarantin. Den målrelaterade ersättningen innebär att en del av ersättningen till sjukhusen betalas ut först när sjukhuset ifråga visat att man levt upp till garantins tidsgränser. Vårdslussen har även tagit initiativ till att starta och finansiera aktiviteter på sjukhusen såsom att rensa och uppdatera väntelistor, stimulera till goda exempel, etc. Exempelvis har utmärkelser samt resurser utdelats till nominerade goda exempel.

Ur patientens perspektiv fungerar Vårdslussen enligt följande: Patienten får ett brev från sjukhusets mottagning om att remiss mottagits. I de fall patienten inte kan erbjudas tid inom garantins tidsramar informeras patienten om detta samt att patienten har möjlighet att få hjälp till ett annat sjukhus. Patienten får då ta ställning till detta. I det fall patienten vill ha hjälp att få vård på annan mottagning åligger det sjukhuset att praktiskt bistå patienten med denna hänvisning.

Om sjukhuset underlåter att hantera remissen på ovan angivet sätt, har patienten möjlighet att vända sig till Vårdslussen. Vårdslussen kontaktar då det aktuella sjukhuset och ger förslag på en extern vårdgivare som patienten kan hänvisas till. Sjukhuset har då sju dagar på sig att antingen själva erbjuda patienten en tid denne är nöjd med på hemmasjukhuset eller att överföra patienten till en extern vårdgivare. I de fall sjukhusen underlåter att göra detta kan Vårdslussen hänvisa patienten till en extern vårdgivare på

sjukhusets bekostnad. Denna funktion ska emellertid betraktas som en sista utväg och har endast nyttjats ett fåtal gånger under det senaste året.

Vårdslussen har också i dialog med verksamheterna inom primärvården och sjukhusen, tagit fram tillämpningsanvisningar, informationsbrev till patienterna som ska lämnas i samband med remittering till den specialiserade vården samt broschyrer till patienter och personal.

Tillgänglighetskoordinatorer och vårdlotsar i Region Skåne

För de verksamheter som inte klarar av att uppfylla vårdgarantin har Region Skåne valt att arbeta med koordinatorer och vårdlotsar på olika nivåer. Denna verksamhet har varit i drift sedan den 1 november 2005. I Region Skåne finns en tillgänglighetskoordinator vid varje sjukhus som stöd för de verksamheter som inte klarar av att uppfylla vårdgarantin och behöver hjälp att hitta en annan vårdgivare inom Region Skåne. I de fall inga av de skånska vårdgivarna kan erbjuda vård inom vårdgarantin, ska patienterna erbjudas vård utanför Skåne. För hjälp med detta finns en regional vårdlotsfunktion.

Inom bild- och funktionsmedicin finns också ett koordinatorsnätverk för samordning av undersökningar inom Region Skåne. Målet är att ingen patient ska behöva vänta längre än två månader på en röntgenundersökning i Region Skåne från och med 2009.

Tillgänglighetskoordinatorerna och Vårdlotsen har ett regionalt uppdrag från hälso- och sjukvårdsdirektören att samordna vården för patienterna inom Region Skåne. Patienter som antar ett erbjudande genom vårdgarantin ska anmälas till förvaltningens tillgänglighetskoordinator. Dessa koordinatorer ingår i ett nätverk som träffas två gånger per månad för att utbyta information om väntande patienter och ledig kapacitet. Målet med nätverken är att effektivt använda Region Skånes gemensamma resurser i syftet att alla patienter ska erbjudas vård inom garantins tidsgränser. Den ekonomiska hanteringen vid hänvisning eller mottagning av patient ingår inte i koordinatorsfunktionen. Under 2007 utvecklades samordningen till att omfatta väntande patienter där det finns tillgänglighetsproblem och samtidigt ledig kapacitet inom givna uppdragsramar.

Efter varje möte kontaktas verksamheten för delgivning av information om beslutad samordning. Verksamhetschefen ansvarar för att gällande regler i Region Skåne efterlevs samt att all berörd personal har kunskap om gällande regelverk, rutiner och ansvarsfördelning. Vidare ansvarar verksamhetschefen även för att det finns framtagna kompletterande verksamhetsrutiner för hantering av väntande patienter samt att de tillämpas.

Ur patientens perspektiv fungerar koordinators- och lotsfunktionerna enligt följande: Patientens kontakt sker genom verksamheten och inte direkt med koordinatören eller vårdlotsen. Tillgänglighetskoordinatören alternativt vårdlotsen har till uppgift att stödja verksamheten i samordningsarbetet. Efter att en koordinator lämnat besked till verksamheten om beslutad samordning tar koordinatören kontakt med mottagande enhet, avsändande enhet informerar patienten samt eventuell remittent var och när patienten ska bli omhändertagen. Avsändande verksamhet skickar med ett komplett underlag till mottagande enhet (eventuell remiss, journalkopior, röntgenbilder, mm). Om inte särskilda skäl finns stryks då patienten från väntelistan och om patienten inte ska bli föremål för ytterligare kontakt med verksamheten avslutas patienten vid den avsändande enheten.

Vidare har verksamheterna till uppgift att informera patienten om att Skånetrafiken hjälper till med eventuella sjukresor samt att patienten har rätt att få reseersättning enligt hemlandstingets sjukresereglemente. Tillgänglighetskoordinatorerna utgör tillsammans med Patientkontoren och Patientnämnden stöd till verksamheterna bland annat när det gäller frågor kring det fria vård-sökandet/vårdvalet, förnyad medicinsk bedömning och andra närliggande patienträttigheter. Tillgänglighetskoordinatorerna har förutom ovanstående även till uppgift att kommunicera med berörda verksamheter kring uppdragsvolymerna och tillgänglighetsarbetet i stort.

I behov av särskilda stödfunktioner

I kapitel två fördes en diskussion kring hur olika patientgrupper kan behöva olika typ av stöd i vårdprocesser. En patientgrupp som ofta befinner sig i särskilt svag ställning är äldre, ofta med flera diagnoser och med vård- och omsorgsbehov som rör sig över huvudmannagränser. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har

genomfört cirka 400 fallstudier av multisjuka eller multisviktande (Gurner och Thorslund 2003). Den studien visade att den genomsnittliga åldern för multisjuka har varit drygt 80 år, att andelen kvinnor var högre än andelen män samt att kvinnorna var ensamboende i högre utsträckning än männen.

I den statliga Äldrevårdsutredningens slutbetänkande, *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68), redovisas att andelen män som 2002 hade hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende (i län där kommunerna har ansvaret för hemsjukvård) var 1.99 procent och motsvarande andel för kvinnor var 2.88 procent. Vid en genomgång av cirka femtio studier som genomförts i olika delar av landet under senare delen av 1990-talet pekades ett antal problem för dessa patientgrupper ut (Gurner och Thorslund 2003). Såväl den akutsomatiska som den geriatriska slutenvården har svårt att tidsmässigt hantera äldres behov i relation till deras totala livssituation. Rapporten konstaterade att äldre multisviktande som är kvarboende i ordinärt boende ofta är i behov av insatser från såväl läkare, distriktssköterska, rehabiliteringspersonal som hemtjänst samt att dessa insatser ofta är splittrade och att ett helhetsansvar saknas (Gurner och Thorslund 2003). I en rapport från Socialstyrelsen konstaterades att sjukhusvården har kommit att bli allt mer finjusterad vilket medfört att möjligheterna till fysisk och psykisk återhämtning för äldre innan det är dags att lämna sjukhuset många gånger är små (Socialstyrelsen 2002).

Äldrevårdsutredningen hänvisade i sitt slutbetänkande till Stiftelsens Stockholms läns Äldrecentrum och framhävde likaså brister i samverkan mellan vårdnivåer (SOU 2004:68). Det handlade då om avsaknad av helhetssyn, bristande samordning mellan sjukhus, primärvård samt kommunal vård och omsorg. Äldrevårdsutredningens förslag syftade bland annat till att tydliggöra att kommunerna ska ansvara för att de samlade sociala och medicinska insatserna samt för att rehabilitering och hjälpmedelsinsatser sker på ett sammanhållet sätt. Äldrevårdsutredningen efterfrågade även en nationellt enhetlig grundstruktur med en enhetlig ansvarsfördelning för att motverka oklarheter om ansvar och resurser mellan lansting och kommuner.

En annan patientgrupp som också ofta är i behov av särskilt stöd är patienter inom den psykiatriska vården. I och med 1995 års psykiatrireform infördes i detta syfte en försöksverksamhet med personliga ombud på tio platser i landet. Socialstyrelsens utvärdering av försöksverksamheterna visade på flera positiva effekter

för de klienter som ingick i verksamheten, bland annat minskad slutenvård, ökad stabilitet i boendet, och fler beviljade insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (Socialstyrelsen 2005b). Dessa goda resultat ledde till ett regeringsbeslut om ett finansiellt stöd till verksamheter med personligt ombud. Regeringen beslutade i maj 2000 att via statsbidrag stödja kommunerna för att bygga upp och driva permanenta verksamheter med personligt ombud. Samtidigt fick Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med länsstyrelserna utveckla och följa verksamheterna. I regeringsuppdraget ingick att villkoren för verksamheterna skulle arbetas fram av en beredningsgrupp sammansatt av Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, brukarorganisationerna, Riksförsäkringsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, länsstyrelserna och Socialstyrelsen. Utvärderingen från Socialstyrelsen visade att drygt 80 procent av landets kommuner hade personliga ombud (PO) i december 2004.

Det personliga ombudet stödjer den psykiskt funktionshindrade genom att tillsammans med klienten planera, genomföra och följa upp uppdrag som definierats av klienten. Personligt ombud kan sökas av den psykiskt funktionshindrade själv eller av en annan person i samråd med den psykiskt funktionshindrade. Kommunen är huvudman för verksamheter med personligt ombud och länsstyrelsen är tillsynsansvarig. Socialstyrelsen föreslog en särskild lagstiftning för att tillse att personer med psykiska funktionshinder även fortsättningsvis får denna insats. En särlagstiftning för denna verksamhet ansågs göra det möjligt att bevara och förtydliga verksamhetens särprägel och det starka klientperspektivet. Socialstyrelsen bedömde att en sådan lagstiftning skulle behöva innehålla en bestämmelse om huvudmannaskap samt ett åläggande till kommunerna att tillhandahålla insatsen. Vidare föreslogs en reglering av ombudets uppdrag samt regleringar kring anmälningsplikt, dokumentation och sekretess (Socialstyrelsen 2005b).

I slutbetänkandet *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) från den statliga utredningen *Nationell psykiatrisamordning*, bedömdes att verksamheterna med personligt ombud även fortsatt bör finansieras med statliga medel samt att deras fristående ställning gentemot vårdgivare och myndigheter bör bevaras. Det framfördes att den fristående karaktären i verksamheten medför andra kvaliteter än samhällets ordinarie utbud. Vidare framhölls det i slutbetänkandet att man såg fördelar med Socialstyrelsens förslag till lagstiftning, främst genom att det ansågs bidra till en ökad

legitimitet för insatsen och klargöra dess rättsliga förutsättningar. Dessutom ansågs det att det skulle garantera ombudens fristående ställning. Emellertid betonade man även att lagstiftning inte får ersätta statsbidraget för verksamheten, då man ansåg att ett uteblivet statsbidrag skulle hota att urholka verksamheten i tider av dålig ekonomi för en kommun. Den sammantagna bedömningen från Nationell psykiatrisamordning var att frågorna om lagstiftning och huvudmannaskap för personligt ombud är komplexa och att de därför bör avvaktas men att det var angeläget att lösa finansieringsfrågan.

Mycket talar för att de erfarenheter man har med stödfunktioner såsom det personliga ombudet inom den psykiatriska vården skulle kunna överföras till den somatiska vården.

5.4 Patientnämndernas ställning i övriga frågor

Såsom beskrivits i kapitel 3 ska det enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. finnas en patientnämnd 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, att främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal, att hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet samt att rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Genom Patientnämndernas uppdrag har således de möjlighet att aktivt stödja patienter i olika vårdprocesser. Det kan exempelvis handla om situationer där det inte finns något tillräckligt stöd i form av lotsfunktion eller samordningsfunktion och där patientnämnderna då kan betraktas som synnerligen lämpade att vägleda patienter. Dessa situationer kan exempelvis uppstå då patienter inte erbjudits vård inom vårdgarantins tidsgränser, då samordning mellan huvudmän brister eller då patienter på annat sätt behöver ytterligare aktivt stöd. Värdet av en särskild lagreglering av sådana åligganden för patientnämnderna kan emellertid diskuteras eftersom det kan hävdas att de redan i dag har denna stödjande funktion.

5.5 Reglering och verksamhetsutveckling

Hälso- och sjukvårdens verksamhetsutveckling har som mål att förbättra vården för den enskilda patienten. Förbättringsområdena omsluter såväl medicinska resultat och kvalitet som de processer som krävs för att uppnå god vård. Vad som ska känneteckna god vård framgår av

- hälso- och sjukvårdslagen (2 a §),
- Socialstyrelsens handbok God vård till föreskrifterna om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12), och
- den strategi för God vård som antagits av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting och som också beskrivs i Dagmaröverenskommelserna 2007 och 2008.

En god vård ska kännetecknas av att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik, effektiv och att den ges i rimlig tid. I Socialstyrelsens pågående regeringsuppdrag att utarbeta nationella indikatorer för God vård kommer bland annat innebörden av de sex kvalitetsområdena att förtydligas, myndigheten ska också ta fram generella indikatorer för olika uppföljningsområden samt sjukdomsspecifika indikatorer kopplade till nationella riktlinjer för vård och omsorg. I regeringsuppdraget lyfts psykiatri och primärvård fram som särskilt prioriterade när det gäller att utveckla indikatorer.

De nationella indikatorerna ska användas för:

- uppföljningar av vårdens processer, resultat och kostnader över tid; lokalt, regionalt och nationellt.
- jämförelser av vårdens processer, resultat och kostnader över tid; lokalt, regionalt, nationellt och internationellt.

Dessa uppföljningar och jämförelser ska i sin tur vara underlag för att initiera förbättringar av vårdens kvalitet samt öka tillgängligheten till information (öppna redovisningar) om vårdens processer, resultat och kostnader för olika intressenter (medborgare, patienter/närstående, riksdag, regering, huvudmän, enskilda verksamheter m.fl.)

Socialstyrelsens första version av nationellt ”indikatorset” för God vård kommer att publiceras i en rapport under första halvåret

2009 och ger därmed möjlighet att i nationella uppföljningar ytterligare identifiera kvalitetsbrister och ge underlag till förbättringsarbete och eventuella behov av reglering. Rapporten kommer också att innehålla förslag på områden där utveckling av uppföljningsbara indikatorer är önskvärda. Ett sådant område är patientfokuserad vård, där indikatorer föreslås för uppföljning av individuellt bemötande samt patientens delaktighet i den egna vården.

Ett omfattande utvecklingsarbete pågår också i hälso- och sjukvårdens verksamheter och genom landstingsövergripande initiativ med syfte att åstadkomma en vård som har patienten i fokus. Inte minst den av landstingen gemensamt beslutade nationella patientenkäten kommer att ge ett viktigt underlag till förbättringsarbetet.

Referenser

- Gurner, Ulla, och Mats Thorslund. 2003. *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Regeringens proposition (1990/91:14) *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m. m.*
- Regeringens proposition (1993/94:218) *Psykiskt stördas villkor*.
- Regeringens proposition (1997/98:189) *Patientens ställning*.
- Regeringens proposition (2002/03:20) *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*.
- Schizofreniförbundet. 2007. Ansökan om second opinion. *Phrenicus* (4).
- Socialstyrelsen. 1996. Patientansvarig läkare, PAL. Rapport från granskningen i oktober 1995. Örebro.
- . 2001. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Stockholm.
- . 2002. Läkemedel i användning – förändringar och tendenser. Läkemedelsanvändning hos äldre över 80 år. Stockholm.
- . 2003a. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2003. Stockholm.
- . 2003b. Patienters rätt till information, delaktighet och medinflytande. Läget efter lagändringarna 1 januari 1999. Stockholm.

- . 2005a. Hälsa- och sjukvårdsrapport, 2005. Stockholm.
- . 2005b. Personligt ombud 2000–2004. Stockholm.
- . 2007. Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer. Beslutsstöd för prioriteringar.
- . 2008. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Beslutsstöd för prioriteringar.
- Socialutskottets betänkande (1998/99:SOU3) *Stärkt patientinflytande m.m.*
- SOU 1979:78 *Mål och medel för sjukvården.*
- . 1997:154 *Patienten har rätt.*
- . 2000:114 *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.*
- . 2004:68 *Sammanhållen hemvård.*
- . 2006:100 *Ambition och ansvar.*
- . 2008:37 *Vårdval i Sverige.*
- Äldrelegationen. Ds. 1989:27. *Äldrelegationens rapport "Ansvaret för äldreomsorgen".*

6 Olika modeller för en förstärkt vårdgaranti och ökade valmöjligheter

I det här kapitlet beskrivs tre olika sätt att nationellt reglera vårdgarantin och det fria vårdvalet. Utgångspunkten för beskrivningarna är de i direktiven angivna riktlinjerna att stärka patientens rätt att få vård i tid. Resonemanget fullföljs i kapitel sju, där utredningen konkretiserar diskussionen till ett sammanhållet förslag. Avsikten med diskussionen i detta kapitel är att visa att olika val av innehåll och form leder till vitt skilda konsekvenser vad avser hur verksamheten måste organiseras och vilken reglering som krävs.

Utredningens val att här beskriva och diskutera tre modeller ska inte tolkas som att det saknas andra sätt att organisera en stärkt ställning för patienten. Alla de olika former som kan konstrueras måste emellertid analyseras mot bakgrund av den arbetsfördelning mellan kommuner¹ och staten som finns angiven i regeringsformen (1974:152), övrig lagstiftning, som den i kommunallagen (1991:900), samt på vilket sätt tänkta arrangemang överensstämmer med olika EU-direktiv, särskilt de delar som har med offentlig upphandling och statsstöd att göra.

6.1 Vårdgaranti och vårdval: Viktiga bakomliggande aspekter

Rekommendationen om valmöjligheter och den nationella vårdgarantin har valmöjligheter respektive tillgänglighet som huvudsyfte. Såsom beskrivs i kapitel 4 finns ett antal brister när det gäller

¹ Med kommuner avses i regeringsformen (1974:152) såväl primärkommuner som landstingskommuner.

befolkningens möjligheter att få vård i tid respektive utöva inflytande över valet av vårdgivare från och med ”dag ett”. Dagens brister i hur sjukvården lever upp till utlovad tillgänglighet är allvarlig för de patienter som berörs. Ett bestående gap mellan utfästelse och realitet riskerar därutöver att underminera allmänhetens förtroende för den offentligt finansierade sjukvården.

Tilläggsdirektiven (Dir. 2008:72, se bilaga 2) nämner att möjligheten att med bibehållen offentlig finansiering vända sig till valfri vårdgivare, med eller utan avtal med landstinget, om landstinget inte klarar att hålla tidsgränserna för besök hos specialist eller för beslutad behandling ska undersökas. Utredningen har tidigare diskuterat hur organisering genom vårdval kan ses som ett av flera möjliga verktyg för att stärka patientens ställning. I detta kapitel förs diskussionen vidare till hur vårdval också kan användas för att öka patienters möjligheter att tillgodogöra sig vårdgarantin.

Utredningen har vidare utgått från hypotesen att om patienten garanteras en stark ställning när det gäller valmöjligheter och får rätt att få vård i tid, minskar behovet av att införa juridisk överprövning eller juridiska sanktioner i övrigt. Det hindrar inte huvudmännen från att själva införa sanktionsliknande styrinstrument. Sådant kan regleras genom avtal med vårdgivare och landsting eller möjligen anges i former som kompenserar patienter ekonomiskt vid försenade vårdinsatser. Att nationellt lagstifta om sanktionsformer innehåller emellertid betydande komplexitet i förhållande till den ansvarsfördelning som gäller för hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. Det gör att utredningen avstår från förslag i denna del.

En effektiv vårdgaranti och reella valmöjligheter förutsätter att patienter får relevant information och övrigt stöd i mån av behov. Särskilda överväganden krävs också för personer med nedsatt autonomi. Utan erforderligt stöd riskerar en möjlighet till vårdval i realiteten att upplevas som en ansvarsförskjutning från hemlandstinget och vårdgivare till patienten själv. Något som om man lämnas utan stöd kan uppfattas som en försvagning av patientens ställning.

6.2 Innehåll och form samt konsekvenser för hälso- och sjukvårdens organisering m.m.

Ett vårdval kopplat till vårdgarantin kan utformas på ett antal olika sätt och med olika utformning av den statliga styrningen. Formen för den statliga styrningen avgör samtidigt de möjligheter som lokalt kommer att finnas för hälso- och sjukvårdens organisering. Fortsatt reglering genom överenskommelser, liknande dem som finns i dag, lämnar landstingen stort utrymme att själva utforma verksamheten. Omvänt bidrar en detaljerad lagstiftning till gemensamma villkor över hela landet och färre möjligheter till variationer i organiseringen. En fråga att beakta vid utformningen är om vårdgarantin, till skillnad mot i dag, också ska reglera vilken vård som ska ges. Med innehåll avses i vilka situationer som vård ska ges och i sådana fall vilken vård som ska ges. Landstingens utrymme för att arbeta med regionala olikheter i garantins innehåll minskar förstås i motsvarande grad som en nationell beskrivning ökar likheten över landet. För den enskilde medborgaren och patienten är det en fördel att veta att villkoren är lika oberoende av bostadsort. Ur systemperspektivet kan kommuner och landsting hävda att en reglering på nationell nivå är en inskränkning i den kommunala självstyrelsen och en förändring av ansvarsförhållandena mellan staten och de lokala samt regionala samhällsorganen.

Dagens vårdgaranti anger enbart inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas den vård som behörig vårdpersonal beslutat att hon eller han ska få. Ett kännetecken i dagens vårdgaranti är vidare att det vårdutbud som patientens hemlandsting erbjuder sina invånare sätter en yttre ram för vad garantin omfattar. Beslutet om en remiss eller vårdinsats styr i det här sammanhanget hemlandstingets skyldighet att se till att den enskilde får vård hos annan namngiven vårdgivare.

Ett sätt att öka valmöjligheterna för den enskilde kan vara att ställa krav på landsting att anordna särskilda vårdvalsystem, för att leva upp till vårdgarantins väntetider för beslutade specialläkarbesök och behandlingar. Två av de modeller som beskrivs nedan, modell B och C, bygger på detta. I det ena fallet genom att landstingen åläggs tillämpa lagen (2008:962) om valfrihetssystem, i det andra genom en av staten anordnad vårdvalorganisation som liknar en "friskolemodell". Modell A, innebär att initiativet till att ge information om bland annat valmöjligheterna och ombesörja att patienten kan få vård hos annan vårdgivare, om landstinget inte kan

efterleva vårdgarantins väntetider för beslutade besök i specialiserad vård respektive behandling, blir en uppgift för respektive landsting att organisera.

Det bör noteras att patientens möjligheter att välja vårdgivare enligt landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter (A 00:56, se kapitel 3.3) inte gäller bland annat regionsjukvård och rikssjukvård. Däremot omfattas landstingets planerade vård av den nationella vårdgarantin och då även region- och högspecialiserad sjukvård via avtal med andra vårdgivare. Det finns i dagens situation inga särskilda skäl varför det som anges som regionsjukvård och rikssjukvård inte ska ingå i patientens möjligheter till vårdval. Hur den högspecialiserade vården ska organiseras bestäms ytterst av andra kriterier än de patientströmmar som ett vårdval skulle generera.

Oavsett utredningens kommande förslag finns redan i dag och parallellt möjligheten för patienter att söka vård direkt i annat EU/EES-land enligt EG-domstolens rättspraxis eller EU-förordning 1408/71. Det offentliga sjukvårdsåtagandet får direkt genomslag när det gäller svenskars valmöjligheter vid vård inom EU/EES-området, se kapitel 3.4 (se även Edwardsson 2007; Försäkringskassan 2007). Om innehållet i vårdgarantin formuleras på landstings- eller nationell nivå har således flera implikationer.

Vilken eller vilka parter som definierar vårdgarantins tidsramar och former är viktiga dimensioner. Styrning från statens sida kan ske genom beslut i riksdagen, lagreglering och därefter precisering i föreskrifter av regeringen eller den myndighet som regeringen utser. Alternativt att landstingen själva beslutar eller med staten överenskommer om de tider och närmare åtagande gentemot medborgarna som ska gälla. Om staten ensidigt lägger fast tidsfrister för tillgången till vård, kan diskussioner om ersättning enligt den så kallade finansieringsprincipen aktualiseras.

Med form avses sådant som hur information ska göras tillgänglig och av vem. Förekomsten av ett vårdgarantikansli eller liknande dit patienter kan vända sig är exempelvis delar av formdimensionen. I ökande utsträckning inrättar landstingen särskilda funktioner för vårdgaranti- och tillgänglighetsfrågor vilket också tillhör formfrågorna, liksom hur olikheter i hanteringen och skillnader i medicinsk praxis gör att förutsättningarna för att utöva fritt vårdval och få vård inom vårdgarantins tidsgränser varierar mellan landstingen. I det fortsatta arbetet finns diskussioner som berör såväl innehåll som form.

En viktig fråga rör hur vårdval, utöver det i primärvården, påverkar landstingens lagstadgade planeringsansvar för hälso- och sjukvård och möjligheter till kostnadskontroll. I den mån hemlandstinget har en tillgänglighet inom den utlovade garantin, skulle ett vårdval enbart knutet till hemlandstingets brister i vårdgarantin inte innebära några konsekvenser för landstingets möjlighet till planering och kostnadskontroll.

Dessvärre är den faktiska tillgängligheten ofta sämre än den utlovade (se kapitel 4). Det innebär att de förstärkningar i vårdgarantin och informationskrav som diskuteras kan ha effekter på landstingens möjlighet till planering och kostnadskontroll. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att en ökad tillgänglighet inte per automatik behöver leda till ökade kostnader för verksamheten. Det finns dessutom skäl att anta att en ökad genomströmning och kortare kötider faktiskt bidrar till en högre kostnadseffektivitet.

Ett svåranalyserat område rör hur upphandlingslagstiftningen och annan gemenskapsrättslig lagstiftning påverkar den diskussion som förs i det här kapitlet. Om hemlandstinget blir skyldigt att betala vårdkostnader, kopplat till patientens helt fria val av vårdgivare (det vill säga utanför landstingets utbud av förvaltnings- och entreprenadbedriven verksamhet), får valet antas resultera i att offentliga tjänstekontrakt ofta uppstår. Då gäller lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) eller motsvarande från gemenskapsrätten härledda krav på likabehandling, icke-diskriminering och öppenhet i samband med tjänstekoncession. Det är knappast möjligt att i lag institutionalisera ett helt fritt vårdval, knutet till en vårdgaranti, genom en schablonmässig hänvisning till ”synnerliga skäl” för direktupphandling. Se även tidigare resonemang i kapitel 4 om upphandlingslagstiftningen sett utifrån ett fritt vårdval inom Sverige.

Att landsting inte får gynna en eller flera enskilda eller enskilda företag är en del i det kommunalrättsliga regelverket, primärt 2 kap. kommunallagen (1991:900). Om så sker kan ett beslut som landstinget fattat komma att undanröjas, efter så kallat laglighetsbesvär enligt 10 kap. kommunallagen. Härutöver måste EU:s statsstödsregler beaktas (artiklarna 87 och 88 i fördraget). Reglerna gäller inte bara staten utan också när till exempel landsting köper utförande av allmännyttiga tjänster från privata leverantörer. EU-regelverket bygger på en princip om att konkurrensbegränsande statsstöd inte är tillåtet. Sådant ogiltigt stöd kan återkrävas från mottagaren. Visst statsstöd är tillåtet men medlemsländerna måste

anmäla alla nya stöd och få dem godkända av kommissionen innan utbetalning får göras. Kommuner och landsting är enligt svensk lag skyldiga att lämna upplysningar till regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer om alla former av stöd som planeras och som kan bli föremål för prövning av kommissionen.²

Utredningen bedömer det vara mindre sannolikt att en konflikt med EU:s statsstödsbestämmelser per automatik skulle uppstå, vad gäller de alternativa konstruktioner av vårdgarantier och vårdval som beskrivs nedan.

6.3 Alternativa konstruktioner av vårdgarantier och ökade valmöjligheter

Vid diskussioner inom utredningen har ett antal modeller för reglering av en vårdgaranti övervägts. Flera av dessa har byggt vidare på dagens nationella vårdgaranti, genom att koppla förstärkta valförmåner till väntetiderna för beslutade specialistläkarbesök respektive behandling (första och andra "90:an" i dagens vårdgaranti, men innehållet i garantin kan självklart förändras till andra gränser). I det följande beskrivs tre av modellerna närmare.

Modell A: Statlig reglering och regionalt ansvar

Huvuddrag: Varje landsting åläggs enligt en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att besluta om en vårdgaranti. Den ska innehålla: 1) tillgänglighetsgaranti för allmänhetens kontakter med primärvården, 2) besöksgaranti för patientens planerade besök hos primärvårdsläkare, 3) besöksgaranti till den specialiserade vården samt 4) en behandlingsgaranti, som gäller landstingets planerade vård. Patienten ska utan extra kostnader kunna få vård hos en annan vårdgivare, om det vid tiden för remissen till specialistläkaren resp. beslutet om planerad vård – eller därefter – är troligt att vårdgarantins längsta godtagbara väntetider kommer att överträdas.

² 6 § lag (1994:1845) om tillämpningen av Europeiska gemenskapernas konkurrens- och statsstödsregler. EG-domstolen har i den så kallade Altmarkdomen C-280/00 slagit fast under vilka förutsättningar ersättning för en allmännyttig tjänst inte utgör statligt stöd i den mening som avses i artikel 87.1 i EG-fördraget.

Riksdagen delegerar enligt den nya bestämmelsen i HSL viss normgivningsmakt till regeringen eller den myndighet regeringen utser. I författning av lägre valör än lag kan innehållet i vårdgarantin preciseras såsom längsta tillåtna väntetider, särbestämmelser inom barn och ungdomspsykiatri m.m., inrapportering av aktuell väntetidsdata m.m. Ett krav förs in i HSL att patienten ska ges individuellt anpassad information om rådande väntetider, valmöjligheter när det gäller offentligt finansierad vård och innehållet i den vårdgaranti som landstinget tillämpar. Någon särskild bestämmelse härutöver om information till allmänheten tas inte in i HSL.

Endast indirekt lagreglering sker av de åtaganden som samtliga landsting sedan 2003 iklätt sig enligt landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter (A 00:56). Frånsett den informationsplikt om valmöjligheter som beskrivits ovan, sker det genom slopande av nuvarande 3 a § andra stycket HSL. Av bestämmelsen framgår att patienten inte har 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. Utvärderingar får avgöra om vidare lagreglering behövs.

Patientperspektivet: En patient kommer att inom vårdgarantins väntetider få vård av sitt hemlandsting eller hos annan vårdgivare.

Varje landsting måste besluta om en vårdgaranti som innehåller de grundkomponenter som finns i den föreslagna nya regeln i HSL och som närmare anges i den förordning som regeringen fastställer. För att patienten ska kunna tillvarata sin rätt måste han eller hon vara välinformerad. Informationskrav förs därför in om väntetidsläget, valmöjligheterna och innehållet i den regionala vårdgarantin. Att information lämnas blir en del av yrkesutövarsansvaret. Den information som lämnats och de beslut som fattas ska antecknas i patientjournalen. Ytterst är det verksamhetschefen vid enheten som svarar för att det finns rutiner som säkerställer att patienten faktiskt får del av information av sådan kvalitet och omfattning som föreskrivs.

En utgångspunkt är att all landstingets planerade vård ingår i behandlingsgarantin, således även högspecialiserad vård. Liksom i den vårdgaranti som gäller sedan 2005, sätter vårdutbudet i

patientens hemlandsting gränsen för garantins innehåll, även om det är utredningens uppfattning att landstingen själva bör tillse att vårdutbudet endast undantagsvis skiljer sig åt mellan huvudmännen och att skälen till sådana skillnader i så fall tydligt anges. Patientens valmöjligheter och önskemål om vårdgivare ska tillmätas stor betydelse. Beroende på omständigheterna i det enskilda fallet och hur landstinget utformar åtagandet gentemot medborgarna, kan patienten ges rätt att själv välja en vårdgivare. Andra vägar kan vara att landstinget anordnar särskilda vårdvals-system till exempel för olika läkarspecialiteter. Reskostnader m.m. ersätts på ett schabloniserat sätt av hemlandstinget.

Utredningen förordar att det övergripande innehållet i vårdgarantin bestäms till en del av staten och till en annan del genom överenskommelser mellan staten och landstingen. Närmare regler utöver vad som anges i förordning fastställs av respektive landsting. Exempel på sådant som kan ingå i överenskommelsen är organisering av öppen redovisning av väntetidsdata, hur informationen till medborgarna ska ges kring val av vårdgivare, ramar för sanktionsförfarande, samverkan kring nationella presentationsformer m.m. Utredningen förordar att regeringen dessutom använder olika former av incitamentsstrukturer i den statliga bidragsgivningen för att stimulera landsting att förverkliga mål inom vårdgarantin. Regeringen befogenhet att utfärda föreskrifter kan ses som ett parallellt styrmedel.

Direkt författningsreglering sker inte av landstingsförbundets/SKL:s rekommendation om valmöjligheter från "dag ett" (A 00:56). När det gäller möjligheterna att från dag ett till exempel söka öppenvård i andra landsting, möjlighet att välja sjukhus etc., kan incitament ges i en sådan överenskommelse mellan landstinget och staten som beskrivits. Beträffande patientens valmöjligheter från och med dag ett får uppföljning och utvärdering avgöra om en vidare lagreglering krävs.

Modell B: Obligatoriska vårdvals-system

Huvuddrag: Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska varje landsting följa en vårdgaranti, vars former och innehåll staten definierar. Grundkomponenterna är desamma som enligt modell A. Patienten ska ges vidgade valmöjligheter när väntetiden, räknat från beslut om remiss eller behandling, överstiger

vårdgarantins maximitider. Landstingen blir skyldiga att inrätta särskilda vårdvals-system för ändamålet och ska då tillämpa lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller i förekommande fall lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU. Pengarna följer valet av vårdgivare.

Kravet i modell A på individuellt anpassad information om rådande väntetider, valmöjligheter när det gäller offentligt finansierad vård och innehållet i den vårdgaranti som landstinget tillämpar har motsvarande relevans i detta fall. Också när det gäller de åtaganden som samtliga landsting sedan 2003 iklätt sig enligt landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter (A 00:56), gäller detsamma som enligt modell A.

Patientperspektivet: Patienten kommer att inom vårdgarantins väntetider få vård av sitt hemlandsting eller hos vissa på förhand bestämda vårdgivare, som anlitats i särskilda vårdvals-system.

Det som skiljer denna modell från den föregående är att graden av statlig styrning är större och att det blir obligatoriskt för landstinget att skapa ett utbud av utförare, vid sidan av ordinarie förvaltnings- och entreprenadbedriven verksamhet. Som huvudregel bör landstingen tillämpa lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) för att anlita dessa utförare. Den kravs-specifikation som respektive landsting tar fram ligger till grund för löpande annonsering enligt LOV. Allteftersom utförare anmäler sig, tecknas avtal med alla som uppfyller kraven. Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU, får också tillämpas. Patienten ska villkorslöst erbjudas möjlighet att välja sådana särskilt anlitade vårdgivare från och med "dag 90". Valmöjligheterna gäller de utförare som finns i systemet och utgör en yttre ram för vad patienten kan kräva.

Graden av statlig styrning kan göras mer eller mindre långtgående i modellen. Exempelvis kan regeringen eller den myndighet regeringen utser definiera ett grundåtagande eller motsvarande. Modellen kan kompletteras med att en statlig "vårdgarantinämnd" inrättas, lämpligen organiserad inom befintlig myndighet eller som självständig enhet. Nämndens syfte skulle primärt bli att definiera vilka typer av verksamheter som ska ingå i de "vårdgaranti-valsystem", som landstingen obligatoriskt måste anordna. Liksom i modell A kan särskilda avgränsningar göras, till exempel för barn och ungdomspsykiatri.

Modellen kan förenas med krav på särskilt statligt tillstånd för vårdgivare i privat regi. Ett tillstånd som också kan fungera som inträdesbiljett till landstingets vårdvals-system, förutsatt att vård-givaren ansöker hos landstinget och uppfyller de krav staten och landstinget i övrigt ställer. Proceduren vid landstingets anlitan-de av utförare innebär att egenregiverksamheten konkurrensutsätts.

De nya lagreglerna ges karaktär av minimikrav på landstingen, som alltså får skapa mer generösa vårdvals-system, till exempel kortare väntetider för specialistläkarbesök respektive planerad vård jämfört med riksnormen. Inte heller i denna modell sker författningsreglering av rekommendationen om valmöjligheter, A 00:56.

Modell C: Nationell anslutning av vårdgivare och valfrihet för patienten

Huvuddrag: Patienten ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) förstärkta valmöjligheter – en ”portfölj” av privata vårdgivare utanför landstingets vårdutbud – om hemlandstinget inte kan uppfylla vårdgarantins väntetider för specialistläkarbesök eller behandling. Staten avgör vilka vårdgivare de förstärkta valmöjligheterna gäller hos. Ett särskilt ansöknings- och godkännandeförfarande skapas. I och med statens godkännande omfattas vårdgivaren av ett offentligt bidragssystem och ställs under särskild statlig tillsyn. Ersättningen administreras av landstingen och följer patientens val. Vårdgivarna är privata huvudmän som bedriver bidragsfinansierad enskild verksamhet.

Patienten ska ges individuellt anpassad information om rådande väntetider, valmöjligheter när det gäller offentligt finansierad vård och innehållet i den vårdgaranti som gäller.

Liksom i modell A och B sker endast indirekt lagreglering av de åtaganden som samtliga landsting sedan 2003 iklätt sig enligt Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter (A 00:56). Nuvarande 3 a § andra stycket HSL upphävs.

Patientperspektivet: Patienten kommer att inom vårdgarantins väntetider få vård av sitt hemlandsting eller hos vissa på förhand bestämda vårdgivare, som staten godkännt. Hemlandstinget betalar kostnaderna.

Utöver landstingets utbud av förvaltnings- och entreprenad-bedriven verksamhet och förekommande valmöjligheter i andra landsting, ges patienten i den här modellen rätt att välja bland vissa av staten i särskild ordning godkända vårdgivare. Detta förutsatt att väntetiderna för beslutat specialistläkarbesök respektive planerad vård överstiger de maximitider staten angett. De vidgade valmöjligheterna gäller samtliga vårdgivare som staten godkänt vid ett givet tillfälle. Offentlig finansiering följer patientens val. Oavsett detta tänks valmöjligheterna från "dag ett" kvarstå enligt Landstingsförbundets rekommendation (A 00:56).

En avgörande skillnad jämfört med alternativ B är att de privata aktörer som får möjlighet att etablera sig här inte ingår i landstingets huvudmannaskap. De är privata huvudmän och är således inte entreprenörer åt patientens hemlandsting. Det huvudmannansvar landsting har enligt HSL och kommunallagen (1991:900) gäller därför inte dessa utförare. Därför betonas kraven på staten att följa upp att vårdgivaren verkligen har förmåga att leva upp till långsiktighet, kvalitet, kontinuitet m.m.

Närmare förutsättningar och krav på vårdgivare avgörs alltså av staten, som inrättar ett godkännande- och tillsynsförfarande för ändamålet. Liksom i modell B kan det vara lämpligt att ett särskilt statligt organ inrättas, exempelvis i formen av en nämnd. Dess syfte skulle bland annat vara att fastställa vilka specialiteter/verksamheter som kan etablera sig med offentlig ersättning, pröva ansökningar m.m. Eftersom landstingen har kvar befolkningsansvaret sätts en nedre gräns för vårdutbudet inom landstingets huvudmannaskap. Precis som i friskolesammanhang påverkar det etableringen av privata vårdgivare. Väl godkänd berättigas vårdgivaren till bidrag från patientens hemlandsting och ställs även under särskild statlig tillsyn. I likhet med vad som gäller i friskolesammanhang gäller som huvudregel att ersättningsnivåerna beslutas på lokal nivå, av respektive landsting. (För en närmare beskrivning av friskolor och kommunala bidrag, se utredningens första delbetänkande: Vårdval i Sverige, SOU 2008:37, s. 71ff) Graden av statlig styrning när det gäller ersättningsbelopp, förekommande överprövning m.m. kan diskuteras och variera.

Referenser

Edwardsson, Eva. 2007. *Fri rörlighet för välfärd? Rättsutvecklingen gällande den fria rörligheten för sjukvårdstjänster*. Stockholm: SIEPS.

Försäkringskassan. 2007. Svar på regeringsuppdrag Gränsöverskridande vård inom EU/EES – Planerad och nödvändig vård perioden 1 februari 2005 till och med 31 januari 2007. Stockholm.

Landstingsförbundets styrelse. A 00:56. *Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården*.

SOU 2008:37 *Vårdval i Sverige*.

7 Förslag för att stärka patientens ställning

7.1 Introduktion till utredningens förslag

I detta betänkande lämnar utredningen några förslag för att stärka patientens ställning. Ett är en lagreglering av vårdgarantin och det fria vårdvalet (avsnitt 7.2). De andra förslagen handlar dels om rätt till en stärkt fast vårdkontakt som vid behov ska kunna fungera som stöd till patienten, i direktiven till utredningen benämnd som vårdlots (kap. 7.3), dels om en utvidgad rätt till förnyad medicinsk bedömning, så kallad "second opinion" (kap. 7.4). I avsnitt 7.5 förs en diskussion kring patientperspektivet och hur det uttrycks i dagens lagstiftning och effekterna av om man skulle övergå till en lagstiftning som ger juridiskt utkrävbara rättigheter för patienten m.m. I ett avslutande avsnitt (kap. 7.6) diskuteras vilka konsekvenser utredningens förslag kan medföra i relation till det förslag om en patientlag, som Ansvarskommittén presenterade i sitt slutbetänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

Utredningen diskuterar med utgångspunkt från att patientens individuella ställning ska stärkas inom ramen för ett hälso- och sjukvårdssystem som omfattar alla. Utredningen vill understryka att det inte finns någon principiell motsättning mellan att vidta åtgärder för att stärka patientens ställning och att värna det gemensamt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet. I själva verket utgör åtgärder för att stärka patientens ställning samtidigt nödvändiga åtgärder för att försvara och utveckla den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. Det gäller inte minst frågan om att stärka patientens ställning så att en utlovad tillgänglighet till beslutade behandlingar och besök motsvaras av en faktisk tillgänglighet. Om sådana utfästelser inte infrias riskerar tilliten till den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården att urholkas.

Behovet av åtgärder är tydligt. Samtidigt finns det flera sammansatta utmaningar som behöver hanteras. En sådan utmaning är att patientens ställning kan variera mellan olika situationer och bero av flera orsaker. Vidare kan en enskild åtgärd avsedd att förstärka patientens ställning i vissa situationer få motsatt effekt. Således kan exempelvis en åtgärd som förutsätter att patienten har kompetens för eget agerande, försvaga patientens ställning i de fall sådan kompetens saknas. Utredningen har således funnit att de olika föreslagna åtgärderna är nödvändiga komplement till varandra. Nedan lämnade förslag behöver därför ses som en helhet.

En annan utmaning för utredningen har varit att relatera olika åtgärder och ta hänsyn till vårdens behov av verksamhetsutveckling. Det handlar om hur pass väl tänkta åtgärder både kan ge märkbara resultat och lämna nödvändigt utrymme för en lokal och regional verksamhetsutveckling. Avsikten med de lämnade förslagen är att bidra till en verksamhetsnära utveckling som stärker patientens ställning och samtidigt bidra till att utveckla verksamheten på ett sunt sätt. Föresatsen med utredningens förslag är med andra ord att nå en bra balans mellan olika former av central styrning och att ge stöd för en verksamhetsnära utveckling.

Nedan redovisade förslag hämtar stöd från och bistår andra processer och initiativ som tidigare berörts. Det berör inte minst arbetet med att utveckla kvalitetsindikatorer, öppna jämförelser och andra åtgärder så att patienten kan ställa krav och göra informerade val. Det rör också arbetet som strävar mot att göra prioriteringar inom hälso- och sjukvården mer öppna samt den därtill kopplade diskussionen kring att tydliggöra gränserna för det offentliga åtagandet.

Utredningen anser att en löpande uppföljning och utvärdering av föreliggande förslag och dess effekter för att stärka patientens ställning bör organiseras. Utvärderingen får avgöra om vidare lagreglering behövs, bland annat när det gäller det fria vårdvalet.

7.2 Frågan om en nationellt reglerad vårdgaranti och "fritt vårdval"

Utredningens förslag: Varje landsting ska enligt en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 3 f §, besluta om en vårdgaranti. Lagrummet pekar ut de moment som vårdgarantin obligatoriskt ska innehålla, nämligen i tid angiven:

1) Tillgänglighetsgaranti för den enskildes kontakter med primärvården.

2) Besöksgaranti för patientens planerade besök hos primärvårdsläkare.

3) Besöksgaranti till den specialiserade vården.

4) Behandlingsgaranti inom landstingets planerade vård.

Landstinget ska enligt bestämmelsens andra stycke se till att patienten utan extra kostnader kan få vård hos en annan vårdgivare om landstinget inte förmår uppfylla kraven enligt nämnda p. 3 eller 4.

Ett krav förs in i HSL om att patienten ska ges individuellt anpassad information om rådande kösituation, valmöjligheter när det gäller offentligt finansierad vård inom riket och innehållet i den vårdgaranti som landstinget tillämpar, 3 f § tredje stycket HSL. Att sådan information ges blir en del av ansvaret för yrkesutövare som är verksamma inom den hälso- och sjukvård som landstinget är huvudman för, 2 b § andra stycket HSL och 2 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Landstinget åläggs att 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 vårdgarantins innehåll, 3 f § fjärde stycket HSL.

Bestämmelsen i 3 a § andra stycket HSL som i dag inte ger patienten 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.

Ett tillägg görs också i 2 a § HSL med innebörd att i begreppet god vård ligger att hälso- och sjukvården ska tillvarata patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare.

Utredningens bedömning: Utredningen förespråkar att vårdgarantins yttre ram sätts till 120 dagar. Utredningen förordar vidare att regeringen använder sig av så kallad mjuk normgivning och olika former av incitament i den statliga bidragsgivningen för att stimulera landsting att förverkliga mål inom vårdgarantin och tillgängligheten i övrigt.

I kapitel 3 och 4 har beskrivits hur dagens nationella vårdgaranti och det fria vårdvalet landstingen emellan vuxit fram, närmast genom en växelverkan mellan stimulansbidrag från statens sida samt frivilliga åtaganden från landstingens sida. Detta till trots finns stora skillnader mellan vad som utfästs och vad som upprätthålls. När det gäller valfrihetsrekommendationen har till exempel flera undersökningar visat att dess innehåll inte är tillräckligt känt bland vårdpersonalen. Det sätter gränser för patientens möjligheter att få kännedom om och tillvarata sin rätt att välja annan vårdgivare. Dagens brister i hur sjukvården lever upp till utlovade utfästelser om valmöjligheter från ”dag ett” respektive vårdgarantins längsta godtagbara väntetider är allvarlig för de patienter som berörs. Ett bestående gap mellan utfästelse och realitet riskerar också att bädda för ett allmänt missnöje, där allmänhetens förtroende för den offentligt finansierade sjukvården undermineras.

Det förslag utredningen presenterar innebär att varje landsting i landstingsfullmäktige måste besluta om en vårdgaranti utifrån förordning och eventuella överenskommelser mellan staten och landstingen. All landstingets planerade vård förutsätts ingå i behandlingsgarantin, således även högspecialiserad vård. Liksom i den nationella vårdgaranti som gäller sedan år 2005, sätter vårdåtagandet i patientens hemlandsting gränsen för garantins innehåll. Detta för att landstingens eventuella prioriteringar inte ska kunna hävas genom ett enskilt agerande. Närmare villkor rörande hur landstinget organiserar och ger allmänheten information om vårdgarantin bör till viss del få bestämmas av respektive landsting. Liksom hittills gällt enligt 2005 års överenskommelse bör vårdgarantin uttrycka en lägsta godtagbara nivå, där de landsting som så önskar kan ge invånare mer omfattande förmåner, exempelvis genom att förkorta längsta godtagbara väntetider för behandling (se kapitel 4.2.4). Utredningen anser emellertid att sådant som att låta tiden för utredningar ingå i vårdgarantins tidsgränser bör vara en del av ett nationellt lika garantiåtagande.

En regional implementering ger större utrymme för lokal-demokratiska variationer än exempelvis den modell C, som beskrivits i kapitel 6. Utredningen kan emellertid se behov av större samordning inom och mellan landstingen. Bland annat för att kontinuerligt bedöma hur olikheter påverkar befolkningens hälsa och även vilka hälsoekonomiska effekter som kan observeras. Det arbete som inletts genom samarbete mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och som lett till publicering av öppna jämförelser är lovande. Det är dock inte tillräckligt. Utredningen ser att det, utöver det som sker genom traditionell tillsyn, finns behov av mer strukturerad oberoende granskning och utvärdering av hälso- och sjukvården men avstår från att lägga konkreta förslag kring detta eftersom inget sådant uppdrag lämnats till utredningen.

Om vårdgarantins längsta godtagbara väntetider för beslutat besök i specialiserad vård respektive behandling inte kan hållas, ska landstinget se till att patienten, utan extra kostnader, kan få vård hos en annan vårdgivare oavsett om denne är privat eller offentlig. I många fall blir det då naturligt att patienten ges vård i ett annat landsting, varvid ersättningen i efterhand regleras enligt bestämmelserna i riksavtalet för utomlänsvård. Patientens valmöjligheter och önskemål om vårdgivare ska tillmätas avgörande betydelse. För landsting finns möjligheter att anordna särskilda valfrihetssystem med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, eller lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU. Beroende på omständigheterna i det enskilda fallet och hur landstinget utformar åtagandet, kan patienten också ges rätt att välja en vårdgivare som saknar föregående avtal med hemlandstinget. Lagregleringen i HSL är emellertid inte så preciserad att den lägger fast någon för alla landsting tvingande form i nämnda avseenden.

Trots att det övergripande innehållet i vårdgarantin bestäms av staten genom lag, föreslås ingen lagreglering av exakta tidsgränser m.m. En smidigare och mer flexibel lösning är att väntetider och ett antal andra viktiga premisser kan preciseras i närmare föreskrifter av regeringen eller, för det fall att vidaredelegation bedöms vara lämplig, den myndighet regeringen utser. Härtill kan också så kallad mjuk normgivning övervägas, det vill säga annan statlig styrning än genom lagar och författningar.

Regeringen eller den myndighet regeringen utser får enligt ett särskilt bemyndigande i vårdgarantibestämmelsens fjärde stycke meddela föreskrifter om längsta godtagbara väntetider, vård-

garantins närmare innehåll och inrapportering av väntetidsdata. Regeringen kan lämna delar av regleringen kring vårdgarantin öppen för riktlinjer som baseras på en central överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, se vidare nedan. Staten bör då, om detta blir aktuellt, endast i särskilda fall författningsreglera vilka typer av vårdinsatser, besök och undersökningar som ska ingå i vårdgarantin.

Kvarvarande brister finns vad gäller landstingens inrapportering av väntetidsuppgifter till den databas som SKL administrerar, inte minst beträffande inrapporteringsfrekvens. Utredningen anser därför att landstingens skyldighet att inrapportera uppgifter om väntetider ska lagfästas. I dag sker denna rapportering till Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Som nyss nämnts ska regeringen eller den myndighet som regeringen utser få meddela föreskrifter om inrapporteringen av väntetidsuppgifter.

Visst kompletterande innehåll för vårdgarantin kan ges i överenskommelse mellan staten och SKL, som för sin giltighet förutsätter att respektive landsting beslutar att godkänna (ratificera) dess innehåll. Exempel på sådant som kan ingå i en överenskommelse är

- publik information om vårdgarantin, valmöjligheterna och öppen redovisning av väntetidsdata,
- åtaganden om förstärkta valförmåner när vårdgarantins "maximitider" uppnåtts,
- följsamhet till Landstingsförbundets/SKL rekommendation om valmöjligheter i vården (A 00:56),
- en förstärkt vårdgaranti för barn och ungdomspsykiatri.¹

Utredningen har inte haft till uppgift att närmare diskutera innehållet i vårdgarantin eller den av landstingen antagna rekommendation som finns rörande val av vårdgivare mellan landstingen (A 00:56). Det är emellertid vår uppfattning att en framtida vårdgaranti i tidsräkningen bör inkludera alla de åtgärder som är nödvändiga för att en behandling ska kunna inledas. Patienten ska inte behöva hålla några andra regler aktuella än att vårdgarantin räknas från det tillfälle då man först tar kontakt med vården. Utredningen anser också att den yttre ramen för när vårdgarantin

¹Som nämns i kapitel 4.2 träffade regeringen och SKL (S2007/5696/HS) en överenskommelse om förstärkt vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatri år 2007.

ska träda i kraft ska sättas till maximalt 120 dagar. Likaså bör en justering av tiden till besöksgaranti inom den specialiserade vården ske. Flera landsting har redan nu angett maximalt 30 dagar, vilken ansetts vara en tillräckligt lång period för att kunna innesluta de planeringsåtgärder som krävs för att en behandling kan inledas, efter det att en medicinsk bedömning om fortsatta åtgärder gjorts. Dessa förslag till innehålls- och tidsmässiga justeringar förefaller också stämma överens med den utveckling som utredningen kan se i andra länder. Utredningen anser också att landstingen ska eftersträva att erbjuda likvärdiga åtaganden inom hälso- och sjukvården. Om resurser eller kompetens i övrigt saknas i ett landsting ska det aktuella landstinget se till att det finns möjligheter för dess invånare att få del av vården på annat sätt.

Utredningen förordar att regeringen använder olika former av incitamentsstrukturer i den statliga bidragsgivningen, för att stimulera landsting att prestera enligt gjorda utfästelser inom vårdgarantin.

Ett helt fritt vårdval inom landet?

En reell möjlighet eller rätt för patienten att vända sig till en annan vårdgivare, om hemlandstinget inte klarar att hålla stipulerade tidsgränser, kan minska gapet mellan utlovad och verklig tillgänglighet. Vårdval kan då användas som ett verktyg för att stärka patientens ställning. I utredningens tilläggsdirektiv betonas bland annat patientens möjlighet att med bibehållen offentlig finansiering vända sig till valfri vårdgivare, också utan avtal med landstinget, om hemlandstinget inte klarar att hålla tidsgränserna för besök specialiserad vård eller för beslutad behandling. Utredningen anser att landstingen ska organisera verksamheten så att detta kan ske och att landstingen därför beaktar detta bland annat i samband med upphandling av vårdgivare. För sin egen del lämnar utredningen inga preciserade organisatoriska förslag på åtgärder i den här delen.

I 3 f § HSL föreslås ett bemyndigande till regeringen att utfärda kompletterande föreskrifter. Utredningen vill emellertid framhålla att styrning också kan ske på andra sätt. En verksamhet som utförs så decentraliserat som hälso- och sjukvård, styrs och organiseras bäst efter lokala förutsättningar. Det gäller för såväl hur vårdåtagandet organiseras som hur valmöjligheter vid planerad vård samordnas med andra landsting och vårdgivare. Det kan också

finnas skäl till att den organisation som krävs för att stödja patienter skapas inom respektive landsting för att förverkliga intentionerna.

Landstingen kan ges utrymme att regionalt inom respektive landstingsområde utveckla modeller som ger patienter ökade möjligheter att mer fritt välja en vårdgivare. Sådana vägar kan handla om att landstinget anordnar särskilda vårdvalssystem exempelvis till olika läkarspecialiteter. Åtagandet ska åtminstone leva upp till landstingets förpliktelser enligt rekommendationen om valmöjligheter i vården (A 00:56). Se vidare kap. 3.3 om det huvudsakliga innehållet i denna rekommendation. Utredningen anser inte att det uppstår offentliga tjänstekontrakt mellan hemlandstinget och "utomlänslandstinget" vid vårdtillfällen som görs eller vid betalningsflöden som sker mellan landstingen, se vidare kapitel 4.6 och vad som där sägs om riksavtalet för utomlänsvård. Även om en upphandlingssituation inte uppstår, finns vissa begränsningar för hur konkret en lagreglering av sådant "fritt vårdval" kan göras.

Här kan nämnas att det finns begränsningar i landstingens möjligheter att organisera vårdvalsituationer, bland annat genom att HSL inte ger stöd för att prioritera utomlänspatienter på samma sätt som inomlänspatienter, annat än vid akutvård och region-/rikssjukvård (4, 9–9 a §§ HSL). Uppstår konkurrens om resurserna i ett enskilt fall, ska landstingets åligganden således i första hand fullgöras gentemot de egna länsinvånarna (se till exempel Sahlin 2006, 163).

Vidare finns vissa av kommunallagen (1991:900) och indirekt konkurrenslagstiftningen betingade begränsningar för hur vårdtillfällen från andra landsting kan eller får vägas in vid dimensioneringen av landstingets vårdapparat, främst den så kallade lokaliseringsprincipen. Lokaliseringsprincipen innebär kortfattat att verksamheten hos landstinget ska vara knuten till dess geografiska område eller invånare. Det kan enligt denna princip finnas problem med att ett landsting bygger upp en latent överskottskapacitet för att tillgodose vårdbehov för andra landsting.

Dessa är några av de omständigheter som gör att det vid en sammantagen bedömning inte framstår som lämpligt att direkt lagreglera ett fritt vårdval mellan landstingen, knutet till en vårdgaranti.² Att föreslå en "friskolemodell" eller avhändande av

² Vantetidsläget i landet framgår bland annat av SKL:s vantetidsdatabas (www.vantetider.se). Troligtvis skulle det i flera landsting kunna bli fråga om ett förhållandevis stort antal

landstingens huvudmannaskap på annat sätt för att möjliggöra ett friare vårdval, bedömer utredningen skulle innebära ett alltför stort ingrepp i nuvarande ansvarsförhållanden. Därmed är det inte förenligt med utredningens direktiv.

Det ingår inte i utredningens uppdrag att föreslå ändringar i upphandlingslagstiftningen. I detta sammanhang vill utredningen dock uppmärksamma att 15 kap. lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU, där hälso- och sjukvårdstjänster och andra så kallade B-tjänster regleras, för närvarande ses över inom Finansdepartementet. Utredningen anser att det från ett patientperspektiv är en fördel om det nuvarande kravet på synnerliga skäl för direktupphandling mildras. Härutöver bör diskuteras om möjligheterna att begära in anbud utan föregående annonsering enligt 15 kap. 5 § LOU kan utvidgas till situationer där det objektivt sett bara finns en tänkbar leverantör. Exempelvis när patientens fria vårdval omöjliggör en föregående annonsering. Om möjligheterna vidgas att upphandla i en form som tar hänsyn till patientens fria val i ett enskilt fall, kan det öppna för en lagfäst rätt till fritt vårdval i vårdgarantisammanhang. Utredningen gör bedömningen att regeringen i förarbetena till sådana lagändringar i huvudsak kan använda det underlagsmaterial som presenterats här och att det i sig inte kräver någon ny särskild utredning.

Med det redovisade resonemanget stannar utredningen vid att inte föreslå en direkt lagreglering av de åtaganden som samtliga landsting gjort enligt Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter (A 00:56). Att patienten så långt möjligt ges reellt inflytande vid val av vårdgivare anser utredningen emellertid bör markeras som en komponent i begreppet god vård. Följaktligen föreslås en ny punkt (p. 6) i 2 a § första stycket HSL: I god vård ligger att hälso- och sjukvården ska tillvarata patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare. Vidare föreslås ett upphävande av nuvarande 3 a § andra stycket HSL, den bestämmelse som föreskriver att en patient inte har rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Innebörden blir att patienten kan välja vård utanför det egna landstinget om ett annat alternativ som patienten hellre skulle välja finns att tillgå i ett annat landsting.

patienter som, om en sådan rätt skrevs in i HSL, önskar söka vård hos vårdgivare i andra delar av landet.

Förslaget att ta bort bestämmelsen väcktes även år 2006 i departementspromemorian *Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, en översyn* (Ds 2006:4) och en anknytande lagrådsremiss den 18 januari 2007, *Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land*. I remissen framhölls att det finns flera anledningar till att det nämnda stycket borde upphävas. Gemenskapsrättens utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet nämndes som en faktor, men även att samtliga landsting i Sverige sedan 2003 är överens om ett fritt vårdval. Vilka skyldigheter landstinget och övriga vårdgivare har regleras dessutom redan av övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Regeringen konstaterade att det nu diskuterade andra stycket i 3 a § samma lag är obehövligt och bör tas bort (lagrådsremissen, s. 40f). Utredningen om patientens rätt delar uppfattningen och väcker härigenom förslaget på nytt.

Ett förstärkt informationskrav

Patientens tillgång till information är en mycket betydelsefull faktor. Han eller hon måste på ett bra sätt kunna få information om rådande väntetider, valmöjligheterna när det gäller offentligt finansierad vård inom landet och innehållet i den vårdgaranti som landstinget tillämpar. Utredningens egen undersökning, liksom andra, har visat att det finns en betydande oklarhet om gränsyterna mellan rekommendationen om valfrihet och den nationella vårdgarantin och vad de reglerar, se kap. 4.3. Detta är ett starkt motiv för att lyfta fram och förtydliga informationsskyldigheten i lagstiftningen. En informerad patient är också en förutsättning för en effektiv vård.

I dag finns en allmänt hållen bestämmelse i HSL om att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (2 b § HSL). Bestämmelsen har beskrivits i kapitel 3.2, och som framgår riktar den sig till personal hos såväl privata som offentliga vårdgivare. Vårdgarantin och förpliktelseerna kring denna riktar sig emellertid bara till landstingen och förekommande entreprenörer till dessa. En hänvisning behöver därför göras från 2 b § HSL till en särskild informationsregel beträffande vårdgarantin m.m., som då enbart gäller för vård som bedrivs inom ramen för landstingsfinansierad sjukvård (3 f § tredje stycket HSL).

Precis som den information som ska ges hos alla vårdgivare enligt 2 b § HSL, får landstingens information enligt den nya regeln inte ges slentrianmässigt. Eftersom informationen ska vara anpassad till den enskilda patientens individuella förutsättningar och behov måste den ges varierande utformning. När nuvarande informationskrav lagfästes framhölls att det kunde finnas en fara i att i lagstiftningen alltför detaljerat tala om vad informationen ska innehålla – att lagstiftningen kunde uppfattas som en sorts ”checklista” (prop. 1998/99:4 s. 24). Uppfattningen bör också påverka den reglering av informationskravet som nu är aktuell. Någon fullständig uppräknig av hur informationskravet i ett enskilt fall ska fullgöras bör alltså inte ske i lagtexten. När informationen av någon anledning inte kan lämnas till patienten gäller vad som står i 2 b § HSL, det vill säga att informationen då normalt lämnas till en närstående.

Som berörts gäller det utvidgade informationskravet för yrkesutövare verksamma inom den hälso- och sjukvård för vilken landstinget är huvudman, det vill säga också anställda hos landstingets entreprenörer. Enligt ett tillägg i 2 kap. 2 § i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska dessa ansvara för att patienten ges information om vårdgaranti m.m.

Även om det i vissa sammanhang kan vara lämpligt att ge information om de rättigheter som den enskilde kan göra gällande vid vårdsökande inom EU/EES-området, görs en formell avgränsning av informationskravet: Informationen ska gälla de valmöjligheter landstinget tillämpar, det vill säga vård som ges med offentlig finansiering inom landet. Information om valmöjligheterna vid planerad vård inom EU/EES-området ligger i dag inom statens (Försäkringskassans) ansvar. Det kan finnas anledning att aktualisera en utvidgning av landstingens informationsansvar när det blir aktuellt att implementera det förslag till EU-direktiv om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård som presenterades av kommissionen den 2 juli 2008 (patientrörlighetsdirektivet³). Detsamma gäller om en eventuell lagreglering skulle ske av ersättningen för vårdkostnader vid planerad vård inom EU/EES, se kap. 3.4.

³ COM(2008) 414 final 2008/0142 (COD), Proposal for a directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Se även kap. 3.4.

Att information lämnats ska redan enligt dagens lagstiftning antecknas i patientjournalen (patientdatalagen 3 kap. 6 §). I p. 5 av denna bestämmelse sägs att 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.” Utredningen bedömer att några ändringar inte behövs för att markera att regeln också innefattar de ställningstaganden som görs och den information som ska lämnas enligt den föreslagna vårdgarantibestämmelsen. Ytterst är det verksamhetschefen vid enheten som svarar för att personalen informeras om de krav vårdgarantin medför och att det finns ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som säkerställer att patienten faktiskt får del av information av sådan kvalitet och omfattning som behövs.

Någon särskild bestämmelse om information till allmänheten härutöver tas inte in i HSL.

7.3 Frågan om en stärkt fast vårdkontakt, PAL m.m.

Utredningens förslag: Verksamhetschefen ges enligt en ny bestämmelse, 29 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), en uttrycklig skyldighet att se till att en fast vårdkontakt utses eller att en likvärdig rutin finns för att säkerställa patientens behov av samordning, kontinuitet och patientsäkerhet. Sådan fast vårdkontakt ska även utses på begäran av patienten, om det inte är obehövligt med hänsyn till patientsäkerheten. En hänvisning till bestämmelsen införs i 2 a § andra stycket HSL. Bestämmelsen om patientansvarig läkare i 27 § HSL upphävs.

Utredningens bedömning: Landstingen bör organisera verksamheten så att patienten vid brister hos vårdgivaren bara behöver vända sig till en instans för fortsatt hjälp och stöd. Patientnämnderna kan därvid ges en aktivare roll

Enligt direktiven ska utredningen lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten ska vårda och vid behov fungera som en ”vårdlots”, framför allt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov. ”Vårdlots” är inget begrepp som finns lagreglerat, men förekommer i vårdgarantiavseende hos en del landsting (kapitel 5.3). I utredningens

uppdrag ingår också att överväga behovet av ändringar i lagstiftningen om patientansvarig läkare, ofta benämnd ”PAL”. En gemensam nämnare för dessa utredningsuppdrag är att stärka patientens trygghet och kontinuitet i vården.

En stärkt fast vårdkontakt och verksamhetschefens roll

Landstingen är skyldiga att organisera primärvården så att alla invånare som så önskar kan välja en fast läkarkontakt. Valmöjligheten får inte begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Bestämmelsen finns i 5 § HSL och syftar till att främja kontinuiteten i vården. Utredningen föreslog i betänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) att det ursprungliga kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin ska tas bort. Samma förslag finns i regeringens proposition (2008/09:74) Vårdval i primärvården, som nyligen avlämnats till riksdagen. När det gäller patientansvarig läkare finns bestämmelsen i 27 § HSL. En PAL ska finnas vid varje enhet inom hälso- och sjukvården om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, inom både offentlig och privat vård. Regeln gäller formellt även inom landstingets öppna vård, men där anses systemet med den fasta läkarkontakten fylla motsvarande funktion. Utformningen av bestämmelsen antyder att en PAL inte behöver utses i enklare vårdssituationer.

Primärvårdens roll som första linjens sjukvård har uppmärksamats och stärkts i flera omgångar. En nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården togs fram av regeringen år 2000 och kombinerades med ökade statliga anslag (prop. 1999/2000:149). Värnandet om modellen med fast primärvårdsläkare och tryggande av läkarförsörjningen var viktiga delar i satsningarna. Vid Socialstyrelsens uppföljning av handlingsplanen konstaterades att det finns en förskjutning från betydelsen av fast läkarkontakt i primärvården till ökad kontakt med andra personalkategorier, företrädesvis sjuksköterskor. Vad gäller samverkan efterlyser många patienter ett samlat patientansvar för att risken att ”falla mellan stolarna” ska minska. Detta gäller framför allt kommunikationen mellan landsting och kommun respektive mellan psykiatri och primärvård, men också mellan till exempel avdelningar inom ett och samma sjukhus. Ett bristande sammanhållet ansvar för patienter med flera diagnoser (så kallade multi-sjuka) nämns också ofta i rapporterna (Socialstyrelsen 2005, 68ff;

Socialstyrelsen 2003; Socialstyrelsen 2004), ett tema som också återspeglas i direktiven för denna utredning när det gäller en stärkt fast vårdkontakt.

När Socialstyrelsen 1999 på regeringens uppdrag såg över PAL-verksamheten (se kapitel 5) föreslogs bland annat ett upphävande av PAL-bestämmelsen i HSL (Socialstyrelsen 2000). Socialstyrelsen menade att verksamhetschefens ansvar för kontinuitet, patientsäkerhet och samordning i stället borde förtydligas. I rapporten framhölls bland annat att det inte förefaller möjligt att närmare ange på vilket sätt och i så fall vilka yrkesgrupper som ska kunna svara för olika uppgifter av betydelse för kontinuitet, samordning och patientsäkerhet. En slutsats som kan dras av rapporten är att frågan hör samman med säkerställandet av vårdkvaliteten och patientsäkerheten inom en vårdenhet eller klinik.

Enligt 31 § HSL ska inom hälso- och sjukvården kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Ansvar för att kvaliteten i sjukvården är god faller i första hand på vårdgivarna (landstingen, kommunerna, staten eller enskilda vårdgivare). Närmast ansvarig för kvaliteten vid en sjukvårdsenhet är chefen för enheten, det vill säga verksamhetschefen enligt 29 § HSL.

Vem som bör ha ansvar för olika typer av samordning, bör enligt utredningen falla inom ramen för en verksamhetschefs ansvar att bestämma över. Att i lag peka ut en viss funktion, ett "team" eller en yrkesgrupp som fast vårdkontakt är inte lämpligt. Utredningen anser således att en tydlig regel ska införas, 29 a § HSL, som ålägger verksamhetschefen ett särskilt ansvar att se till att en fast vårdkontakt eller en likvärdig rutin finns för patienter i behov av samordning, kontinuitet och patientsäkerhet. Också patienter utan ett påtagligt behov av samordning och kontinuitet måste kunna få en fast vårdkontakt om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten. Slopandet av PAL-bestämmelsen skulle annars kunna uppfattas som en sänkt ambitionsnivå för de patienter som i dag har rätt att få en patientansvarig läkare utsedd. Patientens önskemål om en viss yrkesutövare som fast vårdkontakt ska tillgodoses om inte särskilda skäl talar emot det. Sådana skäl kan vara till exempel att det förekommit hot, att kösituationen inte medger det aktuella valet eller att verksamhetschefen gett ett "team" ansvaret för aktuella uppgifter.

Med ett tydligt ansvar för verksamhetschefen behövs ingen särskild PAL-bestämmelse. Utredningen finner att det inte heller är

nödvändigt att införa några motsvarande regler om patientansvar för andra yrkesgrupper. Den bästa ordningen är otvivelaktigt att verksamhetschefen avgör hur kontinuitet, samordning och patient-säkerhet vid hans eller hennes enhet ska tillgodoses. Som Socialstyrelsen framhåller kan det i förekommande fall ske genom att utse någon eller några yrkesutövare – som då inte nödvändigtvis behöver vara läkare – med ansvar för dessa uppgifter eller att ge ett team till uppgift att tillgodose behovet av samordning och kontinuitet.

Utredningen anser att det alltid ska vara vårdgivarens uppgift och ansvar att garantera patienten det stöd som man tillsammans bedömer kommer att krävas för att en vårdprocess ska kunna genomföras med beaktande av medicinsk kvalitet och patient-säkerhet. Ansvar är långtgående i den meningen att man även måste observera de konsekvenser på verksamhetsutveckling som kan aktualiseras för att 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. Det handlar om att skapa rutiner för att stödja patienten kontinuerligt.

I den bestämmelse som anger innehållet i begreppet ”god och säker vård” (2 a § HSL) föreslås ett tillägg i andra stycket, för att markera behovet att kunna ge ett samordnande stöd till patienten i form av en fast vårdkontakt eller att en likvärdig rutin finns för patienter i behov av samordning, kontinuitet eller för dem som av andra skäl vill kunna välja behandlare. Detta kan vara aktuellt särskilt då flera vårdnivåer, vårdgivare, många professioner eller flera huvudmän är involverade. Markeringen består i att en hänvisning görs till den nyss nämnda 29 a § HSL, som ger verksamhetschefen vissa skyldigheter i det här avseendet. Härutöver kan det vara lämpligt att regeringen förtydligar verksamhetschefens åligganden enligt förordningen (1996:933) om verksamhetschef.

Utredningen anser att det är huvudmännens och vårdgivarnas ansvar att arrangera ett sådant stöd och sådan information som patienten kan behöva. Brister vårdgivarna i denna sin uppgift är det huvudmännens ansvar att ha organiserat ett lättåtkomligt stöd för de patienter som inte fått den hjälp av vårdgivaren som patienten ansett är befogad. Patienter kan också vända sig till de patient-nämnder som finns och vars uppgifter regleras i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Landstingen kan genom att fastställa reglemente och anknytande arbetsordning ange den ambitionsnivå som man vill att patientnämnden ska arbeta med.

Utredningen gör ingen egen sammanfattande bedömning av hur landstingen fullföljt syftet som lagstiftaren haft med patientnämnderna, men har i arbetet kunnat konstatera att ambitionsnivåerna skiljer sig åt, vilket i sig inte ökar tydligheten för patienterna.

7.4 Frågan om rätten till en förnyad medicinsk bedömning

Utredningens förslag: Landstingets skyldighet att i vissa fall medverka till att patienten får en förnyad medicinsk bedömning (så kallad "second opinion") ska utvidgas. Det sker genom att nuvarande begränsning i 3 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avseende att rätten enbart gäller när vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning tas bort. För att yrkesutövarnas åligganden vad gäller förnyad medicinsk bedömning ska överensstämma med förslaget till det nya andra stycket i 3 a § HSL, ändras 2 kap. 2 a § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Patienten har, som redovisats i kapitel 3.2, under vissa förutsättningar rätt till en förnyad medicinsk bedömning inom eller utom det egna landstinget (så kallad "second opinion"). För att en sådan rätt ska komma ifråga måste patienten enligt nuvarande lagstiftning ha en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Vidare ska det röra fall där vetenskap och beprövad erfarenhet inte kan ge entydig vägledning samt att det medicinska ställningstagandet kan medföra särskilda risker för patienten eller ha stor betydelse för den framtida livskvaliteten. I sådana situationer ska hälso- och sjukvården medverka till att patienten får tillgång till en förnyad bedömning var som helst i landet. Vid de uppföljningar som gjorts av Socialstyrelsen har framkommit att denna skyldighet för landstingen är delvis okänd och att det råder oklarhet kring bestämmelsens innebörd och hur den ska tillämpas (se vidare kap. 5).

Det är utredningens mening att nu angivna förutsättningar för rätten till en förnyad medicinsk bedömning är onödigt begränsande. En första grund för detta ställningstagande är det faktum att för enklare sjukdomar och skador kan patienter redan i dag som regel med lätthet själva skaffa sig en andra bedömning. För dessa

situationer är bestämmelsens begränsningar inte aktuella. På samma sätt är de uppställda villkoren verkningslösa för de patienter som med egna resurser kan skaffa en andra bedömning utan att de specificerade villkoren är uppfyllda. Begränsningen blir därför verksamt först för patienter där sjukdomen eller skadan är av större betydelse men inte når upp till de nu angivna kraven. Denna skevhet är knappast önskvärd.

En andra grund för utredningens ställningstagande är att nuvarande begränsningar bidrar till den nu upplevda oklarheten i när rätten till en förnyad medicinsk bedömning föreligger (se kap. 5). De nu angivna begränsningarna kan anses vara formulerade ur ett systemperspektiv och förefaller inte ge ett tydligt stöd för den medicinska verksamheten. Utredningen vill därvidlag understryka att enskilda medicinska bedömningar av vårdens personal alltid sker i ett sammanhang där vetenskaplig kunskap, riktlinjer och beprövad erfarenhet måste tolkas mot varje specifik patient och situation (se till exempel Fernler et al. 2008). Den upplevda oklarheten kan till en del ha sin grund i att det för specifika fall är oklart om vetenskap och beprövad erfarenhet ger entydig vägledning. Kompetensen att göra en situations- och patientanpassad medicinsk bedömning på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet är en kärna i det vårdprofessionella yrkesutövandet. Även i 2 kap. 1 § LYHS föreskrivs att vårdpersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att vården så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Att begränsa rätten till en andra bedömning till fall där vetenskap och beprövad erfarenhet inte kan ge entydig vägledning stödjer inte en sådan yrkesutövning. På samma sätt försvagar denna begränsning patientens ställning.

Utredningen vill till sist även hänvisa till den forskning som visar att resultaten av medicinska insatser kan bli bättre om patienter blir mer tydligt involverade i sin behandling (se till exempel Coulter och Fitzpatrick 2000; Coulter och Ellins 2007). Vi menar att möjligheten till en andra bedömning i flera fall kan understödja ett sådant patientengagemang. Därmed kan en mer generös rätt till en förnyad medicinsk bedömning bidra till att förbättra erhållna medicinska resultat samt kostnadseffektiviteten av utförda behandlingar.

Det är otvetydigt att en vidgad rätt till förnyad medicinsk bedömning stärker patientens ställning. Det finns också tecken på att det kan förbättra vårdens resultat och kostnadseffektivitet.

Samtidigt har underhandskontakter indikerat att det finns farhågor för att en omfattande utvidgning av rätten till förnyad medicinsk bedömning kan leda till ökade kostnader. Utredningen stannar därför i detta skede vid att föreslå ett avskaffande av begränsningen av rätten till förnyad medicinsk bedömning i de fall där vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning.

Oavsett nu lagda förslag, menar utredningen att det finns all anledning att ha en ambition att ytterligare vidga kriterierna för när det finns en skyldighet att erbjuda en förnyad medicinsk bedömning. Utredningen förordar därför att ytterligare undersökningar organiseras för att utröna de möjliga positiva och negativa effekterna av en sådan vidgning.

7.5 Rättigheter, sanktioner m.m.

Utredningens bedömning: De nya och förstärkta förmåner som utredningen föreslår ges form av nya skyldigheter för landstingen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och vissa justeringar i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Att förse befolkningen med generella och inför domstol utkrävbara rättigheter på sjukvårdsområdet innefattas inte i de direktiv som getts utredningen. Behovet av sådan egentlig rättighetslagstiftning minskar eftersom patienten genom reglering av vårdgarantin och utredningens övriga förslag tillförsäkras en starkare ställning i fråga om tillgänglighet, valfrihet och kontinuitet. Inte heller mer begränsade inslag av rättighetsbaserade principer eller sanktionsavgifter kan ses som en lösning på vårdens problem med tillgänglighet, kontinuitet m.m. Olika former av incitamentsstrukturer i den statliga bidragsgivningen och normgivning kan vara lika kraftfulla instrument för statlig styrning. Efter en utvärdering av effekten av den reglering utredningen föreslagit, kan det dock finnas anledning att återkomma till frågan om att förse befolkningen med juridiskt framtvångbara rättigheter.

Som framgått av kapitel 3 uttrycks människors rätt vid hälso- och sjukvård ofta indirekt i svensk sjukvårdslagstiftning. De krav patienten kan hävda, framgår då av de skyldigheter som lagts på huvudmännen, vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Legala rättigheter för patienterna förekommer i dag bara i vissa särskilda fall, bland annat vid tvångsvård. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och andra centrala lagar på sjukvårdsområdet brukar därför betecknas som skyldighetslagar, inte rättighetslagar. Begreppet ”skyldighetslag” sätter en etikett med innebörden att den enskilde inte genom överklagande kan framtvinga en viss vårdinsats eller en viss omfattning på vården.

Principiella synpunkter på rättighetslagar

Skyldighetslagstiftning liksom frivilliga åtaganden som landstingen gjort gentemot medborgarna utöver legala krav – till exempel gällande vårdgarantin (se avsnitt 3.3) – ska respekteras. ”Hårdhetsgraden” i den statliga styrningen saknar avgörande betydelse så länge medborgarna får den prestation de har rätt till. Finns ett gap mellan utfästelse och verklighet kan det för den enskilde som missgynnas ha en viss betydelse om förmånen uttrycks som en juridiskt framtvingbar rättighet för patienten eller ett åliggande för vårdgivaren.

Människors rätt till samhällsservice och sjukvård har varit ett återkommande tema för ett antal statliga utredningar och lagar i Sverige. Ur ett systemperspektiv är rättighetslagstiftning en särskilt stark form av statlig styrning. Det finns dock ingen exakthet i begreppet rättighetslag. Allmänt kan utkrävbarheten i det enskilda fallet sägas vara en huvudkomponent. Högst upp på skalan finns då egentliga rättigheter, förmåner som försetts med mekanismer för utkrävbarhet, typiskt sett genom överklagande. Framträdande egenskaper är också tydligheten i själva lagtexten och att statlig tillsyn förekommer.

De förmåner som hamnar i gruppen egentliga rättigheter inom socialrätten har ofta tillkommit för att skydda särskilt utsatta grupper. Här kan nämnas personlig assistans enligt lagen (1993:389) om assistansersättning, LASS, vårdbidrag enligt lagen (1998:703) om handikappersättning och insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. I samma spektra ingår ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd) enligt socialtjänstlagen (2001:453) samt sjukpenning m.m. enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Den som uppfyller vissa i lagarna angivna kriterier har rätt till insatsen, ytterst genom att ”klaga sig

till” och få förmånen utdömd. Rättighetslagarna på socialförsäkringsområdet är inte homogent utformade.

I en lägre kategori än egentliga rättigheter finns vad som kan kallas pseudorättigheter. Till skillnad från de egentliga rättigheterna är dessa inte framtvingbara genom ett juridiskt förfarande. Flertalet hälso- och sjukvårdsförmåner som beskrivits i kapitel 3.1-3.3 hör hit, även sådana som landstingen åtagit sig frivilligt – till exempel vårdgarantin. Undantag finns, främst i samband med olika former av tvångsvård.

Varför präglas hälso- och sjukvårdssektorn av skyldighetslagstiftning?

Att patienten med få undantag inte har egentliga rättigheter i svensk sjukvårdslagstiftning sammanhänger i huvudsak med svårigheterna att precisera sjukvårdsförmånens innehåll och att göra den rättsligt utkrävbar. Domstolsprövning på hälso- och sjukvårdsområdet har ansetts svårt, särskilt när det gäller patientens ”ordinarie” möjligheter att få tillgång till vård. Det kräver kompetens att bedöma både rättsliga och medicinska frågor av det organ som ska överpröva besluten i fråga. Lägg till detta tidsaspekten, en avgörande faktor för att överklagandet ska ha praktiskt värde för patienten. Problemet är särskilt påtagligt vid akut vård, men torde även gälla i många andra vårdssituationer.

En rättighetslag skulle innebära en tydlig signal från lagstiftaren om uppgifter som alltid måste lösas av huvudmän och utförare. En kraftfull styrning som möjliggör att patienten verkligen får medicinskt motiverad vård, behandling eller stöd i övrigt. Juridiska rättigheter skulle också kunna ge den grundläggande principen om vård på lika villkor i hälso- och sjukvården en tydligare sanktion. Nationella variationer beroende av skiftande ekonomiska förutsättningar hos landstingen kan minska. Majoriteten av dessa argument för och emot rättighetsbaserade sjukvårdsförmåner har ingående behandlats av Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU 2000, i delbetänkandet Patienten har rätt (SOU 1997:154).

HSU övervägde att frånga dagens system med skyldighetslagstiftning till förmån för en rättighetsbaserad lagstiftning. Det ansågs emellertid svårt att utforma adekvata rättigheter eller sanktioner som är till nytta för den enskilde patienten, varför en

rättighetslagstiftning avvisades. Rättighetslagarnas roll inom välfärdssektorn har diskuterats av flera andra statliga utredningar.

Tanken på ett ökat inslag av rättighetsbaserade välfärdsförmåner aktualiserades också i Ansvarskommitténs slutbetänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10). En långt driven utveckling åt det hållet skulle enligt kommittén innebära att det svenska systemet med decentraliserat kommunalt ansvar skulle förändras i grunden, med effekter i det samlade finansierings- och styrningssystemet. Även förutsättningarna för ansvarsutkrävande och för medborgarnas samlade relation till det offentliga skulle ändras. Relationen i stort kan knappast sägas ha förändrats genom de begränsade inslag av rättighetslagsbaserad lagstiftning som finns i dag. Därför fanns det enligt kommittén ingen anledning att tunna ut denna lagstiftningsform genom att utvidga den till stora grupper. Ansvarskommittén pekade även på att det fanns anledning att noga pröva att ingen oskälig övervältring av kostnader på kommunnivå sker. Flertalet remissinstanser godtog kommitténs bedömning i dessa delar (Ds 2008:17).

En risk som framhållits med ett ökat inslag av juridiska rättigheter är att ”starka” patienter, de som bäst kan föra fram sin sak i rättsapparaten, tar för sig mer än andra. Vidare att domstolsförhandlingar och processen i samband med dessa sannolikt skulle ta resurser från vården. Även lokaldemokratiska skäl har anförts mot att införa rättighetsbaserade principer. Att ytterst låta domstolar bedöma vårdbehov m.m. i ett enskilt fall skulle kunna inskränka landstingens manöverutrymme när det gäller till exempel beslut om prioriteringar i vården i förhållande till befintliga resurser och vårdköer.

En rättighetslagstiftning och till denna knuten befogenhet för domstolarna att överpröva bedömningar om den enskildes rätt till sjukvård, skulle kunna nödvändiggöra att det offentliga åtagandet preciseras på nationell nivå. Utredningen kan inte se några direkta negativa följder för den enskilde av det, men finner att uppgiften att formulera en sådan ny ansvarsfördelning mellan landsting och stat faller utanför utredningens uppgifter.

Vårdgarantin m.m. som rättighetslagstiftning?

Det är en etablerad uppfattning att beslut kring prioriteringar och väntetider inom den individinriktade hälso- och sjukvården inte är myndighetsutövning mot enskild, se bland annat regeringens proposition Ökad konkurrens i kommunal verksamhet (prop. 1992/93:43, s. 21). När det gäller den faktiska sjukvården faller den helt utanför förvaltningslagen (1986:223), vilket bland annat innebär att lagens regler om beslutsmotivering och överklagande då inte gäller. Svenska patienter har i dag en i vissa avseenden starkare rättslig ställning vid vårdsökande inom EU/EES än inom landet (se kapitel 3.4–5). Olika regelverk om patientens valmöjligheter existerar parallellt.

Civilrättsliga anspråk från patientens sida är ganska utsiktslösa med hänvisning till landstingens åtaganden enligt dagens vårdgaranti, men kan inte helt uteslutas.⁴ Enligt utredningens bedömning förändras detta inte vid en lagreglering enligt det förslag som presenteras i detta betänkande. Patientens rent civilrättsliga ställning i förhållande till vårdgivare har som tidigare nämnts aktualiserats i en diskussionspromemoria från Justitiedepartementet, "Bör konsumenttjänstlagen utvidgas?" (Ds 2008:55). Skulle den lagen utvidgas till bland annat hälso- och sjukvård, förstärks patientens ställning som ett enskilt rättssubjekt. Promemorian har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Justitiedepartementet (hösten 2008).

När det gäller vårdgarantin och andra av utredningens förslag i det här betänkandet, kan hävdas att införande av överprövningsrätt inför domstol skulle stärka patientens ställning, i vart fall i formellt avseende. Utredningen anser dock att flera skäl talar emot att gå fram med sådana förslag. Liksom Ansvarskommittén funnit, skulle en utveckling mot fler rättigheter innebära genomgripande förändringar när det gäller statens styrning av den kommunala nivån, med effekter på finansierings- och styrningssystemet i stort. Utredningen har inte sett ett påtagligt behov av att införa rättighetsbaserade sjukvårdsförmåner i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning. Risker som kan framhållas med att införa juridiska besvärsvägar har berörts ovan. Härtill kan läggas att en rättighetsbaserad vårdgaranti enligt vår mening skulle få bära upp alltför stora delar av de hälso- och sjukvårdspolitiska ambitionerna. En sådan

⁴ Se, utöver vad som sägs i kapitel 3.4–5 om rättsutvecklingen beträffande patientrörlighet inom EU, (Madell 2002). Se även (Madell 2005).

reglering kan teoretiskt stå i konflikt med beslut om prioriteringar i vården.

Utredningsdirektiven påtalar heller inte att det ligger i utredningens uppdrag att föreslå denna typ av grundläggande förändringar i relationen mellan den enskilde och landstingen. Vid ett uppfattat behov får förutsättas att regeringen tillsätter en särskild utredning, lämpligen parlamentariskt sammansatt, med uttryckligt uppdrag att se över behovet av en mer generell rättighetslagstiftning. Detta eftersom vi bedömer att konsekvenserna av en sådan rättighetsbaserad lagstiftning sträcker sig långt utöver vad direktiven till den här utredningen förutsett eller angivit.

Däremot anser utredningen att den lagreglerade vårdgarantin, i kombination med de andra åtgärder utredningen föreslår sammantaget innebär en klart förstärkt ställning för patienten. Redan lagregleringen i sig är ett betydligt starkare styrinstrument än hittillsvarande vårdgarantiöverenskommelser mellan staten och SKL. En reglering av vårdgarantin bör i kombination med informationsinsatser om valmöjligheter m.m. och ”mjuk” normgivning minska behovet av att införa juridiskt framtvingbara rättigheter.

Om hemlandstinget genom en kombination av skyldighetslagstiftning och olika incitamentlösningar förmås leva upp till vårdgarantin och valmöjligheterna, bör behovet av egentliga rättigheter och sanktioner minska. Utredningen anser att en sådan väg att minska klyftan mellan utlovad och verklig tillgänglighet bör prövas och utvärderas innan andra och hårdare styrformer övervägs. Skäl för sådana överväganden kring styrformer och om en starkare reglering är exempelvis om något landsting gör inskränkningar i eller väljer att avstå från att följa ”Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården” (Landstingförbundets rekommendation A 00:56). Det hindrar självklart inte landstingen att justera överenskommelsen enligt de riktlinjer som förespråkas av utredningen och i övrigt anges genom utredningens förslag till förändringar i lagstiftning. Oavsett och vid sidan av sådana överväganden bör effekter av utredningens förslag när det gäller att förstärka patientens ställning studeras genom löpande uppföljning, med fördel organiserat i form av forskningsprojekt.

De nya och förstärkta förmåner m.m. som utredningen föreslår ska sammanfattningsvis ges formen av nya skyldigheter för främst landstingen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och vissa

anknyttande krav på yrkesutövare enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

7.6 Hur påverkar utredningens förslag Ansvarskommitténs patientlag?

Utredningens bedömning: Ansvarskommitténs avvägning om 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 utredningen lämnat i betänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) och i detta betänkande leda till vissa tillägg och ändringar i den lagen.

Utredningen ska enligt sina ursprungliga direktiv analysera behov av nödvändiga kompletteringar till den patientlag som Ansvarskommittén förslagit (SOU 2007:10), se bilaga 3. Kommittén fann i sin samhällsanalys att patientens ställning visserligen stärkts på en rad punkter under det senaste årtiondet, men att växande förväntningar och krav ständigt utmanar tidigare ställningstaganden. I en allt mer komplex och regelstyrd sjukvård behöver de bestämmelser som har störst betydelse för patientens ställning samlas i en lag, en patientlag.⁵ Sverige utmärker sig i ett nordiskt perspektiv genom att inte ha en sådan lag. I Finland infördes redan år 1993 lagen om patientens ställning och rättigheter. De isländska och danska motsvarigheterna trädde i kraft år 1997 respektive 1998.⁶ År 2001 infördes lov om pasientrettigheter i Norge. Se vidare utredningspromemorian Europeisk utblick, bilaga 4 till betänkandet.

Ansvarskommitténs förslag ska ses i ljuset av dess slutsats att huvudmannskapet för hälso- och sjukvården liksom i dag ska vara decentraliserat. Lagen bygger därför på de skyldigheter som sjukvårdshuvudmännen, andra vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonalen har gentemot medborgarna enligt dagens lagstiftning. Något ökat inslag av överklagbara rättigheter föreslås inte.

⁵ Av den remissammanställning departementet låtit göra, framgår att drygt 90 procent av de omkring 250 instanser som uttalade en tydlig uppfattning var huvudsakligen positiva till en patientlag (Ds 2008:17, 140).

⁶ Den danska patienträttighetslagen upphävdes i februari 2008 och motsvarande bestämmelser ingår nu i Sundhedsloven.

Bestämmelserna förs till stor del över till den föreslagna patientlagen från HSL, tandvårdslagen, patientjournalagen (vars bestämmelser numera finns i 3 kap. patientdatalagen), och lagen om patientnämndsverksamhet. För en kort beskrivning av innehållet i dessa lagar hänvisas till kap. 3.

Patientlagen skulle enligt förslaget i stort sett inte innehålla några nya bestämmelser, utan samlar sådant som i dag finns uttryckt på annat håll i lagstiftningen, nämligen regler om:

- Patientens självbestämmande, valfrihet och inflytande över vården.
- Patientens val av fast läkarkontakt i primärvården.
- Medicinsk bedömning med mera.
- Skyldighet att informera patienten.
- Patientens rätt att ta del av sin journal.
- Rättelse och förstörande av patientjournal.
- Skyldighet att utfärda intyg om vården.
- Patientnämnder och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd,

samt:

- Patientens rätt till ersättning för skador.

Ansvarskommittén för i betänkandet (SOU 2007:10 s. 151 ff) ett resonemang om ett antal områden som på ett naturligt sätt skulle kunna bli en del i en framtida patientlag. Några exempel är de underårigas ställning i hälso- och sjukvården och ställföreträdande beslutsfattande för vuxna, eventuella kompletteringar med anledning av patientdatalagen och några andra då aktuella utredningsförslag. Utredningen instämmer i Ansvarskommitténs bedömning i dessa delar.

Här presenterade förslag till kompletteringar av Ansvarskommitténs patientlag utgår uteslutande från de nya och förstärkta förmåner utredningen lagt fram i sitt första betänkande Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) och i detta betänkande. Det handlar alltså om utredningens förslag till obligatoriskt vårdvalssystem i primärvården (5 § HSL), den lagreglerade vårdgarantin och sammanhörande informationskrav (3 f § HSL) samt de förstärkta förmåner utredningen i övrigt föreslår, det vill säga rätten till en fast

vårdkontakt (29 a §) och den vidgade möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning (3 a § tredje stycket, så kallad second opinion). Även utredningens kommande förslag kan sannolikt för-
anleda kompletteringsbehov i patientlagen.

Lagtekniskt skulle utredningens hittillsvarande förslag innebära behov av tre nya paragrafer, som uttrycker

- a) vårdval i primärvården,
- b) vårdgarantin,
- c) att en fast vårdkontakt kan utses eller att en likvärdig rutin finns.

I fråga om rätten att välja utförare i primärvården är den nya bestämmelsen lämplig som en ny paragraf under rubrik Patientens självbestämmande och inflytande i vården (nuvarande 7–9 §§ i förslaget till patientlag). Den förstärkta rätten till en fast vårdkontakt bör hamna som en ny bestämmelse under rubrik Fast vårdkontakt (10 §). Vårdgarantibestämmelsen tas lämpligen in under rubrik Medicinsk bedömning m.m. (11–12 §§). Härutöver skulle vissa redaktionella och andra ändringar behöva göras i dessa tillägg. Det gäller också några av de bestämmelser som finns i Ansvarskommitténs förslag, bland annat 11 § som innehåller nuvarande regel om förnyad medicinsk bedömning. Regeln får med andra ord en lydelse som överensstämmer med det nu aktuella författningsförslaget, se avsnitt 7.4.

Den metod som Ansvarskommitténs lagförslag bygger på leder till dubbel- och i vissa fall trippelregleringar. Samma regel finns alltså på flera håll i lagstiftningen, vilket kan diskuteras rent lagstiftningstekniskt. Vi bedömer att en viss sådan dubbelreglering blir ofrånkomlig också när det gäller de bestämmelser utredningen föreslår. Exempelvis kan vårdgarantibestämmelsen sannolikt behöva återspeglas såväl i HSL och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område som i patientlagen. Eventuella problem från metodsynpunkt anser utredningen är av underordnad betydelse. Det har nämligen ett mycket starkt egenvärde att patienten lyfts fram och synliggörs i en särskild patientlag.

Det är dock samtidigt viktigt att komma ihåg att en patientlag med sitt juridiska språk inte självklart innebär att medborgare, patienter och närstående får större kunskap och möjligheter att bli delaktiga och utöva sin rätt eller möjlighet till inflytande. För detta krävs tillgänglig, lättförståelig och anpassad information om vårdens generella skyldigheter, kontaktvägar, klagomöjligheter och

mera. En sådan information bör finnas såväl på nationell nivå som regionalt och lokalt. På nationell nivå finns information om lagstiftningen riktad till allmänheten i dag på Socialstyrelsens webbplats ("Din trygghet och säkerhet som patient") och på Sjukvårdsrådgivningen.se under "Rättigheter och hjälpmedel". Det behövs dock en bredare satsning från statens och huvudmännens sida för att denna information ska bli lätt tillgänglig för alla medborgare, patienter och närstående och utifrån befolkningens olika förutsättningar, till exempel i tryckt form, via Internet, via telefon, på olika språk och anpassat till personer med olika funktionsnedsättningar.

Referenser

- Coulter, Angela, och Jo Ellins. 2007. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 335 (7609):24-7.
- Coulter, Angela, och Ray Fitzpatrick. 2000. The patient's perspective regarding appropriate health care. I *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, redigerad av Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick och Susan C. Scrimshaw, 454-464. London: Sage.
- Ds 2008:17 *Remissammanställning – Ansvarskommitténs betänkande (SOU 2007:10)*
- Ds 2008:55 *Bör konsumenttjänstelagen utvidgas? En diskussionspromemoria.*
- Fernler, Karin, Ebba Sjögren, och Claes-Fredrik Helgesson. 2008. Utan tvivel är man inte klok: Kunskapsstyrningens problem. I *Detta borde vårddebatten handla om*, redigerad av Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg, 114-132. Stockholm: EFI och IFL vid Handelshögskolan i Stockholm.
- Landstingsförbundets styrelse. A 00:56. *Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården.*
- Madell, Tom. 2002. Kvalitetsgarantier inom kommunal verksamhet. *Svensk Juristtidning* (5-6):483-513.
- . 2005. From the Citizen's Charter to Public Service Guarantees – the Swedish Model. *European Public Law* 11:261-282.

- Regeringens proposition (1992/93:43) *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet.*
- Regeringens proposition (1998/99:4) *Stärkt patientinflytande.*
- Regeringens proposition (1999/2000:149) *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*
- Sahlin, Jan. 2006. *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer.* Stockholm: Nordstedts juridik.
- Socialstyrelsen. 2000. Utvärdering av PAL-verksamheten (Dnr 10382/1999). Stockholm.
- . 2003. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2003. Stockholm.
- . 2004. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2004. Stockholm.
- . 2005. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport 2005. Stockholm.
- SOU 1997:154 *Patienten har rätt.*
- 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.*
- 2008:37 *Vårdval i Sverige.*

8 Konsekvenser av utredningens förslag

Enligt 15 a § kommittéförordningen (1998:1474) ska det i ett betänkande som innehåller nya eller ändrade regler också anges konsekvenser av dessa. Förordningen föreskriver att en sådan konsekvensanalys ska genomföras om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten, för sysselsättningen och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Konsekvensdiskussioner kring utredningens förslag återfinns i flera av betänkandets kapitel. I detta avsnitt redogörs i korthet för utredningens konsekvensbedömning vad gäller landstingens organisering och finansiering (och autonomi), konsekvenser för glesbygd, för konkurrensförhållanden, för sysselsättning och småföretagande, samt för jämställdhet.

8.1 Landstingens organisering och finansiering (och autonomi)

Ett införande av en lagstadgad 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 starten av den beslutade åtgärden eller behandlingen senareläggs. På motsvarande sätt blir kostnaderna 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.

Kostnaderna kan också påverkas av vad som ofta beskrivs i form av ambitionshöjningar relaterade till den medicintekniska och den demografiska utvecklingen, samt möjligen till en förändrad förväntansbild hos befolkningen. Sådana kostnadsökningar är emellertid i sig inte i första hand knutna till diskussionen om vårdens tillgänglighet eller till väntetider.

Ett införande av en vårdgaranti med tidsgränser och specificerat innehåll kan dock medföra tillfälliga kostnadsökningar. Utredningen bedömer att de insatser som gjorts genom särskilt riktade statsbidrag för att förverkliga vårdgarantins mål har varit betydande i relation till de resultat som hittills åstadkommit (en särskild redovisning över hur statsbidragen utvecklats återfinns i kapitel 4.) Det i sig utesluter inte att det också framöver kan komma att behöva tillskjutas kompletterande finansiering från statens sida. Regeringen har i budgetpropositionen hösten 2008 angett en betydande nivåhöjning i detta avseende. Den av regeringen deklarerade uppfattningen att tillkommande statsbidrag ska innehålla incitament till att nå på förhand fastställda mål, är enligt utredningens uppfattning viktig också ur perspektivet att stärka patientens ställning.

I utredningens övriga förslag för att stärka patientens ställning kan det finnas kostnadsdrivande faktorer eller skyldigheter, såsom en stärkt skyldighet att vid behov ge patienter en fast vårdkontakt och krav på inrapportering av uppgifter om väntetider. Utredningen har försökt att bedöma kostnadseffekterna, men det har inte varit möjligt att närmare analysera dessa. Detta är något som därför bör beaktas i den fortsatta beredningen av utredningens förslag.

Utredningen konstaterar dock att en vård som involverar patienten och använder sig av patientens delaktighet, visserligen kräver nya arbetssätt och ibland nya strukturer, men inte behöver leda till ökade kostnader. Utredningens förslag om att patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska ges möjlighet till förnyad medicinsk bedömning, inom något vidare ramar än vad lagstiftningen i dag medger, är enligt utredningens

bedömning inte mätbart kostnadsdrivande. Vid de tillfällen, även om det blir fler än i dag, då detta ska kunna vara tillämpligt är det ändå av stor vikt att patienten aktivt förstår och deltar i behandlingen för att vården ska kunna ha avsedd verkan, nå bästa slutresultat och effektivitet. Studier inom andra områden, som den som gjordes av Socialstyrelsen kring "Kasserade läkemedel" visar att patientens förståelse och delaktighet är av avgörande betydelse för effektiv vård, i detta fall rätt läkemedelsanvändning (Socialstyrelsen 2004). I rapporten uppskattades den totala mängden läkemedel som blir över till storleksordningen fyra procent av försäljningsvärdet. År 2003 motsvarade det cirka en miljard kronor. Det finns anledning till att tro att motsvarande kvalitetsbrister och ekonomiska förluster skapas även i andra delar av hälso- och sjukvården om patientens delaktighet inte kan nås.

8.2 Konsekvenser för glesbygd

Utredningens förslag förtydligar landstingens befintliga åtaganden inom den offentliga hälso- och sjukvården och därigenom kan två aspekter av konsekvenser av dessa förtydliganden urskiljas. Genom att tydliggöra landstingens skyldigheter stärker den föreslagna vårdgarantin förutsättningarna för en jämlik tillgång till vård även för invånare i glesbygdslän. Om det finns brister i hur landstingens åtaganden fullgörs kan förslagen ha ekonomiska konsekvenser för de landsting som upplever ökade betalningsströmmar för patienter som vårdas i andra landsting med stöd av vårdgarantin. I de fall landstingen till fullo uppfyller sina åtaganden ger den föreslagna överenskommelsen om en lagreglerad vårdgaranti i sig inte ett ökat finansieringsstryck på landstingen i relation till nuvarande förhållanden.

Utredningen bedömer att det kan finnas skäl att diskutera glesbygdens övergripande förutsättningar att organisera hälso- och sjukvården, såväl ur ett finansieringsperspektiv som med utgångspunkt i en likvärdighetsprincip. Denna diskussion ligger emellertid utanför utredningens uppdrag och utredningen hänvisar därför i denna fråga till det resonemang som förts av Ansvarskommittén i betänkandet Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

8.3 Konsekvenser för konkurrensförhållanden

Utredningens förslag betonar landstingens skyldigheter att utnyttja hela den kapacitet som kan finnas för att fullgöra det offentliga åtagandet. En ökad konkurrens kan åstadkommas genom utredningens föreslagna möjlighet att anordna vårdvalssystem genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, alternativt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU. Hur konkurrensen organiseras är en fråga för landstingen och utredningen utgår från att landstingen följer de regleringar som finns.

8.4 Konsekvenser för sysselsättning och småföretagande

Det är inte troligt att det skulle ske en betydande etablering gentemot utredningens föreslagna vårdgaranti som har konsekvenser för sysselsättning och småföretagande. Utredningen kommer i ett senare skede återkomma till en bedömning av behovet av att stimulera nyetableringar inom hälso- och sjukvården. Om en framtida utveckling visar på ett behov av att gå vidare utefter den handlingslinje som presenterats i betänkandet, kan en sådan utveckling tänkas ha positiva effekter för sysselsättning och småföretagande. Utredningens förslag i detta delbetänkande förändrar dock inte situationen för sysselsättning eller småföretagande.

8.5 Konsekvenser för jämställdhet

Såsom beskrivet i betänkandet är den patientgrupp som många gånger befinner sig i särskilt svag ställning de äldre. De har ofta flera diagnoser och ett vård- och omsorgsbehov som rör sig mellan huvudmannagränser. Utredningen har föreslagit ett förtydligade av verksamhetschefens ansvar och en stärkt vårdkontakt, som bland annat kan innefatta en samordningsroll för de olika kontakter som en vårdprocess omfattar. En övervägande andel av denna äldregrupp, i behov av exempelvis hemsjukvård, utgörs av kvinnor.¹

¹ I den statliga Äldrevårdsutredningens slutbetänkande, Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68), redovisas att andelen män som har hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende år 2002 (i län där kommunerna har ansvaret för hemsjukvård) var 1.99 procent och motsvarande andel för kvinnor var 2.88 procent.

Därför bidrar förslagen till att öka jämställdheten genom att förbättra stödet för dessa patienter.

Nuvarande tillgänglighetsstatistik möjliggör inte en analys av tillgänglighet fördelat på kön. Det är därför inte möjligt att se vilka konsekvenser en förbättrad tillgänglighet kan ha för jämställdheten i befolkningen som helhet. Utredningens bedömning är dock att förslagen som syftar till att förbättra tillgängligheten inte kan anses ha en negativ inverkan på jämställdheten. Utredningen anser att framtida uppföljningar av tillgänglighet bör möjliggöra en analys fördelat på kön, då det kan finnas dolda prioriteringar i tillgänglighetsstrukturer. För utredningen är det en angelägen uppgift att sådant i så fall tydliggörs så att hävande åtgärder kan diskuteras.

Referenser

Socialstyrelsen. 2004. Kasserade läkemedel: Förslag på åtgärder för att minska mängden överblivna läkemedel. Stockholm.

SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård*.

——— 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*.

9 Genomförandeaspekter och ikraftträdande

Utredningens förslag: Författningsförslagen vad gäller hälso- och sjukvårdslagen (1982:783) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område föreslås i allt väsentligt träda i kraft den 1 januari 2010. En övergångsbestämmelse föreslås beträffande vårdgarantin, med innebörd att 2005 års nationella vårdgaranti successivt ska ersättas med av varje landsting beslutade vårdgarantier under första halvåret 2010. I konsekvens med detta träder det vidgade informationsansvaret om vårdgarantin m.m. enligt dessa båda lagar i kraft den 1 juli 2010.

Författningsförslagen bör träda i kraft så snart som möjligt. Samtidigt krävs ett förberedelsearbete hos främst landstingen i egenskap av sjukvårdshuvudmän. Lagförslagen påverkar emellertid också vårdgivare i övrigt, verksamhetschefer och deras underlydande personal. Med hänsyn till de bemyndiganden som föreslås i 3 f § HSL sista stycket påverkas även regeringen, Sveriges Kommuner och Landsting och möjligen Socialstyrelsen.

Mot den bakgrunden bedömer utredningen att de presenterade författningsförslagen inte bör träda i kraft förrän den 1 januari 2010. Undantaget utgörs av bestämmelsen i 3 f § tredje stycket HSL om landstingets informationsskyldighet och det korresponderande ansvar som föreslås bli uttryckt i 2 b § andra stycket HSL och 2 kap. 2 § LYHS, beträffande att yrkesutövarna måste ge patienten individuellt anpassad information om innehållet i vårdgarantin, rådande kösituation och vilka valmöjligheter som finns. Detta sammanhänger med att utredningen föreslår en särskild övergångsbestämmelse när det gäller vårdgarantin, som innebär att 2005 års nationella vårdgaranti successivt ska ersättas med regionalt

beslutade vårdgarantier under första halvåret 2010. Därför bör det vidgade informationsansvaret om vårdgarantin m.m. träda i kraft den 1 juli 2010.

10 Författningskommentar

10.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

2 a §

I första stycket förs in en ny punkt (p. 6). Tillägget har berörts i kap. 7.2 och innebär att i begreppet god vård ligger att hälso- och sjukvården ska tillvarata patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare. Härigenom betonas att hälso- och sjukvården så långt möjligt ska tillmäta valmöjligheter och önskemål om vårdgivare en avgörande betydelse.

En ny tredje mening förs in i paragrafens andra stycke. Genom tillägget markeras att det för alla vårdgivare finns bestämmelser om fast vårdkontakt eller likvärdig rutin i en särskild bestämmelse, 29 a §. Skälen redovisas i avsnitt 7.3.

Paragrafen justeras genom att ”skall” i samtliga stycken ersätts med ”ska”.

2 b §

Genom ett nytt andra stycke tydliggörs att det, beträffande den hälso- och sjukvård som landstinget är huvudman för, finns en skyldighet att ge individuellt anpassad information också om vårdgarantin och vissa andra i 3 f § tredje stycket angivna förhållanden. Bakgrunden till förslaget beskrivs i kapitel 7.2.

Paragrafen justeras genom att ”skall” ersätts med ”ska”.

3 a §

Nuvarande andra stycke i 3 a § ska upphävas. Det som bestämmelsen i dag anger är att patienten inte har rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta

kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Skälen till att bestämmelsen upphävs har behandlats i avsnitt 7.2.

I det nuvarande tredje stycket finns en reglering av landstingets skyldighet att i vissa fall ge patienten en förnyad medicinsk bedömning, så kallad "second opinion". Som berörts i avsnitt 7.4 ska den nuvarande inskränkningen att rätten till förnyad medicinsk bedömning enbart gäller när vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning utgå. För berörda yrkesutövare markeras motsvarande åligganden genom en ändring i 2 kap. 2 a § andra stycket lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Paragrafen justeras genom att "skall" ersätts med "ska".

3 f §

Paragrafen är ny och behandlas i kap. 7.2. Den innebär att landstinget obligatoriskt måste besluta om en vårdgaranti som består av fyra delar:

- 1) Tillgänglighetsgaranti för den enskildes kontakter med primärvården.
- 2) Besöksgaranti för patientens planerade besök hos primärvårdsläkare.
- 3) Besöksgaranti till den specialiserade vården.
- 4) Behandlingsgaranti inom landstingets planerade vård.

Garantin ska därmed täcka i stort sett alla icke akuta besök inom primärvården, samt planerade nybesök och behandling inom den specialiserade vården. Tillgänglighetsgarantin enligt p. 1 uttrycker primärvårdens skyldighet att erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök samma dag som vården kontaktas. Besöksgarantin till primärvårdsläkaren enligt p. 2 gäller den tid man som längst ska behöva vänta på avtalade besök. Patienten bör inte få vänta mer än maximalt sju dagar från det att besöket inbokats. Utredningen föreslår dock inte en lagreglering av maximitiden. Inte heller när det gäller besöksgarantin till den specialiserade vården och behandlingsgarantin beträffande den planerade vården (p. 3–4 ovan) innebär lagförslaget någon fixering av längsta godtagbara väntetider m.m. I alla dessa fall förutsätter utredningen att regeringen genom föreskrift meddelar vårdgarantins yttre tidsramar enligt ett särskilt bemyndigande, se också kommentar till bestäm-

melsens fjärde stycke. Det konkreta innehållet i vårdgarantin ska framgå av det beslut som landstingsfullmäktige fattar.

Vårdgarantin förutsätts omfatta all behandling inom landstingets planerade vård, således även region- och högspecialiserad vård via avtal med andra vårdgivare. Vårdutbudet i patientens hemlandsting sätter en gräns för garantins innehåll. Landstingen bör sträva efter att innehållet harmoniseras och att skälen till eventuella skillnader och begränsningar i vårdutbud tydligt anges.

Bestämmelsen uttrycker i andra stycket ett krav på landstinget att ombesörja att patienten kan få vård hos en annan vårdgivare i vissa fall. Detta gäller om det vid tiden för remissen till den specialiserade vården resp. beslutet om planerad vård är troligt att vårdgarantins längsta godtagbara väntetider kommer att överträdas. Självfallet ska detsamma gälla om sannolikheten för att vårdgarantins längsta godtagbara tider överträds inträder först när det gått en tid efter det att beslut om remiss eller planerad vård fattats. Patienten ska kunna lita på att han eller hon får besök till specialiserad vård och beslutad behandling inom de tider och andra förutsättningar som bestäms. Landstinget ska hjälpa till med kontakter och det får inte innebära extra kostnader för patienten. I formuleringen att landstinget ska ... ”ombesörja att patienten kan få vård hos annan vårdgivare” ligger ett lagstöd för landstinget att besluta om ersättning för exempelvis merkostnader i samband med garantin. Patienten kan liksom hittills medge att den längsta godtagbara väntetiden överskrids i ett enskilt fall.

Patientens valmöjligheter och önskemål om vårdgivare ska tillmätas avgörande betydelse. Beroende på omständigheterna i det enskilda fallet och hur landstinget genomför de krav staten ställer, se nedan, kan patienten ges rätt att själv och mer fritt välja en vårdgivare, kopplat till vårdgarantin. Lagregleringen i HSL är emellertid inte så preciserad att den lägger fast någon tvingande form i detta avseende. Skälen för detta liksom att rättighetsbaserade förmåner inte föreslås när det gäller vårdgarantin och det fria vårdvalet behandlas i kap. 7.2 och 7.5.

Att patienten ska ges individuell information om vårdgarantin, rådande kösituation och de valmöjligheter landstinget tillämpar när det gäller offentligt finansierad vård inom riket framgår av tredje stycket i 3 f §. Motsvarande åligganden för berörd hälso- och sjukvårdspersonal skrivs in i 2 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Härutöver förutsätts landstinget också ge publik information om vårdgarantin

m.m. Informationen ska vara saklig, lätt tillgänglig och begriplig utifrån de skiftande förutsättningar att ta den till sig som finns hos befolkningen. Någon särskild bestämmelse om sådan allmän information till invånarna i landstinget bedöms dock inte vara nödvändig.

I bestämmelsens fjärde stycke förs en skyldighet in för landstinget att inrapportera uppgifter om väntetidsdata enligt de närmare föreskrifter som regeringen eller den myndighet regeringen utser bestämmer. I dag sker denna rapportering till Sveriges Kommuner och Landsting. Slutligen ges regeringen ett bemyndigande att meddela föreskrifter om längsta godtagbara väntetider och ytterligare föreskrifter om vårdgarantins närmare innehåll. Bemyndigandena bedöms vara förenliga med 8 kap. 5, 7 och 11 § regeringsformen (1974:152).

27 §

Nuvarande bestämmelse i 27 § om patientansvarig läkare upphävs. Skälen anges i kap. 7.3. Som en konsekvens tas också rubriken närmast före 27 § bort.

29 a §

Bestämmelsen är ny. Dess första mening innebär att verksamhetschefen får ett i HSL tydligt utsagt ansvar att se till att patienten får antingen en fast vårdkontakt eller tillgång till en likvärdig rutin, till exempel ett för patienten anvisat team, för att säkerställa patientens behov av samordning, kontinuitet och patientsäkerhet. Häri ligger att patienten utan att först själv framställa en begäran ska kunna få en fast vårdkontakt eller en likvärdig rutin. Sådan fast vårdkontakt ska enligt andra meningens även utses på direkt begäran av patienten, men kan i ett enskilt fall underlåtas om det inte behövs med hänsyn till patientsäkerheten. Förekommande önskemål från patienten om en viss behandlare/yrkesutövare som fast vårdkontakt ska så långt möjligt respekteras. Skälen för förslaget behandlas i kap. 7.3.

Ikraftträdande m.m.

Genomförandenaspekter och ikraftträdande har berörts i kap. 9. Förslagen ska träda i kraft den 1 januari 2010. Enligt en övergångsbestämmelse ska landstinget senast före utgången av juni 2010 inrätta en vårdgaranti enligt 3 f §.

10.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*2 kap. 2 §*

Ett nytt andra stycke föreslås. Ändringen har berörts i kap. 7.2. De yrkesutövare som är verksamma inom ramen för sådan hälso- och sjukvård som bedrivs med landstinget som huvudman ska enligt bestämmelsen lämna patienten information om vårdgarantin, rådande väntetidsläge och de valmöjligheter som landstinget tillämpar. Genom tillägget harmonierar yrkesutövarnas åligganden med de ökade krav som ställs på landstinget enligt förslaget till 3 f § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

2 kap. 2 a §

Andra stycket ändras för att yrkesutövarnas åligganden vad gäller förnyad medicinsk bedömning ska överensstämma med den förändrade lydelsen i 3 a § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Skälen har berörts i kapitel 7.4.

Ikraftträdande m.m.

I kap. 9 behandlas genomförandenaspekter och ikraftträdande. Förslaget till ändring av 2 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska träda i kraft den 1 juli 2010. Förslaget till ändring av 2 kap. 2 a § samma lag ska träda i kraft den 1 januari 2010.

Kommittédirektiv



Patientens rätt i vården

Dir.
2007:90

Beslut vid regeringssammanträde den 20 juni 2007

Sammanfattning av uppdraget

Utredaren skall lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. I uppdraget ingår att göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning.

Utredaren skall särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare skall 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 lämnats 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 fasta vårdkontakten skall vårda och vid behov fungera som en vårdlots, framförallt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov.

För att stärka rätten till valfrihet skall utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Konkurrens skall ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredaren skall föreslå åtgärder som befrämjar detta.

Bakgrund

Alla medborgare skall känna sig trygga i att vården finns lätt tillgänglig när den behövs. Det är därför viktigt att fortsätta och intensifiera det arbete som pågår med att förbättra tillgängligheten och stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. En förutsättning för detta är en god tillgång och närhet till hälso- och sjukvård.

Patienternas valfrihet skall öka och personalens engagemang skall tas till vara. De som inte kan föra sin egen talan skall särskilt värnas.

Trygghet, tillgänglighet och en helhetssyn på patientens behov skall prioriteras i hela vårdkedjan. Vården skall utgå från individens rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Patienten skall ha rätt att välja såväl läkare och vårdenhet som tidpunkt för behandling.

Många insatser har gjorts under senare år för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Till exempel genom ny lagstiftning, såsom införande i hälso- och sjukvårdslagen av regler om patientens rätt till en så kallad "second opinion" och rätten till fast läkarkontakt, men också genom nationella överenskommelser och rekommendationer om fritt vårdval och en nationell vårdgaranti.

Utvärderingar visar dock på bristande tillgänglighet och att patienterna trots dessa insatser i vissa delar fortfarande saknar tillräckligt inflytande och möjligheter att påverka sin situation.

Tillgången till läkare är samtidigt en viktig förutsättning för en stark primärvård och möjligheten att erbjuda patienterna en fast vårdkontakt. I dag råder brist på läkare inom vissa specialiteter, t.ex. läkare med allmänmedicinsk kompetens. Ett sätt att förbättra situationen är att införa fri etableringsrätt inom primärvården.

Patientens möjligheter att få vård i tid och att själv välja vårdgivare och vårdtillfälle behöver stärkas ytterligare. En viktig del i ett sådant arbete är en vidareutveckling och lagreglering av den nationella vårdgarantin och av det fria vårdvalet. Genom en sådan reglering blir vårdens åtagande mot patienten tydligare både för patienten och för vårdgivaren.

Samtidigt är en förutsättning för ett väl fungerande fritt vårdval och en väl fungerande vårdgaranti det pågående utvecklingsarbete som bedrivs av sjukvårdshuvudmännen för att korta köer och organisera vården på ett effektivt sätt. En annan förutsättning är det utvecklings- och uppföljningsarbete som bedrivs av de centrala

myndigheterna, t.ex. när det gäller evidensbaserad vård och nationella riktlinjer för behandling och prioritering i vården.

För att säkerställa att vårdgarantin tillämpas på samma sätt i hela landet är det också viktigt att arbetet med att ta fram medicinska indikatorer för olika behandlingar fortsätter. Sådana tydliga medicinska indikatorer i kombination med öppna redovisningar av väntetider och kvalitet i vården utgör grunden för likabehandling och ger patienterna den information som de behöver för att fatta rationella beslut om var i landet de vill söka vård.

Den lagstiftning som rör patienten regleras i dag genom flera olika lagar. Detta bidrar till att lagstiftningen blir svåröverskådlig både för patienter och vårdgivare. För att tydliggöra vilka regler som gäller har Ansvarskommittén i sitt betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10), avsnitt 4.2 Medborgaren och den framtida hälso- och sjukvården, lämnat förslag om att bestämmelser som har betydelse för patientens ställning skall samlas i en egen lag, patientlagen. Lagen skall syfta till att stärka patientens ställning samt öka överskådligheten och tillgängligheten för medborgarna. Lagen skall också syfta till att ge en mer patientfokuserad hälso- och sjukvård. Den föreslagna lagen, som är under beredning i Regeringskansliet, kommer att kompletteras med bestämmelser på ett antal områden.

I hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om patientansvarig läkare (PAL). Syftet med patientansvarig läkare är att främja kontinuiteten och säkerheten för patienterna genom att en särskilt utsedd läkare har ansvar för patienten genom hela vårdprocessen. En utvärdering från Socialstyrelsen (S2000/2567/HS) tyder på att bestämmelserna i lagstiftningen och tillämpningen av densamma i vissa fall brister. I samband med utvärdering av PAL-bestämmelsen föreslog Socialstyrelsen att 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, skulle kompletteras med bestämmelser om att god vård skall innebära att den tillgodoser patientens behov av kontinuitet och säkerhet samt att olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. I samband med propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (2005/06:115) föreslog regeringen att dessa bestämmelser skulle införas i HSL. Bestämmelserna trädde i kraft den 1 januari 2007. Det finns dock behov av att överväga ytterligare ändringar i lagstiftningen om patientansvarig läkare.

Uppdraget

Utredaren skall lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. I uppdraget ingår att göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur de regleras i nuvarande lagstiftning. I denna del bör utredaren även beakta hur relevant lagstiftning är utformad i Norge t.ex. avseende sådant som rätt till fri etablering. Utredaren skall även studera och analysera utformningen av olika svenska modeller för organisering av primärvården.

Utredaren skall särskilt granska hur de ändringar som gjorts i hälso- och sjukvårdslagen under senare år för att stärka patientens ställning, såsom rätten till fast läkarkontakt, ”second opinion” m.m., efterföljs av sjukvårdshuvudmännen.

Utredaren skall även lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten skall vårda och vid behov fungera som en vårdlots, framförallt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov.

För att stärka rätten till valfrihet skall utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Konkurrens skall ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredaren skall föreslå åtgärder som befrämjar detta.

Dessutom skall utredaren överväga vilka krav som kan ställas på läkare med annan specialisering än allmänmedicin som skall kunna etablera sig fritt inom primärvården och verka som fast vårdkontakt samt huruvida andra yrkesgrupper inom sjukvården, till exempel sjuksköterskor, kan ges motsvarande möjligheter.

Utredaren skall särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet.

Vidare skall utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgarantin som regleras i en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (tidigare Landstingsförbundet), samt lämna förslag till lagreglering av densamma. Förslagen till lagreglering skall ta sin utgångspunkt i överenskommelserna om fritt vårdval och nationell vårdgaranti. Regleringen skall också omfatta vårdgivarens skyldighet att informera patienten om valmöjligheter och kösituation samt om behandlingsalternativ som är av betydelse för patientens möjlighet att fritt välja vård och utnyttja vårdgarantin.

Utredaren skall därutöver analysera vilka kompletteringar som behöver göras av den patientlagstiftning som föreslagits av Ansvarskommittén i betänkandet Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10), samt lämna förslag till sådana nödvändiga kompletteringar i syfte att ytterligare stärka patientens ställning.

I utredarens uppdrag ingår vidare att överväga behovet av ytterligare ändringar i lagstiftningen om patientansvarig läkare (PAL) samt om utredaren finner det befogat föreslå sådana ändringar.

Utredningens genomförande

Utgångspunkt för utredningens arbete skall vara sjukvårdshuvudmännens rätt att i huvudsak lokalt besluta om organisations- och finansieringsmodeller för sjukvården och därigenom möjliggöra utveckling av hälso- och sjukvården genom att olika modeller prövas mot varandra. Utredaren bör därför noga följa den utveckling av hälso- och vårdens organisation som sker hos sjukvårdshuvudmännen och eftersträva att förslagen på ett ändamålsenligt sätt understödjer det lokala utvecklingsarbetet.

Utredaren skall i arbetet samråda med myndigheter, intresseorganisationer och huvudmän inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Utredaren skall beakta det pågående arbetet med att bereda de förslag om en samlad patientlagstiftning som lämnats i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

Vidare skall utredaren beakta det pågående arbetet med en ny patientdatalag i enlighet med förslagen i betänkandet Patientdatalag (SOU 2006:82), samt beakta det arbete som bedrivs av utredningen om Fritt val inom äldre- och handikappomsorgen (dir. 2007:38).

Särskild vikt skall läggas vid att redovisa förslag till finansiering i de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna liksom i vilken utsträckning förslagen påverkar den kommunala verksamheten och självstyrelsen.

Utredningen skall lämna delbetänkande rörande etableringsfrihet under våren 2008, dock senast den 15 april 2008. Utredningens arbete skall slutredovisas senast den 15 december 2008.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



Tilläggsdirektiv till Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:07)

**Dir.
2008:72**

Beslut vid regeringssammanträde den 29 maj 2008

Sammanfattning av uppdraget

Utredaren ska bl.a. utreda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. En utgångspunkt ska vara att systemet med samverkansavtal för läkare och sjukgymnaster enligt de s.k. ersättningslagarna ska upphöra. Utredaren ska särskilt analysera behovet av eventuella övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan och då även beakta de förslag regeringen slutligen lägger fram med anledning av förslagen i departementspromemorian (Ds 2007:22) Ersättnings-etablering m.m. för vissa privata vårdgivare. Utredaren ska också lämna förslag som innebär att en patient ska kunna vända sig till valfri vårdgivare om ett landsting inte klarar att hålla tidsgränserna för besök hos specialist eller för behandling inom ramen för en lagreglerad vårdgaranti.

Bakgrund och behov av tilläggsdirektiv

För att patienterna ska kunna tillvarata rätten till ett fritt och individuellt val inom hälso- och sjukvården är det nödvändigt att vården präglas av öppenhet och mångfald i fråga om innehåll, form och vårdgivare. En mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande, kostnadseffektiva lösningar, förbättrad tillgänglighet och valfrihet.

Vårdavtal och samverkansavtal

I dag kan man vara verksam som privat vårdgivare med ersättning från landstinget genom att sluta ett vårdavtal med landstinget. I vårdavtalet, som kan ingås med fysiska eller juridiska personer, kommer parterna överens om verksamhetsinriktning, ersättningar, åtaganden, former för rapportering m.m. Avtalen ska föregås av ett upphandlingsförfarande enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU).

Privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster kan dessutom vara verksamma med offentlig ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS). Enligt lagstiftningen krävs att läkaren eller sjukgymnasten har ett samverkansavtal med landstinget. Ett samverkansavtal innebär att en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast kommer överens med landstinget om att bedriva verksamheten med ersättning enligt LOL respektive LOS. Ersättningen utgår enligt en nationell taxa som beslutas av regeringen utifrån ett gemensamt underlag från Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund respektive Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Den nationella taxan regleras i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik.

Europeiska gemenskapernas kommission har i en formell underrättelse den 21 mars 2007 ifrågasatt de svenska regionala och lokala myndigheternas förfarande för tilldelning av samverkansavtal för sjukgymnaster utan föregående annonsering. Kommissionen anser att de svenska myndigheternas tilldelningsförfarande för samverkansavtal till sjukgymnaster inte står i överensstämmelse vare sig med artikel 43 om etableringsfrihet i fördraget eller artikel 2 om de grundläggande principerna om öppenhet, likabehandling och icke-diskriminering i direktiv 2004/18/EG.

Sveriges regering lämnade den 12 juni 2007 svar på den formella underrättelsen.

Europeiska gemenskapernas kommissionen överlämnade den 23 oktober 2007 till Sveriges ständiga representation en skrivelse med en uppföljning av den första formella underrättelsen (ref. SG (2007) D/201520).

Regeringen medgav i svar till kommissionen den 20 februari 2008 (S2007/11086/RS) att EG-fördragets grundläggande principer om bl.a. icke-diskriminering och insyn enligt artikel 43 EG om

etableringsfrihet är tillämpliga på tilldelning av samverkansavtal. För det fall att avtalen skulle ses som tjänstekontrakt mellan landstingen och de enskilda sjukgymnasterna har regeringen uttalat att även artikel 2 i direktiv 2004/18/EG är tillämplig på förfarandet. Mot denna bakgrund instämmer regeringen i kommissionens bedömning att det finns vissa brister i det svenska systemet med tilldelning av samverkansavtal för sjukgymnaster och att systemet därför behöver ändras.

I dag sluts ytterst få samverkansavtal med privata vårdgivare. Det har fått till följd att antalet privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan i princip har halverats under en tioårsperiod. Landstingen föredrar att sluta vårdavtal med de privata vårdgivarna eftersom det ger landstingen större möjligheter att styra över den vård de finansierar. De privata vårdgivarna menar dock att vårdavtalen inte ger långsiktiga förutsättningar för att bygga upp och driva en verksamhet eftersom vårdavtalen är tidsbegränsade.

Privata vårdgivare

Vårdgivarutredningen (S 2001:10) uppmärksammade i betänkandet Åldersgränser och ersättningsetablering (SOU 2003:7) att Sverige, i motsats till andra nordiska länder, saknar ett hållbart system för privata vårdgivare att vara verksamma. Utredningen menade att formerna för hur privata vårdgivare ska kunna vara verksamma med offentlig ersättning bör ses över. Något sådant uppdrag ingick emellertid inte i Vårdgivarutredningens direktiv.

En roll för privata vårdgivare skulle kunna vara att i större utsträckning bidra till landstingens möjligheter att uppfylla vårdgarantin. Patienter har redan i dag rätt att vända sig till valfri klinik i ett annat EES-land för planerad vård, oavsett driftsform. Någon motsvarande rätt att vända sig till privata vårdgivare finns inte inom landet. Till skillnad från många andra länder har Sverige inte en sjukvårdsförsäkring. Det är i stället landstingen som står för bedömning av vårdbehov och som ansvarar för utförandet, i egen regi eller genom avtal. Systemet leder till en god kostnadskontroll, men kan samtidigt ge en begränsad flexibilitet vilket kan vara en bidragande orsak till köer i vården. Om privata vårdgivare med eller utan avtal med landstinget får bidra till att landstinget kan uppfylla

vårdgarantin så kan principen om vård efter behov bibehållas och kombineras med en bättre flexibilitet och tillgänglighet i vården.

Utredningens tidigare uppdrag

Med stöd av regeringens bemyndigande den 20 juni 2007 (dir. 2007:90) tillkallade chefen för Socialdepartementet en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. Utredningen, som har antagit namnet Utredningen om patientens rätt (S 2007:07), ska enligt direktiven bl.a. föreslå hur fri etableringsrätt kan införas i primärvården.

Dessutom ska utredaren överväga vilka krav som kan ställas på läkare med annan specialisering än allmänmedicin för att dessa ska kunna etablera sig fritt inom primärvården och verka som fast vårdkontakt samt om andra yrkesgrupper inom sjukvården, t.ex. sjuksköterskor, kan ges motsvarande möjligheter. Utredaren ska vidare lämna förslag bl.a. till lagreglering av den nationella vårdgarantin och det fria vårdvalet.

Tilläggsuppdrag om etablering inom öppenvård

Det förslag som utredningen lämnat i delbetänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) i fråga om fri etablering inom primärvården omfattar bl.a. de vårdgivare som är verksamma enligt den nationella taxan. Därutöver finns det såväl specialistläkare som sjukgymnaster som får ersättning enligt LOL respektive LOS och som arbetar inom annan öppenvård än primärvård.

Kommissionen har ifrågasatt det svenska systemet med tilldelning av samverkansavtal för vårdgivares rätt till offentlig ersättning för sina hälso- och sjukvårdstjänster. För att hitta ett system som helt kan ersätta det nuvarande systemet med samverkansavtal i LOL respektive LOS behöver det utredas hur ett system för etablering med offentlig ersättning kan införas utanför primärvården.

Det finns även andra skäl än de rent juridiska att ersätta det nuvarande systemet med samverkansavtal. Ett är att det vore önskvärt om patienternas valfrihet kunde tillgodoses i högre utsträckning. Ett annat är att det vore bra att stimulera utvecklingen av den öppna hälso- och sjukvården och möjliggöra aktörsnätverk som

täcker patienternas vårdbehov och därmed förbättrar deras möjligheter att åtnjuta rätten till bästa uppnåeliga hälsa.

Utredarens uppdrag utökas mot denna bakgrund till att se över etableringsregler för privata vårdgivare med offentlig ersättning i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

Utredaren ska:

- Utredda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. I uppdraget ingår att vid behov lämna lagförslag om landstingens anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster från dessa vårdgivare.
- Analysera om det finns behov av övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan och vid behov lämna förslag till sådana regler. De förslag regeringen slutligen lägger fram med anledning av förslagen i departementspromemorian (Ds 2007:22) Ersättningsetablering m.m. för vissa privata vårdgivare ska beaktas.
- Utredda och lämna förslag som innebär att patienten ska kunna vända sig till valfri vårdgivare, även sådana som inte har avtal med något landsting, om landstinget inte klarar att hålla tidsgränserna för besök hos specialist eller för behandling inom ramen för en lagreglerad vårdgaranti.
- Analysera och redovisa vilka ekonomiska konsekvenser som kan uppstå för sjukvårdshuvudmännen vid införande av ett nytt system för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

Utredningens genomförande

Utredaren ska i sina förslag särskilt beakta landstingens möjligheter att upprätthålla kostnadskontroll samt följa tillämplig EG-rätt. Utgångspunkten för ett nytt system ska vara att det står i överensstämmelse med art. 43 om etableringsrätt och art. 49 om fri rörlighet för tjänster i EG-fördraget samt de grundläggande EG-rättsliga principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, proportionalitet och ömsesidigt erkännande. För det fall att det är

aktuellt ska systemet även stå i överensstämmelse med tillämpliga bestämmelser i Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/18/EG av den 31 mars 2004 om samordning av förfarandena vid offentlig upphandling av byggtjänster, varor och tjänster samt artikel 87 om statsstöd i EG-fördraget.

Vidare ska utredaren beakta hur ersättningssystemens utformning kan bidra till vårdens effektivitet, kvalitet, tillgänglighet och värde för patienterna. Utredaren ska också överväga hur etableringsregler kan utformas för att särskilt stimulera nyetablering av mottagningar i de delar av landet samt inom de specialiteter där det i dag finns få alternativ inom det offentliga utbudet.

Utredaren ska utgå från att dagens ansvarsförhållanden för hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering ska bestå samtidigt som förutsättningarna för en mångfald av vårdgivare förbättras. En annan utgångspunkt ska vara att den svenska hälso- och sjukvården ska baseras på samverkande system med en välfungerande primärvård som kan tillgodose merparten av befolkningens sjukvårdsbehov kompletterad med öppen specialistvård, slutenvård samt en välfungerande akutsjukvård.

Redovisning av uppdraget

Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Särskild vikt ska läggas vid att redovisa förslag till finansiering i de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna, liksom i vilken utsträckning förslagen påverkar den kommunala verksamheten och självstyrelsen.

Utredningens arbete skulle enligt de ursprungliga direktiven slutredovisas senast den 15 december 2008. Med dessa tilläggsdirektiv förlängs tiden för utredningens slutredovisning. De i tidigare direktiv givna uppdragen samt det nya uppdraget om patientens möjligheter att vända sig till valfri vårdgivare om ett landsting inte klarar att uppfylla vårdgarantins tidsgränser, ska redovisas senast den 15 december 2008. Övriga uppdrag som anges i dessa tilläggsdirektiv ska redovisas senast den 1 oktober 2009.

(Socialdepartementet)

Ansvarskommitténs förslag till patientlag (SOU 2007:10)

Förslag till patientlag

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens innehåll och syfte

1 § I denna lag finns bestämmelser om patientens ställning i hälso- och sjukvården och tandvården.

Syftet med lagen är att tillförsäkra befolkningen en god hälso- och sjukvård och tandvård på lika villkor genom att

1. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
2. stärka respekten för patientens integritet, självbestämmande och valfrihet samt människovärde.

Definitioner

2 § Med vårdgivare avses i lagen fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård eller tandvård.

Med hälso- och sjukvård avses sådana åtgärder som anges i 1 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Med tandvård avses sådana åtgärder som anges i 1 § tandvårdslagen (1985:125).

Lagens tillämpningsområde

3 § För vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller bestämmelserna i 7–8 §§, 11 §, 13 § samt 15–19 §§.

För vårdgivare som bedriver tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) gäller bestämmelserna i 7–8 § och 14–19 §§.

4 § Bestämmelserna i 9 § gäller endast inom den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av landsting eller kommun eller enligt avtal med landsting eller kommun.

5 § Bestämmelserna i 10 § och 12 § gäller endast inom den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting.

6 § Bestämmelserna om patientnämnd i 20–24 §§ gäller inom

1. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting,
2. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av kommun eller enligt avtal med kommun och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt
3. den tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs av landsting.

Patientens självbestämmande och inflytande över vården

7 § Hälso- och sjukvården och tandvården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande, valfrihet och integritet.

8 § Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

9 § När det inom hälso- och sjukvården finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall varje landsting eller kommun ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.

Landstinget eller kommunen skall 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 eller den kommun inom vilket han eller hon är bosatt, om landstinget eller kommunen kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Fast läkarkontakt

10 § Varje landsting skall organisera den öppna hälso- och sjukvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Medicinsk bedömning m.m.

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

12 § Varje landsting 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.

Skyldighet att informera patienten

13 § Varje patient inom hälso- och sjukvården skall 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 istället lämnas till en närstående till patienten.

Informationen får inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i sekretesslagen (1980:100)

eller i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

14 § Inom tandvården skall varje patient upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Patientens rätt att ta del av sin journal

15 § Om rätten att ta del av journalhandlingar inom den allmänna hälso- och sjukvården och tandvården finns bestämmelser i tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen (1980:100).

En myndighet som har hand om en patientjournal upprättad inom enskild hälso- och sjukvård och tandvård har, om uppgift ur journalen begärs för särskilt fall, samma skyldighet att lämna uppgiften som den haft som ansvarat för journalen före överlämnandet till myndigheten.

16 § En journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård och tandvård skall på begäran av patienten så snart som möjligt tillhandahållas honom eller henne för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om inte annat följer av 2 kap. 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Frågor om utlämnande av en journalhandling enligt första stycket prövas av den som är ansvarig för patientjournalen. Anser denne att journalhandling eller någon del av den inte bör lämnas ut, skall han eller hon genast med eget yttrande överlämna frågan till Socialstyrelsen för prövning.

I fråga om överklagande av Socialstyrelsens beslut enligt andra stycket gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 15 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100).

Rättelse och förstörande av patientjournal

17 § En patient kan begära att rättelse görs av en felaktighet i en journalhandling.

Ytterligare bestämmelser om rättelse av journalhandling finns i 6 § patientjournallagen (1985:562).

18 § På ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i en patientjournal får Socialstyrelsen förordna att journalen helt eller delvis skall förstöras. Förutsättningarna för detta är att

- godtagbara skäl anförs för ansökan,
- patientjournalen eller den del därav som skall förstöras uppenbarligen inte behövs för patientens vård, och
- det från allmän synpunkt uppenbarligen inte finns skäl att bevara journalen.

Innan ansökan slutligt prövas, skall den som ansvarar för patientjournalen beredas tillfälle att yttra sig.

Om Socialstyrelsen har avslagit en ansökan om förstörande av en patientjournal, får beslutet överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Om Socialstyrelsen har bifallit en sådan ansökan, får beslutet inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Skyldighet att utfärda intyg om vården

19 § Den som enligt 9 § patientjournallagen (1985:562) är skyldig att föra journal skall på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

Patientnämnder m.m.

20 § I varje landsting och kommun skall det finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter (patientnämnder).

För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen (1991:900). Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

21 § Nämnderna skall utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården genom att

1. hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården,

2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, samt
4. rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

22 § En kommun som ingår i ett landsting får överlåta uppgifterna enligt 21 § till landstinget, om kommunen och landstinget har kommit överens om detta. Kommunen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till landstinget som motiveras av överenskommelsen.

23 § Nämnderna skall senast den sista februari varje år till Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämndsverksamheten under föregående år.

24 § Föreskrifter om stödpersoner vid psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång finns i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Föreskrifter om stödpersoner finns även i smittskyddslagen (2004:168).

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

25 § Bestämmelser om patients och närståendes rätt att göra anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd finns i 7 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Patientens rätt till ersättning för skador

26 § Bestämmelser om rätt till patientskadeersättning finns i patientskadelagen (1996:799).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2008, då lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. skall upphöra att gälla.

Europeisk utblick: initiativ för att stärka patientens rätt i Nederländerna, Finland, Danmark, England och Norge

I denna promemoria beskrivs några av de europeiska initiativ som syftar till att stärka patienters inflytande inom hälso- och sjukvården. I utblicken ingår två försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem (Nederländerna och Frankrike), två kommunala system (Finland och Danmark) samt två nationella system (England och Norge). Urvalet baseras på två utgångspunkter. För det första är alla systemen offentligt finansierade men med olika former av försäkringssystem. För det andra representerar urvalet hälso- och sjukvårdssystem som organiserats på såväl nationell som regional nivå.

I beskrivningen refereras vid ett flertal tillfällen till distinktionen mellan rättighetsbaserad och skyldighetsbaserad lagstiftning inom hälso- och sjukvården. En invändning mot en sådan typ av distinktion är att även i de fall lagstiftningen uttrycks som skyldigheter för huvudmännen innebär det indirekt rättigheter för patienten. Vi har emellertid valt att lyfta fram denna typ av skillnad i ländernas sätt att formulera lagstiftningen om patienter, då det ger uttryck för olika tillvägagångssätt för att juridiskt definiera patienters ställning.

4.1 Nederländerna

4.1.1 Hälso- och sjukvårdsreformer

En jämförelse med det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet är intressant av flera skäl. I likhet med Sverige är befolkningen relativt homogen och socialpolitiken har av tradition präglats av

principer om jämlikhet och solidaritet. I relation till de nordiska länderna har dock familjen och det civila haft en mer betydande roll i Nederländernas välfärdssystem. Hälso- och sjukvårdssystemet organiseras genom privata försäkringar och vårdproducenter, dock inom ramen för en nationellt reglerad hälso- och sjukvård med staten som yttersta garant (European Observatory on Health 2004b).

Före reformen av sjukvårdsförsäkringssystemet, *Zorgverzekeringswet* (Health Insurance Act), var marknaden för sjukvårdsförsäkringar delad i tre segment, en uppdelning baserad på framför allt den försäkrades inkomst. En obligatorisk försäkring täckte grundläggande och kostsamma sjukdomar, *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, (Exceptional Medical Expenses Act). Det andra segmentet bestod av en obligatorisk försäkring för löneanställda med inkomster under en viss nivå (2005: € 32 600) och deras beroende anhöriga. Detta segment täckte ca sextio procent av befolkningen och baserades enbart på sjukdomsfonderna (Sickness Funds), icke vinstdrivande sjukvårdsförsäkrare. Privata aktörer var inte tillåtna att verka på denna del av marknaden. Det tredje segmentet bestod av medborgare med en inkomst över € 32 600, på denna del av marknaden tilläts privata försäkrare (Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis 2006).

Dekkerkommissionen, en oberoende kommission utsedd av den nederländska regeringen, framförde redan 1987 de första reformförslagen för ett enhetligt nationellt försäkringssystem med element av reglerad konkurrens. Den fullständiga implementeringen av systemet dröjde nästan tjugo år, om än viktiga förändringar såsom nominella premier samt riskutjämningsystem infördes i försäkringssystemet 1991. Det nya försäkringssystemet för sjukvårdskostnader, *Zorgverzekeringswet* (Health Insurance Act), trädde i kraft den 1 januari 2006. Enligt den nederländska regeringen är systemet tänkt att vara en kombination av en solid social grund och marknadsdynamik (Ministry of Health, Welfare and Sport 2008b).

4.1.2 Beställar- och utförarstruktur

I det nya försäkringssystemet sammanfördes de privata och de offentliga delarna av de två övre segmenten i det tidigare försäkringssystemet i en obligatorisk försäkring. Innehållet i den obligatoriska delen bestäms av staten. Försäkringsföretagen konkurrerar om kunderna på en marknad. Staten deltar inte direkt i

tillhandahållandet av vård i systemet, utan uppgiften åläggs privata vårdproducenter, enskilda läkare samt vårdinrättningar som där- efter träffar avtal med försäkringsföretagen.

Försäkrarna förhandlar med vårdproducenter om pris, innehåll och organisering av vården. Inom vissa försäkringsplaner har den försäkrade även rätt att välja att få behandling och sedan få utgifterna ersatta av försäkraren. Den försäkrade har möjlighet att byta försäkring en gång per år. Försäkringssystemet beskrivs av den nederländska regeringen som ett privat system med offentligt angivna villkor. Det är obligatoriskt för alla medborgare att teckna en sjukvårdsförsäkring, i de fall individer underlåter detta riskerar de böter. Sjukvårdsförsäkrare är förpliktigade att acceptera alla försäkringstagare oavsett ålder, kön och hälsostatus (Ministry of Health, Welfare and Sport 2008b).

4.1.3 Patienträttigheter

Den nederländska regeringen producerade ett första policydokument 1989 om behovet av att bättre organisera patientintressena. Sedan 1990-talet har ett nätverk av patient- och konsumentföreningar växt fram, anknutna genom paraplyorganisationen Nationella federationen av patient- och konsumentorganisationer (NP/CF). Federationen har, sedan dess tillkomst, varit en likställd partner i förhandlingar mellan staten, läkarorganisationerna, sjukhusen och försäkringsbolagen. Federationens autonomi har emellertid ifrågasatts då den finansieras av Departementet för Hälsa, välfärd och sport och således är beroende av statliga medel.

En rad lagar som reglerar förhållandet mellan patienter och vårdproducenter tillkom under 1990-talet, av vilka särskilt två betraktas betydelsefulla, dels *Wet Geneeskundige Behandel Overeenkomst*, (Law on Medical Treatment Agreement) dels *Wet klachterecht cliënten zorgsector*, (Right of complaint in the Health Care Sector Act), bägge trädde i kraft 1995. Lagen om vårdkontrakt garanterar en rad patienträttigheter såsom:

- Rätt till informerat samtycke.
- Rätt att läsa och kopiera sin journal.
- Rätt till sekretesskydd.
- Ansvarsskyldighet för sjukhusen.

Lagen om patientklagomål reglerar patientens rätt till klagomål vid felaktig eller utebliven vård och föreskriver att det inom varje vård-enhet ska finnas procedurer för att omgående och på plats behandla klagomål, en så kallad lokal klagomålsenhet. Lagen tjänar således ett dubbelt syfte, dels att garantera patienter egentliga rättigheter som ytterst kan utkrävas i domstol dels att skapa ett system som i största möjliga mån möjliggör att hantera konflikter på en billigare, effektivare och lägre konfliktnivå. Även den nya försäkringslagen, *Zorgverzekeringswet* (Health Insurance Act), innehåller bestämmelser kring rätten till klagomål och överprövning, liksom försäkringssystemets effekter vad gäller civilrätten samt sanktionsmöjligheter.

Den 1 januari 2007 trädde en ny lag i kraft, the *Wet maatschappelijke ondersteuning*, (Social Support Act; Act of 29 juni 2006). Lagen förpliktigar alla kommuner att tillhandahålla socialt stöd. Den riktar sig inte uteslutande till patienter, utan till medborgare i behov av socialt stöd. Syftet beskrivs vara att möjliggöra för kommunerna att utveckla en sammanhållen policy för socialt stöd och välfärd då den nya lagen omfattar tidigare *Welzijnswet* (Welfare Act), *Wet voorzieningen gehandicapten*, (Services for the Disabled Act) samt delar av *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, (Exceptional Medical Expenses Act). Den nya lagen ska åstadkomma en mer sammanhållen kedja av socialt stöd och där medborgare även har möjlighet till ansvarsutkrävande gentemot kommunerna. Lagen lyfter exempelvis fram stöd till äldre, rörelsehindrade, personer med psykiska och/eller psykosociala problem. Sammanlagt sju klientprofiler har definierats samt olika former av stöd som sträcker sig alltifrån städhjälp i hemmet till vuxenutbildningscenters och olika former av vårdinsatser.

Departementet för Hälsa, välfärd och sport i Nederländerna förbereder under 2008 en ny lagstiftning inom det patienträttsliga området, ”*Seven rights for the patient: investning in the patient-provider relationship*” (Ministry of Health, Welfare and Sport 2006-07). Rättigheterna syftar till att stärka patientens ställning inom sju områden;

- **Rätt till en tillgänglig vård**

Förslagen innefattar dels att ge sjukhus med akutmottagningar särskilda resurser för att säkerställa tillgänglighet dels prestationsersättningar till vårdgivare för att säkerställa kontinuitet och för att göra vården mer patientfokuserad.

- **Rätt att välja och att få information som underlättar val**

Patienter ska ges en direkt utkrävbar rättighet att få information med vilken som underlag de kan välja vårdgivare. Lagstiftningen ska klargöra att rätten till information inkluderar rätt till information om behandlingar och om väntetider.

- **Rätt till kvalitet och säkerhet**

Departementet för Hälsa, välfärd och sport utvecklar tillsammans med Hälso- och sjukvårdsinspektoratet kvalitetsindikatorer som är tänkta att vara dynamiska och ska revideras kontinuerligt. För att förbättra säkerheten ska man systematiskt undersöka om det är nödvändigt att anta minimum säkerhetsstandards. Om det är nödvändigt ska riktlinjer formuleras inom ett antal områden. Vårdgivares följsamhet till säkerhetsstandards och riktlinjer ska vara transparent för utvärdering.

- **Rätt till information, samtycke, journal och integritet**

Tillämpningsområdet för de befintliga patienträttigheterna ifråga om lagen om vårdkontrakt (se ovan) kommer att vidgas till att även omfatta omvårdnad och omsorgsverksamhet.

- **Rätt att förvänta sig samordning mellan vårdgivare**

När en patient behandlas inom olika delar av vården parallellt eller successivt ska vårdgivare åläggas att konsultera med varandra och samordna behandlingen. Om nödvändigt kan en patient hålla vårdgivare till svars för uppkomna skador eller åkommor orsakade av vårdgivarnas underlåtelse av samordning.

- **Rätt till effektiva och tillgängliga klagomåls- och konfliktprocedurer**

Utöver patienters rätt att utkräva sina rättigheter i en civil domstol ska patienter med klagomål som inte kan lösas av vårdgivaren ha möjlighet att föra sitt klagomål till en oberoende, extern kommitté. Kommittén ska ha befogenhet att betala ut skadestånd på upp till € 25 000.

- **Rätt till delaktighet i beslutsfattande och god ledning**

Patientråd ska samarbeta mer som seriösa diskussionspartners med vårdgivarnas styrelser än vad de gör idag. Patienter eller deras företrädare ska ges möjlighet att påverka, genom lokala patientråd, beslut som påverkar deras liv och livskvalitet. Departementet för Hälsa, välfärd och sport vill även möjliggöra att patienter repre-

senteras av professionella företrädare, eventuellt från patientorganisationer.

Departementet för Hälsa, välfärd och sport anger att dessa förändringar ska ha genomförts till 2011.

4.1.4 Vårdval

Utmärkande kännetecken för det nya försäkringssystemet är att det finns en standardförsäkring för alla. Medborgare har möjlighet att byta försäkrare varje år och försäkringsbolagen konkurrerar om kunderna. Patienter och försäkrare är tänkta att stimulera leverantörer att tillhandahålla bättre kvalitet. Individer som inte har möjlighet att betala den fastställda premiesumman för basförsäkringen har möjlighet att ansöka om ett vårdbidrag. Storleken på denna subvention baseras på individens inkomst. Finansieringen av systemet består, förutom av den individuella försäkringen, även av en arbetsgivaravgift på ca 6 procent (van Ginneken 2005). Avgiften går till en fond som även erhåller ett statligt bidrag och används för att riskutjämna försäkrare emellan för högkostnadspatienter.

Försäkringstagare i Nederländerna betalar en premie (en nominell premie) vilken i genomsnitt uppgår till ungefär € 1 050/år. Försäkraren bestämmer nivån av denna nominella premie, men är förpliktigad att tillhandahålla samma vård till alla försäkringstagare i kompensation för denna premie. Försäkrare är även förpliktigade att acceptera alla försäkringstagare för detta baspaket, vilket menas garantera solidaritet inom systemet (Ministry of Health 2008a). När det nya försäkringssystemet infördes 2006 fanns en bestämmelse om återbetalning vid ej utnyttjad sjukvård. Denna bestämmelse togs bort efter två år, då den hade visat sig vara ineffektiv och administrativt komplex. Sedan 2008 har den ersatts med en självrisk för alla försäkrade från och med 18 års ålder. Självriskens nivå är satt till lägst € 150 (undantaget kroniskt sjuka där självrisknivån är lägst € 103). Därutöver kan sjukvårdsförsäkrare välja självrisknivå upp till maximalt € 500. Kostnader för primärvård, mödrahälsovård och hemvård är exkluderade från självriskens nivå (Maarse 2008).

Utöver val av försäkrare kan medborgare välja inom följande kategorier;

- Nivån av den nominella premien.

- Typ av försäkringsbrev (vård eller ersättning av utgifter) och den service tillhandahållen av vårdgivaren.
- Självrisknivå, från € 150 (€ 103 för kroniskt sjuka) upp till € 500.
- Tilläggsförsäkringar för vård som inte inkluderas i baspaketet.

Sjukvårdsförsäkrare måste uppfylla de rättsliga kraven, men är tillåtna att generera vinst. I regel verkar de på nationell nivå men det är även tillåtet med mindre, regionala försäkrare. Tanken är att konsumenterna ska sätta press försäkringsgivarna genom att välja mellan olika försäkringspaket. Under det nya försäkringssystemets första år förekom en betydande flytt av personer mellan olika försäkringsföretag. Sedan dess har marknaden konsoliderats och domineras nu av sex större försäkringsföretagskoncerner (Ministry of Health, Welfare and Sport 2008a).

Tillsynsansvar

The Netherlands Health Care Inspectorate är en oberoende myndighet under Departementet för Hälsa, Velfärd och sport och har till huvuduppgift att övervaka sjukvårdssystemet samt arbeta för patientsäkerhet, kvalitet och tillgänglighet. Formellt är ministern ansvarig för myndighetens aktiviteter men dess aktiviteter detaljregleras inte av ministern. Tillsynen innefattar konsultationer, inspektioner, och vid behov, sanktioner. Såväl institutioner som enskilda vårdgivare ingår i myndighetens ansvarsområde och årligen genomförs även mätningar av vissa prestationsindikatorer på alla sjukhus (se The Netherlands Health Care Inspectorate 2008).

National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) är en annan oberoende myndighet under Ministeriet för Hälsa, Velfärd och Sport som även denna övervakar den offentliga hälso- och sjukvården. I detta innefattas såväl övervakning av verksamheten som riskanalyser och att utveckla policymetoder för att designa standards på nationell och internationell nivå (se National Institute for Public Health and the Environment 2008).

4.1.5 Utvärderingar

Då lagen stadgar att femtio procent av alla vårdutgifter måste betalas genom inkomstrelaterade bidrag och femtio procent genom

nominella premier har det nya systemet inneburit en betydande höjning av den nominella premien för medborgare i de lägre inkomstnivåerna. En höjning från tidigare € 350 år 2005 till € 1 050 år 2006. Den högre nominella premien har motiverats från regeringens sida med att den ska öka kostnadsmedvetenheten hos befolkningen. Höjningen, som innebar förlorad köpkraft för de lägre inkomstgrupperna, har lett till att mer än fem miljoner nederländska medborgare nu får månatliga inkomstberoende subventioner för sjukvårdsförsäkringen.

Konkurrensen på försäkringsmarknaden har främst kretsat kring prissättningen av de olika premierna. Premier för gruppförsäkringar har erbjudits till priser under självkostnadspris för försäkringsföretagen. Det har uppskattats att försäkrare har förlorat mellan € 375 och € 950 miljoner genom tillhandahållandet av basförsäkringspaketen. Ungefär tjugo procent av den nederländska befolkningen har bytt försäkringsgivare, vilket är en långt högre siffra än tidigare. Reformen har fått en massiv mediabevakning, bland annat ifråga om skillnader mellan olika premier, vilket bedöms ha ökat befolkningens medvetenhet om möjligheter att byta försäkring. Många övergick även från individuella kontrakt år 2005 till gruppförsäkringar år 2006 och de flesta försäkringsprogram erbjöd också betydande premierabatter för gruppkontrakt, upp till 6,5 procent lägre premiekostnad än för individuella kontrakt.

Oro har framförts för att försäkrare ska välja bort högriskpatienter för tilläggsförsäkringar. Såväl 2006 som 2007 deklarerade alla försäkringsföretag att alla sökande för tilläggs paket skulle accepteras. Försäkringsföretagen har under denna period även tillkännagett fusioner som godkänts av den nederländska konkurrensmyndigheten. Efter dessa fusioner är ca nittio procent av befolkningen försäkrade av sex stora försäkringskoncerner. Resterande tio procent försäkras av sju små regionalt organiserade sjukvårdsförsäkrare. Fler fusioner är planerade, men hade 2007 ännu inte godkänts av konkurrensmyndigheten (Douven et al. 2007).

En undersökning av de patientklagomål som inkommit till de lokala klagomålsenheterna under 2006 visade att en majoritet (68 procent) av klagomålen berörde specialisters kliniska utförande. Klagomålen gällde bland annat tillkortakommanden i yrkesutövares möte med patienter, samt den information patienter fått av yrkesutövaren. En majoritet (89 procent) anförde även att det starkaste motivet till klagomålet var att undvika ett upprepande av inci-

denten, att klagomålsenheter skulle ge en rekommendation till det aktuella sjukhuset att vidta förändringar. Nästan lika stor andel (84 procent) angav att det var mycket viktigt att den misstagen skulle medges av yrkesutövaren ifråga när det inträffat (Friele 2006).

4.2 Frankrike

4.2.1 Hälsa- och sjukvårdsreformer

Det franska försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystemet har av tradition präglats av starka frihetsbetonade ideal i kombination med grundläggande sociala ambitioner. Den institutionella organisationen för hälso- och sjukvårdssystemet förändrades betydligt genom Juppé-reformen 1996, parlamentarisk kontroll infördes över hälso- och sjukvårdssystemet och dess resurser. Vidare tydliggjordes ansvarsrollerna för staten respektive sjukvårdsförsäkringsfonderna. Reformen syftade vidare till att stärka den regionala nivån, bland annat genom att skapa nya regionala institutioner. Ytterst styr staten och de lagstadda sjukförsäkringsfonderna det franska hälso- och sjukvårdssystemet, även om den reella ansvarsfördelningen har kritiserats för dess otydlighet.

Det franska hälso- och sjukvårdssystemet väckte uppmärksamhet internationellt då det 2000 utnämndes av WHO till världens bästa hälso- och sjukvårdssystem. Samtidigt har Frankrike betydande svårigheter med budgetunderskott och en otydlig ansvarsfördelning mellan stat och sjukvårdsförsäkringsfonder.

Hälso- och sjukvårdssystemet baseras på ett nationellt socialförsäkringssystem i kombination med element av skattefinansierade och kompletterande frivilliga försäkringar. Systemet består av tre huvudsakliga försäkringsplaner. Den generella planen, *Régime général*, täcker ungefär 84 procent av befolkningen, arbetstagare inom handel och industri, deras familjer samt CMU-förmånstagare (förtydligas nedan). Jordbruksplanen, *Mutualité sociale agricole*, täcker jordbrukare och jordbruksanställda och deras familjer. Planen för icke-jordbrukare och egenanställda medborgare, *Régime Social des Indépendants*, täcker hantverkare och egenanställda personer som exempelvis advokater etc. Ytterligare försäkringsplaner täcker särskilda kategorier av befolkningen, även de på arbetsrelaterad basis. Flertalet av dessa är knutna till den generella planen, såsom exempelvis lokala och nationella tjänstemän, läkare som

arbetar under statliga avtal, studenter samt militär personal. Vardera av dessa tre planer är ansluten till en nationell sjukvårdsförsäkringsfond och lokala strukturer motsvarande graden av geografisk spridning (European Observatory on Health 2004a).

Universalitet i systemet uppnåddes 2000 genom *Couverture Maladie Universelle* (CMU), som tillförsäkrar en lagstadgad rätt till sjukvårdsförsäkring baserad på bostadsadress. Genom denna reform är alla medborgare med en inkomst under € 6 600/år undantagna premiekostnader. (Eurohealth 2006). En betydande majoritet av den franska befolkningen har tecknat tilläggsjukvårdsförsäkringar, år 2002 var denna andel hela 91 procent av befolkningen. Som ett komplement till CMU år 2000 infördes därför år 2004 *Loi n° 2004-840 relative du 13 août 2004 à l'assurance maladie* (Lag om sjukförsäkring). Genom lagen infördes vouchers, en så kallad försäkringspeng som subvention för den del av befolkningen som tidigare inte varit tilläggsförsäkrade. Nivån för denna subvention avgörs av såväl inkomst som ålder. Reformen har även betydelse för ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdsförsäkringsfonderna samt den interna styrningen för fonderna (Health Policy Monitor 2006).

4.2.2 Beställar- och utförarstruktur

Patienten är berättigad ersättning när vården har utförts eller förskrivits av en läkare, tandläkare, barnmorska eller institution som är registrerad i det lagstadgade sjukvårdsförsäkringssystemet. Avgifter för olika typer av läkarbesök sätts på nationell nivå, generellt sett förväntas patienter betala vårdproducenterna själva och sedan begära full eller delvis ersättning från sin sjukförsäkringsfond. Denna regel gäller dock ej vid sjukhusvård eller för de patienter som är förmånstagare genom CMU.

Det offentliga systemet täcker 76 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. En allmän egenavgift kallad *Contribution sociale généralisée* (CSG) och som utgörs av en inkomstskatt om 5,25 procent (3,95 procent på pensioner, arbetslöshetsersättning och dag ersättning). Denna avgift finansierar cirka 30 procent av sjukvårdskostnaderna. Skatteinkomster från tobak och alkohol går även till den allmänna socialförsäkringen och står för 3,4 procent av dess inkomster. Resterande del av de offentliga sjukvårdskostnaderna finansieras av arbetsgivarna genom arbets-

givaravgifter (12,8 procent av bruttolönen) och av arbetstagarna som utöver CSG betalar ytterligare 0,75 procent i sociala avgifter för att finansiera dagersättning. De sociala avgifterna och CSG utgör cirka 18,8 procent av lönen och till detta tillkommer avgifter för eventuella tilläggsförsäkringar som uppgår till 2–4 procent av de försäkrades inkomster (Palier 2006).

Ersättningsprinciperna innebär bland annat att sjukvårdsförsäkringssystemet beviljar medborgare tillgänglighet till de registrerade yrkesutövare de väljer. Ett läkarbesök ersätts av sjukförsäkringsfonden med 70 procent av den avgift patienten själv betalar. I de fall en tilläggsförsäkring finns tecknad täcker denna vanligtvis resterande avgift. Läkare har även möjlighet att tillämpa egna besöksavgifter, dessa ersätts dock av försäkringsfonderna enbart upp till den nivå som har satts nationellt. Ersättningen för sjukvårdskostnader står för 84,9 procent av kostnaderna i den lagstadgade sjukvårdsförsäkringen Resterande 15,1 procent går till försäkringar för föräldraledighet, sjukersättning eller handikappersättning.

I allmänhet finns ingen volymgräns för ersättning för den vård som utförs. Läkare måste följa riktlinjer för förskrivning av läkemedel, men har trots detta en betydande frihet i förskrivningen. Öppenvården omfattar såväl allmänläkare som specialistläkare, 49 procent av läkarna inom öppenvården i Frankrike är specialister. I en rapport publicerad av SKL konstateras att styrproblemen är akuta i Frankrike, då ingen aktör har varken medel eller lust att styra primärvårdens läkare (ibid.).

4.2.3 Patienträttigheter

Redan 1974 antogs en fransk Patients' Charter som sedan uppdaterades 1995. *Chartern, Charte du patient hospitalisé. Annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995*, är att betrakta – liksom den tidigare engelska – snarare en politisk viljeförklaring än ett författningsdokument. Den består av ett antal generella principer gällande bland annat att offentliga sjukhus ska vara tillgängliga för alla, särskilt de mest missgynnade samt att de ska vara anpassade för rörelsehindrade personer. Vårdinrättningar ska garantera kvalitet i behandling, vård och bemötande. Chartern deklarerar vidare att information som ges till patienten måste vara lättillgänglig och tillförlitlig samt att patienten ska ha rätt att med-

verka i valet av dennes behandlingar och att patientens informerade samtycke krävs inför varje medicinsk insats. Slutligen lyfts patientens integritet fram, liksom dennes rätt till de egna journalerna samt rätt till kompensation vid felaktigt bemötande.

Ett författningsdokument infördes den 4 mars år 2002, genom *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* (Lag om patienters rätt och kvalitet i hälso- och sjukvårdssystemet), en lag som syftade till att stärka patienters kollektiva och individuella rättigheter. Ett av de viktigaste målen med lagen var att stärka patienters möjlighet till inflytande inom hälso- och sjukvårdssystemet. Lagen inleds med ett stycke om demokrati inom hälso- och sjukvårdssystemet och berättigar patienter bland annat direkt tillgång till sina journaler som en del av förstärkandet av de individuella rättigheterna.

Lagen syftar även till att förbättra kvaliteten och fortsatt utveckling av vidareutbildning för hälso- och sjukvårdspersonal och praxis. Vidare reglerar lagen kompensation för patienter som skadats i vården. Andra medel för att stärka kollektiv representation och konsumentinflytande är att stärka patientorganisationers roll (status, möjlighet att stämma i domstol, representation i regionala och nationella institutioner), delaktighet i kommissioner på alla sjukhus samt att utveckla konsumentinformation. Lagen innehåller även en paragraf som förpliktigar alla verksamma inom hälso- och sjukvården att offentliggöra eventuella ekonomiska intressen i medicinska produkter (L'article 26).

Möjlighet till klagomål i domstol finns enligt paragrafen L. 4122-3. I första hand är intentionen att frambringa en överenskommelse mellan patienten och representanten för yrkesutövaren. Om det inte är möjligt går ärendet vidare till en högre instans. Vid varje länsråd ska en förlikningskommission tillsättas, som består av minst tre av länsrådets ledamöter. Förlikning kan genomföras av en eller flera av kommissionens ledamöter, enligt de villkor som fastställts genom ett påbud från högsta förvaltningsdomstolen.

När klagomål inkommer till länsrådet ska dess ordförande skicka ett mottagningsbevis till den klagande, informera den berörda läkaren, tandkirurgen eller barnmorskan och sammankalla dem inom en månad från det datum som klagomålet registrerats för att försöka få till stånd en förlikning. Om detta skulle misslyckas ska denne inom tre månader från det datum som klagomålet registrerats vidarebefordra klagomålet till disciplinnämndens första

instans med ett motiverat yttrande från rådet och i förekommande fall medverka vid en förlikning.

Förutom den klagande och den yrkesverksamma som drabbats av disciplinära påföljder har även hälso- och sjukvårdsministern, den statliga representanten i länet eller regionen, åklagaren (*procureur de la République*), länsstyrelsen (*conseil départemental*) och det berörda yrkessamfundet rätt att överklaga. Om beslut som fattats i disciplinnämndens första instans överklagas skjuts verkställigheten av beslutet upp. Beslut som fattas av den nationella disciplinnämnden kan överklagas till högsta förvaltningsdomstolen.

4.2.4 Vårdval

Det franska hälso- och sjukvårdssystemet är uppmärksammat för dess höga grad av frihet, valmöjligheter för patienter, pluralism i utbudet samt god tillgänglighet och avsaknad av väntetider. I systemet har patienter obegränsad tillgång till vård. Patienter kan besöka läkare så ofta de vill och det har inte funnits något remiss-tvång för specialister, alltså inte någon grindvaktsfunktion. Denna frihet i systemet anses delvis ligga till grund för såväl den höga rankningen i WHO:s utvärdering som de höga (och stigande) sjukvårdskostnaderna. Sedan 1970-talet har finansiell hållbarhet varit en nyckelfråga och ett flertal reformer har syftat till att förbättra kostnadskontrollen.

Från och med 2004 infördes *médecins traitant* (behandlande läkare) inom primärvården. Patienten har därigenom möjlighet att välja en allmänläkare med motsvarande husläkarfunktion. Syftet är att skapa bättre integration mellan primärvård och specialiserad vård, men *médecins traitant* har även en grindvaktsfunktion. Samma år infördes även en avgift på € 1 för läkarbesök, med motivet att öka befolkningens kostnadsmedvetenhet i en ambition att minska överkonsumtion. År 2006 hade cirka tre fjärdedelar av den franska befolkningen valt en *médecins traitant* (Eurohealth 2006).

Tillsynsansvar

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), är en av Frankrikes tre departementsöverskridande tillsynsorganisationer. IGAS ansvarsområde sträcker sig över arbetslagstiftning, sysselsättning

och hälsa. Även om IGAS lyder under ansvariga ministrar beskrivs inspektörerna som oberoende och deras utvärderingsarbete regleras i lagtext. Alla berörda enheter är ålagda enligt lag att medverka i dessa utvärderingar. Huvudansvaret för tillsynsorganisationen är att tillse följsamhet och implementering av regleringar samt att säkerställa lämpligt nyttjande av offentliga resurser.

Vidare har IGAS en rådgivande roll genom att tillhandahålla beslutsfattare med oberoende prestationsutvärderingar. En officiell rapport lämnas årligen till presidenten, regeringen och parlamentet med information om aktuellt tillstånd i de ansvarsområden IGAS bevakar. Dessa rapporter finns även till förfogande för allmänheten via organisationens webbsida (se Inspection Générale des Affaires Sociales 2008).

4.2.5 Utvärderingar

Den institutionella komplexiteten i det franska hälso- och sjukvårdssystemet har orsakat en spänning mellan staten, hälso- och sjukförsäkringsfonderna och vårdproducenterna. Det betydande budgetunderskottet är också ett fortlevande hot mot systemets stabilitet och de förslag Sarkozyadministrationen lagt för att bemöta underskottet har frammanat stor kritik i den politiska och allmänna debatten. Förslagen har bland annat syftat till att en större del av vårdkonsumtionen ska betalas av patienterna själva som ett medel för att öka kostnadsmedvetenheten hos befolkningen. En opinionsundersökning genomförd 2007 visade att 61 procent av den franska befolkningen ansåg att framtida avgifter för vård vore "något rätt så dåligt" (Ionesco 2007).

Vid slutet av 2005 hade 178 335 personer nyttjat vouchers för att teckna tilläggsförsäkringar och antalet har ökat stadigt sedan dess. Viss kritik riktades mot att subventionen endast täckte in ca 20 procent av målgruppen då medelavgiften för en tilläggsförsäkring var ca € 430 och subventionen stannade vid mellan € 75 och € 250 och var därmed otillräcklig för många. Därför höjdes värdet av subventionen 2006 med 60 procent för personer över 60 år och med 33 procent för övriga.

Under de två första månaderna av 2006 hade 70 000 ytterligare personer erhållit berättigandecertifikat för subventionen. Ungefär 40 procent av förmånstagarna är under 25 år, 45 procent är mellan 25 och 59 år och 14 procent är äldre än 60 år. Icke-vinstdrivande

försäkrare täcker ungefär 79 procent av dessa förmånstagare, vinstdrivande försäkrare täcker resterande 21 procent (Franc och Perronnin 2006).

4.3 Finland

4.3.1 Hälsa- och sjukvårdsreformer

Under det senaste decenniet har hälso- och sjukvården i Finland karakteriserats av många parallella åtgärder. Åtgärderna anses ha utmärkts av en viss ambivalens med avseende på hur den regionala nivån ska utformas. Den problematik som lyfts fram i reformåtgärderna har främst kretsat kring att de små kommunerna inte klarat av att tillhandahålla hälso- och sjukvård samt att kommunal ägarstyrning av kommunalförbund inte ansetts fungera väl. Under 2005-2006 genomfördes ett kommun- och servicestrukturprojekt med syftet att skapa större geografiska enheter som underlag för de tjänster som kommuner ansvarar för. Sedan 1993 har Finland även en patienträttighetslag som avser hela hälso- och sjukvården samt de hälsovårdstjänster som ges vid socialvårdens inrättningar. Under 2005 introducerades en lagstadgad vårdgaranti som definierar längsta väntetider för icke-akut vård.

Lagen om en kommun- och servicestrukturreform, lagarna om ändring av lagen om kommunindelningen samt ändring av lagen om överlåtelseskatt trädde i kraft i februari 2006. Enligt lagen ska en kommun eller ett samarbetsområde som ombesörjer primärvård och därtill hörande uppgifter inom socialväsendet ha minst cirka 20 000 invånare. Kommuner bör eftersträva sammanslagningar, grunda samarbetsområden eller delegera de uppgifter som kräver ett brett befolkningsunderlag till en samkommun som tar över tjänsterna. Arbetet är avsett att slutföras före utgången av 2009.

Reformen innebär en betydlig förändring av primärvårdsstrukturen i Finland. Mindre än en fjärdedel av hälsocentralerna hade före reformen ett så stort befolkningsunderlag som reformen förutsätter. Särskilda bidrag har beviljats för att öka incitamenten för kommunerna till sammanslagningar till kommuner som till sin befolkningsmängd blir betydligt större än de nuvarande kommunerna (Johnsson et al. 2006).

4.3.2 Beställar- och utförarstruktur

Hälso- och sjukvården i Finland är ett primärkommunalt ansvar och kommunerna finansierar 42 procent av de totala kostnaderna. För specialiserad vård sker obligatorisk samverkan i kommunalförbund (sjukhusdistrikt). Kommunerna förhandlar årligen om volymer och priser med respektive sjukhusdistrikt. Dessa förhandlingar resulterar i en överenskommelse om kommunernas betalningsandelar och därmed en totalkostnadsram. Kommunerna erhåller även statsbidrag som motsvarar cirka 18 procent av totalkostnaderna. Den nationella försäkringen för bland annat läkemedel i öppenvård bidrar med ytterligare 15 procent. Patientavgifter står för ca 20 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Ungefär 10 procent av befolkningen har tecknat privata sjukvårdsförsäkringar, dessa täcker ca 3 procent av kostnaderna.

De flesta primärvårdsläkare är offentligt anställda med månadslön. I större kommuner och städer finns emellertid, i jämförelse med Sverige, relativt många privatpraktiserande specialistläkare. Även företagshälsovården erbjuder i Finland hälso- och sjukvård och utgör därmed ett alternativ för den yrkesverksamma delen av befolkningen. Sedan 1980-talet har ett system med egenläkare utvecklats. Systemet innebär att en primärvårdsläkare tillsammans med ett vårdlag har ansvaret för en geografiskt avgränsad befolkning. I egenläkarsystemet avlönas läkare med en kombination av lön (60 procent), kapitering (20 procent), besöksersättning (15 procent) och ersättning från kommunerna (5 procent). De flesta sjukhus är offentliga (Johnsson et al. 2006).

Den finska staten styr kommunerna och andra serviceproducenter genom att ställa kvantitativa och kvalitativa mål för tjänsterna och utfärda rekommendationer samt genom information och verksamhetsmodeller som stöd för verksamheten. Staten kan också använda sig av författnings- och resursstyrning om kommunerna inte ordnar tillräcklig service inom rimlig tid, eller om befolkningens möjligheter att få likvärdiga social- och hälsovårdstjänster är hotade. Social- och hälsovårdsministeriet framhåller även att med efterhandskontroll kan man förebygga och rätta till brister och fel i servicens innehåll och kvalitet (Social- och hälsovårdsministeriet 2008a).

4.3.3 Patienträttigheter

Finland har sedan den 1 mars 1993 en patienträttighetslag, *Lagen om patientens ställning och rättigheter Nr 785/1992*. Lagen stadgar bland annat om följande:

- Patientens samtycke krävs för vården.
- Patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, vårdens omfattning, riskfaktorer och alternativ till vården.
- Patienten har rätt att kontrollera de uppgifter som antecknats om honom/henne i journalhandlingarna och korrigera dem.
- Om en person måste köa för vård meddelas orsaken till dröjsmålet och den beräknade väntetiden.
- En person som är missnöjd med vården kan göra en anmärkning till vårdinrättningen.
- Vårdinrättningen ska ha en patientombudsman som bistår patienten och informerar patienten om hans/hennes rättigheter och vid behov hjälper patienten med att göra en anmärkning, klagan eller ersättningsansökan.
- Då en minderårig patient vårdas ska hans/hennes åsikt beaktas när barnet är tillräckligt utvecklat för att uttrycka sin åsikt. Barnets utveckling bedöms av en läkare eller en annan yrkesutövare.
- Barnets vårdnadshavare har inte rätt att förbjuda vård som behövs för att avvärja fara som hotar en minderårig persons liv eller hälsa.

En patient som är missnöjd med den vård han eller hon fått eller med bemötandet i samband med vården kan göra en anmärkning till vårdenhetens chef. Vid hälsovårdscentralerna och sjukhusen finns en patientombudsman som informerar om patienters rättigheter och som vid behov kan hjälpa till med att göra en anmärkning eller anföra en klagan på vården. Syftet är att ge patienten möjlighet att på ett enkelt och smidigt sätt framföra sin åsikt till vårdenheten. Samtidigt ges vårdenheten möjlighet att snabbt rätta till situationen. Om det vid behandlingen av anmärkningen framgår att den exempelvis kan leda till patientskadeansvar, skadeståndsansvar eller disciplinärt förfarande hjälper patientombudsmannen patienten att

anhängiggöra ärendet vid Patientförsäkringscentralen eller med att anföra klagomål.

Klagomål kan anföras hos länsstyrelsen, som vanligen är den instans som behandlar dessa. Detta gäller i de fall då det inte är fråga om personalens felaktiga förfarande utan tjänstens kvalitet eller andra rättigheter patienterna har. Mer komplicerade klagomål överförs för behandling till Rättsskyddscentralen för hälsovården. Enligt lagen om ändring av lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 1200/2007 § 26 kan Rättsskyddscentralen för hälsovården ge en yrkesutbildad person en påföljd för felaktigt förfarande. Dessa påföljder kan innefatta att, för en bestämd tid eller tills vidare, begränsa en legitimerad yrkesutbildad persons rätt att utöva yrket eller i allvarliga fall, återkalla den rätt att utöva yrket som beviljats en yrkesutbildad person.

Patienten kan klaga direkt till Rättsskyddscentralen för hälsovården, men enligt en överenskommen arbetsfördelning skickar Rättsskyddscentralen de flesta klagomålen till länsstyrelserna. Länsstyrelsen kan ge en anmärkning även till organisationen (Rättsskyddscentralen för hälsovården 2008).

4.3.4 Vårdgaranti

Vårdgarantin, som trädde i kraft den 1 mars 2005, hade som uttalat syfte att förbättra vårdens tillgänglighet samt utjämna regionala skillnader i tillgänglighet och medicinsk praxis. Garantin grundades i ändringar i flera av de lagar som reglerar hälso- och sjukvården i Finland, bland annat lagen om specialiserad sjukvård. Vårdgarantin stipulerar längsta väntetider till icke-akut vård och gäller såväl primärvård som specialistvård. Grundprinciperna är att den vård-sökande ska, under kontorstid, komma i omedelbar kontakt med hälsocentralen och att en bedömning av eventuellt vårdbehov ska genomföras inom tre vardagar. Sådan vård som inte kan ges inom primärvården ska ordnas inom tre månader. Vid vissa vårdcentraler ges även specialiserad sjukvård. I sådan fall tillämpas samma tidsgränser som inom den specialiserade sjukvården. För att få vård på sjukhus fodras en remiss och behov av vård ska bedömas inom tre veckor från att remissen anlant till sjukhuset. Om läkare efter att ha undersökt patienten konstaterar att patienten behöver sjukhusvård, ska vården inledas senast inom sex månader. Om sjukhuset inte inom utsatt tid kan ge den vård patienten behöver ska vården

ordnas på annat håll, exempelvis vid ett annat sjukhus eller en privat vårdinrättning. För patienten förorsakar det inga extra kostnader (Social- och hälsovårdsministeriet 2005).

Arbetsgruppen som haft till uppgift att bereda sammanslagningen av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård lämnade den 16 juni 2008 ett förslag till en ny lag om hälso- och sjukvård. Enligt detta förslag ska möjligheterna för patienter att välja hälsovårdstjänster över kommungränserna förbättras. Patienten ska då ha möjlighet att i samråd med den vårdande läkaren välja vid vilken enhet inom specialansvarsområdet han eller hon vill få vård. I dagsläget är dock det fria vårdvalet i Finland tämligen begränsat (Social- och hälsovårdsministeriet 2008b).

Tillsynsansvar

Den 31 oktober 2008 fattade den finska riksdagen beslut om att inrätta ett nytt verk för tillstånd och tillsyn inom social- och hälsovården (Lag 669/2008 om Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården). Lagen innebär att ett nytt tillstånds- och tillsynsverk för social- och hälsovården inrättas från och med den 1 januari 2009. Verket övertar de uppgifter som för närvarande sköts av Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral (STTV) och Rättskyddscentralen för hälsovården (TEO) och ska dessutom sköta uppgifter som hänför sig till styrningen och övervakningen av socialvården. Verkets uppgifter som hänför sig till tillsyn över socialvården träder i kraft från och med den 1 januari 2010.

Länsstyrelserna ska även i fortsättningen ha det huvudsakliga ansvaret för tillsynen i de egna regionerna men Tillstånds- och tillsynsverket ska ha koordineringsansvar för tillsynen av både hälso- och socialvården. Syftet med att slå samman två tillsynsmyndigheter inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde är att klargöra administrationen och ministeriets styrning. Då tjänsterna, styrningen och tillsynen sköts av en myndighet menas servicen och informationstillgängligheten förbättras för både aktörerna och medborgarna. Målet uppges vara att jämlikheten mellan medborgarna och näringsidkarna ska kunna förverkligas i så stor utsträckning som möjligt både när det gäller tjänster och tillsyn. Det nya ämbetsverket ska som huvudsaklig uppgift styra de allmänna förfaringsätten inom länsstyrelsernas tillståndsförvaltning och tillsyn. Dessutom ska ämbetsverket ha direkt lednings-

och tillsynsbehörighet i vissa situationer. Ämbetsverket ska även ha i uppgift att skapa ett enhetligt tillstånds- och tillsynsförfarande i fråga om social- och hälsovårdstjänster.

4.3.5 Utvärderingar

Enligt Statsrådets förordning om förverkligandet av rätten att få vård och om regionalt samarbete (1019/2004) 5 § ska verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården offentliggöra uppgifter om väntetider. Detta sker minst en gång i halvåret via internet, genom meddelande eller på motsvarande sätt. Ministeriet och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (STAKES) och Rättskyddscentralen för hälsovården (TEO) övervakar två gånger per år hur väl vårdgarantin förverkligas. Vårdköerna till den specialiserade sjukvården förkortades efter införandet av vårdgarantin. I slutet av april 2008 hade 4 563 personer köat i mer än sex månader för att få vård. Motsvarande siffra i slutet av 2006 var 7 332 (Social- och hälsovårdsministeriet 2008c).

Uppföljningar av vårdgarantin genomförda av Finlands läkarförbund ett halvår efter ikraftträdandet visade att 60 procent av läkarna från vårdcentraler ansåg att vårdgarantin medfört en ökad arbetsbörda. Motsvarande andel bland sjukhusläkare var något lägre, drygt 50 procent. En ökad arbetsbörda rapporterades särskilt av läkare på sådana vårdcentraler där befolkningsansvaret och därmed patientantalet är stort. Knappt hälften av läkarna vid vårdcentralerna ansåg att patienterna bättre kunde nå vårdcentralerna efter vårdgarantins införande. Ungefär lika stor andel av samtliga läkare trodde att väntetiderna till specialistbedömning på sjukhus och till kirurgisk behandling hade blivit kortare.

I en parallell befolkningsenkät ansåg 74 procent av respondenterna att de fick telefonkontakt med vårdcentralen tillräckligt snabbt och 65 procent att de fick ett läkarbesök inom rimlig tid. På frågan huruvida införandet av vårdgarantin inneburit snabbare kontakt och kortare väntetider till läkarbesök, svarade 38 procent jakande. Andelen vårdsökande som besökt vårdcentralen och var mycket nöjda eller ganska nöjda med den vård man fått uppgick till 86 procent. Andelen mycket eller ganska missnöjda var 13 procent. Mest nöjda var invånarna i de mindre kommunerna (Johnsson et al. 2006).

Få utvärderingar har genomförts av implementeringen av den finska patienträttighetslagen, vilken nu mer än tio år gammal. Slutsatser som gjordes i en analys från 1996 var bland annat att det var svårt att särskilja vad i utvecklingen som specifikt kommit av den nya patienträttighetslagen och vad som kommit av den allmänna utvecklingen. Den generella bilden var ändå att den hade haft en positiv effekt. Utrymme för förbättringar fanns dock specifikt gällandes patienters tillgång till information och rätt till självbestämmande (Pahlman et al. 1996).

I en analys av patienträttigheter i de nordiska länderna påpekar Lars H. Fallberg att den finska patienträttslagen bygger på skyldigheter för personalen och huvudmännen snarare än absoluta rättigheter för patienterna. Exempelvis begränsas ”rätten till vård” av tillgång till resurser. Regleringar beträffande patienters samtycke till vård och behandling, menar Fallberg, förutsätter underförstått att tyst eller förmodat samtycke är rättsligt tillräckligt. Trots kritiken mot denna typ av vaghet i lagstiftningen konstaterar Fallberg, i likhet med Pahlman et al., att uppfattningen i den allmänna opinionen, bland sjukvårdspersonal samt patienter är att patienträttighetslagen haft en positiv inverkan på hälso- och sjukvården (Fallberg 2000).

4.4 Danmark

4.4.1 Hälso- och sjukvårdsreformer

Hälso- och sjukvårdssystemet har i Danmark har sedan 1970 varit organiserat utifrån tre nivåer: nationell (stat), regional (amter) och lokal (kommuner). Åren 2005-2007 genomfördes en strukturreform som innebar att amterna ersattes med fem regioner som ansvarar för hälso- och sjukvården. Antalet kommuner minskades från 275 till färre än 100. Regionerna styrs av direktvalda politiker och ansvarar för den hälso- och sjukvård som inte innefattas i primärvården samt för den regionala utvecklingen (Johnsson et al. 2006).

4.4.2 Beställar- och utförarstruktur

Genom strukturreformen och avskaffandet av amterna övertogs finansieringsansvaret av hälso- och sjukvården i Danmark av staten.

Regionerna har inte beskattningsrätt trots att de styrs av direktvalda politiker. Det innebär att Danmark efter reformen har två skattenivåer, en kommunal och en statlig. Staten tar ut en särskild hälsoskatt av medborgarnas inkomster. Finansieringen sker således dels via statsbidrag dels av kommunerna.

Hälsoministeriet har på nationell nivå haft ansvar för lagstiftning, övervakning och riktlinjer. Landstingsförbundet och Nationella kommunförbundet budgetförhandlar årligen med hälsoministeriet och finansdepartementet för att sätta upp mål för hälsoutgifterna. Efter strukturreformen är det alltså de fem regionerna som ansvarar för hälso- och sjukvården. Primärvården är emellertid fortsatt kommunal.

De flesta sjukhus är offentliga och staten styr genom lagstiftning, finansieringsansvar samt driftsansvar. Privata, vinstdrivande sjukhus finns men i regel bedriver de inte akut vård och svarar för en mycket liten andel av antalet vårdplatser. Frivillig privat försäkring är relativt vanlig i Danmark och omfattar ca fyrtio procent av befolkningen. Trots detta täcker de privata försäkringarna endast några få procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnad. Allmänläkare är husläkare och verkar som egna företagare och skriver kontrakt med kommunerna. Ersättningsystemet utgörs av cirka en tredjedel kapitering och resterande ersättning per prestation (Johnsson et al. 2006).

4.4.3 Patienträttigheter

År 1998 infördes *Lov om patienters retsstilling, Lov nr 482 af 1 juli 1998*. Patienträttighetslagen innehåller regler om patientens rättigheter i situationen som patient och omfattar följande områden;

- Syfte, användningsområden, definitioner m.m.
- Självbestämmande, innefattar bland annat regler om informerat samtycke till vård.
- Självbestämmande i särskilda situationer, berör bland annat rätten att neka att ta emot blod, rätten att slippa livsuppehållande behandling samt att rätten skriva ett livstestamente som reglerar hur man vill bli behandlad om man blir svårt sjuk.

- Insyn i den egna journalen.
- Tystnadsplikt för vårdpersonal.
- Bestämmelser om klagomål och straff vid brott mot tystnadsplikt.
- Regler om lagens ikraftträdande.

Det utvidgade sjukhusvalet infördes den 1 januari 2003 och regleras i sjukhuslagen. Enligt *Sundhedsloven lov nr. 546 af 24 juni 2005*, kap. 66, har Sundhedsstyrelsen ansvar för att utvärdera följsamheten till lagen.

De främsta målen med lagen beskrivs vara att skydda patienters integritet, värdighet och autonomi. Lagen innehöll inte några bestämmelser kring hur och när rätt till behandling uppstår och inte heller gav den rätt till att välja mellan olika behandlingar. I februari 2008 upphörde *Lov om patienters retsstilling, Lov nr 482 af 1 juli 1998* och bestämmelserna ingår nu istället i Sundhedsloven enligt *Lovbekendtgørelse nr 95 af 7 februar 2008*. Sundhedslovens bestämmelser om patienters ställning motsvarar bestämmelserna i den tidigare patienträttighetslagen. Dock har man fört in nya bestämmelser i lovens § 41, stk. 2, nr. 2 och nr. 3 om epikris liksom bestämmelsen i § 42 a om inhämtning av elektronisk journalinformation. Sundhedsstyrelsen uppger att flera av föreskrifterna kommer att revideras under nästa år.

Klagomålsfunktionen är centralt organiserad genom Sundhedsstyrelsens Patientklagenævn. Dit kan patienter vända sig med klagomål beträffande till exempel sjukvårdspersonalens aktiviteter, ofullständig information eller brott på tystnadsplikt. Patientklagenævnet tar emot klagomålet och efter genomgång skickas den vidare till Embedslægen (Sundhedsstyrelsens lokala kontor) i det amt där behandlingen utförts. Samtidigt skickas en kopia till den myndighet eller arbetsgivare som ansvarar för berörd sjukvårdspersonal. Embedslægen inhämtar uppgifter hos de personer som omfattas av klagomålet och skickar efter utredning tillbaka klagomålet till Patientklagenævnet som därvid utarbetar ett förslag till avgörelse. Patientklagenævnet tar då ställning till huruvida sjukvårdspersonalen begått fel och denna bedömning skickas sedan tillbaka till berörda parter samt Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2008c).

Sedan 2003 finns även en rätt till en second opinion i Danmark. Den danska motsvarigheten till Socialstyrelsen tillsatte då en rådgivande panel, som tar sig an patienter med livshotande cancersjukdomar, och som inte omedelbart kan få behandling på offentliga sjukhus. Panelen kan ge råd om att patienten ska få experimentell behandling i utlandet, eller exempelvis på privata sjukhus i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2008b).

4.4.4 Vårdval och vårdgaranti

Utöver strukturreformen av det danska hälso- och sjukvårdssystemet har huvudlinjerna för de senaste årens hälso- och sjukvårdsreformer i Danmark kännetecknas av en förstärkning av patienträttigheter, reducering av väntetider, införandet av prestationsersättningar samt avskaffandet av apoteksmonopolet.

Det danska vårdvalet består av två olika slags fritt val av sjukhus, valfrihet och utvidgad valfrihet. Den senare är kopplad till väntetider i hemregionen, medan den första är oberoende av väntetider. Sedan 1993 har patienter rätt till ett fritt vårdval avseende behandling på offentligt ägda sjukhus över amtsgränser, med undantag för vård på högspecialiserade universitetssjukhus.

Under 2002 utvidgades denna valfrihet och gav patienter rätt att söka valfri vård på antingen privata kliniker/sjukhus eller utomlands om väntetiden är längre än två månader. Från och med 2007 kortades denna tid ner till en månad och gäller från den dag sjukhuset tar emot en remiss. Stödet till patienters vårdval formaliserades från januari 2005 genom en lagstiftning som reglerar regionernas och sjukhusens informationsplikt (Socialstyrelsen 2005). Det fria vårdvalet stöds av en central databas som visar väntetiderna vid olika sjukhus. Sundhedsministeriet ansvarar för databasen, som finns tillgänglig på ministeriets webbsida (se Sundhedsministeriet 2008). Sundhedsstyrelsen publicerar även rapporter om följsamheten till väntetidsgarantin (se Sundhedsstyrelsen 2008c).

Tillsynsansvar

Sundhedsstyrelsen har ansvar för att övervaka och utvärdera verksamheten enligt Sundhedsloven § 215. Arbetet syftar till att bibehålla en hög kvalitet och effektivitet i preventions- och

behandlingsåtgärder inom hälso- och sjukvården. Tillsynen innefattar att identifiera problemområden samt att förbättra behandlingskvalitet och patientsäkerhet. Sundhedsstyrelsen utfärdar riktlinjer och rekommendationer till den lokala och regionala hälso- och sjukvårdssektorn samt certifierar och licensierar sjukvårdspersonal. Utvärderingen sker med utgångspunkt i kvantitativa databaser för hälso- och sjukvårdsverksamheterna samt utvärderingar av utvalda teman. Likaså åligger ansvaret för att utvärdera patienträttigheterna Sundhedsstyrelsen samt det övergripande planeringsansvaret för vidareutbildningar för läkare och tandläkare (Sundhedsstyrelsen 2008a).

4.4.5 Utvärderingar

Mellan åren 1997 till 2003 skedde en ökning av andelen icke-akuta patienter som behandlades utanför hemregionen, från 8 procent till 11,3 procent. Patientmobiliteten har varit varierande i olika regioner, med högre mobilitet i urbana regioner, förmodligen beroende på kortare transportdistanser och koncentration av vårdgivare i och omkring Köpenhamn.

Den danska befolkningen har en relativt hög medvetenhet om dessa valmöjligheter, regionernas patientundersökningar visade att år 2004 var denna andel 87 procent. Dock varierar medvetenheten mellan olika specialiteter. Utöver specialitet har även danskarnas nyttjande av valmöjligheter påverkats av ålder och social bakgrund. Inom olika specialitetsområden påverkas val av förväntade väntetider på olika sjukhus/kliniker. Patienter i åldrarna 50–54 väljer i större utsträckning att utnyttja rätten till valfrihet inom två månader från remissutfärdandet. Allmänläkare rapporterar att patienter med medel- eller hög utbildningsnivå och patienter från övre samhällsklasser är mer troliga att utnyttja valfriheten.

I en telefonintervjuundersökning angav en majoritet av respondenterna att deras val skulle avgöras av väntetider och kvalitet. Hela 82 procent angav att de skulle vara villiga att resa till ett annat län för att få behandling på sjukhuset med högst kvalitet. Patienters faktiska preferenser har dock visat sig vara mer heterogena än friska individers hypotetiska preferenser och patienter ställda inför ett val är mindre benägna att resa (Vrangbaek et al. 2007).

4.5 England

4.5.1 Hälsa- och sjukvårdsreformer

Den engelska hälso- och sjukvården styrs av regeringen och hälso- och sjukvårdssystemet, NHS (National Health Service), omfattar allmän hälso- och sjukvård och ska förse alla invånare med avgiftsfri läkarvård. Under 1990-talet hade NHS ur ett internationellt perspektiv mycket långa väntetider till vård och behandling, befolkningens tillfredsställelse med vården har i Eurobarometerundersökningar varit bland de lägsta inom EU15-länderna. Stora och genomgripande reformer inom NHS har genomförts sedan Labour tillträdde 1997, fokus skiftade då från intern marknad och konkurrens till samarbete och kompanjonskap (Johnsson et al. 2006).

4.5.2 Beställar- och utförarstruktur

Genom reformen *Primary care trust* 2002 delades primärvården in i 481 primärvårdsgrupper som sedan minskades till 303 och slutligen till 152 PCT. Dessa finansieras genom ett befolkningsbaserat statsbidrag och utgör numera 80 procent av NHS totala budget. PCTs kontrakterar allmänläkare och annan primärvårdspersonal och svarar för produktionen av primärvårdstjänster. Från och med 2004 tilldelades även PCTs en självständig rätt att beställa hälso- och sjukvårdstjänster från sjukhusen, vilket innebär att PCTs fått än större inflytande över NHS budget. För den specialiserade vården finns det 290 NHS Hospital Trusts vilka ansvarar för 1 600 sjukhus och specialistvårdskliniker. Numera finns det även 92 Foundation Trusts vilka är fristående organisationer med större frihet inom NHS, genom att de tecknar avtal om tillhandahållande av vård via NHS, men kan inte direkt styras av hälsoministern (NHS 2008a).

4.5.3 Patienträttigheter

Storbritannien införde 1992 en så kallad Patients' Charter, vilken var att betrakta som en politisk viljeförklaring snarare än ett författningsdokument. Den ursprungliga chartern behandlade bland annat patienters rätt att var registrerad hos allmänläkare, rätt till akutvård, rätt till remiss till godtagbar specialistvård, rätt till information och inflytande över vården, tillgång till sin journal, etc.

Chartern innehöll vidare nationella standarder i olika avseenden som för till exempel väntetider till vård. År 2001 ersattes Patients' Chartern med ett dokument med titeln "Your Guide to the NHS" (NHS 2008d). Den initiala Chartern hade inte betraktas som särskilt användbar, vårdpersonalen uppfattade den som ett politiskt uppifrån och ned – initiativ och det ansågs även att den bidragit till att skapa orealistiska förväntningar på vården hos patienterna. Avsikten med det nya dokumentet var att klargöra för befolkningen vilka förväntningar den kan ha på det brittiska hälso- och sjukvårdssystemet (Einevik Beckstrand 2006).

Vid missnöje med behandling har patienten rätt att anföra klagomål vid det aktuella sjukhuset/NHS Trust. Klagomål ska hanteras inom sex månader från det datum då ärendets klagomål ägde rum. Tidsgränsen kan dock förlängas så länge det behövs för att utreda ärendet. Detta förfarande benämns *local resolution*. Om frågan inte kan lösas på denna nivå kan patienten anföra klagomål vid en *Healthcare Commission*, som genomför en granskning av klagomålet. En ytterligare högre instans är Health Service Ombudsman, en myndighet oberoende av såväl NHS som regeringen. Till patientens stöd finns inom varje NHS Trust en patientrådgivare (*Patient Advice and Liaison Services*, PALS) som kan ge råd om hur klagomål ska föras eller medverka till en informell lösning. Ytterligare stöd för att föra klagan kan finnas vid *Complaint Advocacy Service* (ICAS) som ger gratis och oberoende stöd för patienter som vill föra formella klagomål gentemot NHS (NHS 2008b).

4.5.4 Vårdval och vårdgaranti

Pilotprogram för ökade valmöjligheter genomfördes under 2002 och 2003. Under 2004 introducerades de första patientvalslotsarna. Valfriheten i NHS bygger på att patienter som fått en remiss till specialiserad vård ska ha möjlighet att välja det sjukhus där de vill bli behandlade. Intentionen var att alla patienter som får en remiss av sin allmänläkare till specialiserad vård ska få möjlighet att välja mellan minst fyra olika sjukhus samt vid en tidpunkt som patienten anser lämplig. Denna reglering trädde i kraft den 1 januari 2006. I maj samma år vidgades valmöjligheterna från att avse lokala alternativ till att även omfatta vårdgivare på nationell nivå. Till en början var valmöjligheterna begränsade till de sjukhus som hade avtal med NHS om att tillhandahålla vård. Från och med april 2008 har

patienter dock möjligheten att välja vilket sjukhus som helst, så länge det lever upp till de krav NHS satt upp. Konkurrensen om patienterna sker genom kvalitet och inte kostnad, då NHS fastställer taxor för olika behandlingar nationellt (NHS 2007-8).

På den officiella webbsidan, NHS Choices (www.nhs.uk) finns förutom information om valmöjligheterna även bland annat en funktion för att jämföra olika sjukhus efter olika typer av kriterier. Vidare finns även möjlighet att ta del av andra patienters rankning av olika sjukhus.

Olika former av vårdgarantier har funnits inom NHS sedan början av 1990-talet. De första ansatserna visade dock att insatser för att korta väntetider omedelbart möttes av en ökad efterfrågan. Under 2000 togs en ny strategi fram som innebar att vårdgivare successivt skulle närma sig en maximal väntetid på 12 veckor från remiss till behandling. Denna kapacitetshöjning skulle åstadkommas genom särskilt tilldelade ekonomiska resurser, en övergång till dagkirurgi samt översyn av vårdkedjor och organisationen. (Socialstyrelsen, 2008). År 2004 infördes en ny vårdgaranti som innebär att patienter garanteras att få träffa sjukvårdspersonal inom 24 timmar och en allmänläkare inom 48 timmar. Vad gäller väntetider till behandling hos specialistvård gäller från och med 2008 maximalt 18 veckor från remissutfärdandet (Oliver, Adam 2007).

Tillsynsansvar

Health Care Commission är ansvarig för att övervaka engelska hälso- och sjukvårdsorganisationer såväl inom NHS som oberoende, privata. Utvärderingarna grundas i hur väl hälso- och sjukvårdsorganisationerna lever upp till de standards Hälsoministeriet, *Department of Health*, satt upp. Kommissionen presenterar dessa utvärderingar i en årlig rapport som rankar varje NHS Trust i England och presenteras för parlamentet. En del av kommissionens arbete syftar även till att vårdgivare kontinuerligt förbättrar sin verksamhet (NHS 2008c) Från och med den 1 april 2009 genom lagen *Health and Social Care Act 2008* kommer en ny tillsynsorganisation att inrättas där tre tidigare tillsynsorganisationer slås samman; *Health Care Commission*, *Commission for Social Care and Inspection* och *Mental Health Act Commission*. Den nya organisationen kommer att heta Care Quality Commission och kommer att överta de tre tidigare organisationernas ansvarsområden.

4.5.5 Utvärderingar

En nationell patientundersökning över valfriheten genomfördes av det brittiska hälsodepartementet i november 2007. Den visade bland annat att andelen medborgare medvetna om valmöjligheterna redan före sitt allmänläkarbesök ökat, från 29 procent i maj/juni år 2006 till 41 procent i november 2007. Andelen som varit medvetna om möjligheterna och även blivit erbjudna val var 61 procent medan 32 procent blivit erbjudna val utan tidigare medvetenhet. Dessa siffror för 2006 var 64 respektive 32. Andelen patienter som de facto fick vård på det önskade sjukhuset var 65 procent, 25 procent hade inga preferenser och sju procent fick inte sina val tillgodosedda. Hälften av de patienter som blev erbjudna val angav att de använde sin allmänläkare som en informationskälla för underlag av val, en tredjedel angav att de valde utifrån egen eller närståendes erfarenheter (Department of Health 2007).

Väntetidsgarantierna inom NHS har haft en relativt god inverkan på väntetider men vissa negativa effekter har också identifierats. En sådan negativ effekt är tecken på att sjukhus manipulerat statistiken i det så kallade ratingsystem som infördes, där följsamhet till väntetidsgarantin var en av indikatorerna. En annan följd som påvisats är att prioriteringen av väntetidsgarantin medfört minskade resurser för andra områden, såsom exempelvis service till äldre och psykiatrin. Tidigare uppföljningar genomförda på uppdrag av det brittiska Parlamentet (underhuset) visade att insatserna år 1998/99 för att minska väntetider för elektiva operationer ledde till ökade väntetider inom den öppna vården. Denna bild av undanträngningseffekter bekräftades även av revisorerna vid brittiska Riksrevisionen och Hälsodepartementet som konstaterade att var femte läkare prioriterade patienter som låg nära de maximala tidsgränserna för garantin och som inte hade blivit behandlade i den prioritetsordningen om läkarna följt de tidigare principerna för prioritering (Socialstyrelsen 2008).

Tidigare nämnd nationell patientundersökning från 2007 visade att andelen patienter som var nöjda med väntetiden mellan remissutfärdandet till sjukhusbesök var 78 procent och för första gången prioriterades sjukhusens renlighet och låga infektionssiffror av fler patienter (76 procent av patienterna) än lokalisering eller transporteringsmöjligheter (Department of Health 2007).

4.6 Norge

4.6.1 Hälsa- och sjukvårdsreformer

Husläkarreformen (fastlegeordningen) och det statliga övertagandet av sjukhusen är två av de större reformerna som genomförts de senaste åren, parallellt med vårdvalreformerna. Det norska hälso- och sjukvårdssystemet är i huvudsak offentligt. Ägarskap för de offentliga sjukhusen överfördes år 2002 från de 19 fylkeskommunerna till statlig nivå.

4.6.2 Beställar- och utförarstruktur

Genom överförandet av huvudmannskapet har staten numera såväl lagstiftande ansvar som finansierings- och driftansvar för sjukhusen och den specialiserade vården (exklusive tandvård som fortfarande fylken och kommuner ansvarar för). Sjukhusen organiseras i hälsoföretag (stiftelser) i anslutning till fem regionala regionsmyndigheter (RHE) med tillsynsansvar. Varje regionalt hälsoföretag ansvarar för att befolkningen i det aktuella geografiska området har tillgång till specialistvård. I dotterbolagen ingår ofta flera sjukhus. Såväl de regionala hälsoföretagen som varje sjukhus leds av en styrelse.

Formellt är hälsoföretagen fria att bedriva hälso- och sjukvården, staten styr verksamheten genom lagstiftning, styrelsemöten samt olika typer av direktiv. Genom sitt ägande av de regionala hälsoföretagen är staten ansvarig för övergripande kvalitet, policyutformning samt budgetering. Innan år 2002 tilldelades landstingen ramanslag från staten, landstingen bestämde sedan hur pengarna skulle nyttjas. Efter reformen ansvarar och kontrollerar staten helt finansieringen av sjukhusen och ersättningen går främst till de regionala hälsoföretagen (Johnsson et al. 2006).

Kommunerna innehar primärvårdsansvar, vilket innefattar allmänläkarvård och hemsjukvård. År 2001 infördes ett listnings-system inom primärvården för att stärka allmänläkarens roll och patienters valmöjligheter. Allmänläkarna är husläkare och fungerar som egna företagare som skriver kontrakt med kommunerna. Ersättningen utgår dels per kapitering dels per prestation (det norska husläkarsystemet finns utförligt beskrivet i delbetänkandet Vårdval i Sverige SOU 2008:37). Vidare har aktivitetsbaserad ersättning introducerats och gradvis expanderats från och med 1997. Mellan

åren 2002 och 2004 ägde en betydande del sammanslagningar av sjukhus rum, ungefär 70-80 sjukhus omorganiserades in i 25 hälsoföretag (Ringard et al. 2006).

4.6.3 Patienträttigheter

År 1999 antog det norska parlamentet en patienträttighetslag som gäller den specialiserade vården, LOV 2. Juli 1999 Nr. 63 Om *Pasientrettigheter*. Lagen var initialt en sammanställning av tidigare utspridda lagregleringar kring patienters rättigheter. Bland dessa finns bland annat regleringar avseende fritt sjukhusval, rättigheter till undersökning och behandling inom en viss tid samt rätt att medverka i valet av behandling. Vidare innehåller lagen en bestämmelse om förnyad medicinsk bedömning (s.k. "second opinion") och gäller en gång för samma sjukdomstillstånd. Den norska patienträttighetslagen innehåller även en absolut skyldighet för hälso- och sjukvården att ta emot patienter med akut vårdbehov. I Kommunhälsovårdslagen, LOV 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, regleras rätten till en fast husläkare samt rätten att byta husläkare upp till två gånger varje år.

Med stöd av är kommunhälsovårdslagen kan invånare få tillstånd en prövning hos Helsetilsynet i fylket av husläkarens åtgärder, gällande till exempel bristande uppföljning, medicinering och/eller diagnostiska åtgärder. Det kan även handla om problem med att få tid hos husläkaren, bristande telefontillgänglighet och service i allmänhet. Avgörande vid prövningen av klagomål är kommunhälsovårdslagens krav att patienten ska få "nödvändig hälsovård i den kommun där han eller hon bor eller tillfälligt uppehåller sig". Häri ligger en rätt till rimlig standard, den miniminivå som är medicinskt försvarbar. Att få sitt behov av nödvändig hälsovård tillgodosett är en individuell rättighet som den enskilde kan göra gällande mot kommunen. Helsetilsynet i fylket kan initiera ärende hos Statens helsetilsyn som har vissa påtryckningsmöjligheter – bland annat böter – enligt lagen om statlig tillsyn över hälsovården, Lov 30. mars 1984 om statlig tilsyn av helsetjenesten (Statens helsetilsyn 2007).

En patient eller företrädare för en patient, som anser att dennes rättigheter enligt § 2-1 (*Rett til nødvendig helsehjelp*) inte uppfyllts kan anföra klagomål till en klagonämnd som utnämns av departementet enligt § 7-2. Klagonämnden ska ha fem medlemmar och

ledas av en jurist. Dessa utnämns i perioder om två år. Klagonämndens funktion gäller då patientens anmodan att få dessa rättigheter uppfyllda.

Ett generellt fritt sjukhusval infördes 2001 och avser såväl undersökning som behandling inom och utanför det egna fylket. Lagen gäller dock ej akutsjukvård. Tre betydelsefulla tillägg som gjordes i lagen 2003 och som i praktiken konstituerar en form av vårdgaranti sammanlänkad med patienters vårdval. Den specialiserade vården måste fastställa en, utifrån medicinsk bedömning, rimlig tidsgräns inom vilken nödvändig behandling ska tillhandahållas. En patient har rätt att, om den ansvariga sjukvårdsregionen inte kan erbjuda nödvändig vård inom tidsgränsen, få behandling hos en privat vårdgivare eller en vårdgivare utomlands. Om sjukvårdsregionen inte kan erbjuda adekvat behandling har patienten vidare rätt att få behandling utomlands inom den stipulerade tidsgränsen. Patienträttighetslagen befäster även patienters rätt att välja sjukhus/enhet inom en hälsoföretagsstiftelse från och med remissutfärdandet (Vrangbaek et al. 2007). Från och med september år 2004 utökades denna möjlighet till att gälla även privata sjukhus och enheter. Patienten har emellertid inte rätt att välja vårdnivå själv, remiss krävs från allmänläkare (Socialstyrelsen 2005).

Den version av lagen om patienträttigheter som gäller från 2006 är indelad i åtta kapitel efter följande områden;

- Allmänna bestämmelser.
- Rätt till vård.
- Rätt till delaktighet och information.
- Samtycke till vård.
- Rätt till insyn i journalen.
- Barns särskilda rättigheter.
- Klagomål.
- Patientombud.

4.6.4 Vårdval och vårdgaranti

Sedan 1990 har Norge tillämpat ett system med väntetidsgaranti som prioriteringsinstrument. I den ursprungliga föreskriften garan-

terades patienter med akut livshotande tillstånd omedelbar behandling, tidpunkten för mindre allvarligt sjuka patienter skulle vara beroende av ledig kapacitet. År 1997 tillkom en väntetidsgaranti som garanterar patienter som remitterats till en specialistmottagning en medicinsk bedömning inom 30 dagar från att remissen tagits emot. Denna rätt till medicinsk bedömning ingår sedan 2001 i lagen om patienträttigheter (Einevik Beckstrand 2006).

De två stegen i de norska valfrihetsreformerna hade skiljaktiga och i viss mening motstridiga mål. I det första steget var valfriheten ett element i tidiga marknadsorienterade reformer, framför allt som medel för kostnadskontroll genom priskonkurrens och/eller effektivisering. Valfriheten i detta skede introducerades således parallellt med fryst eller minskad offentlig finansiering, vilket i sin tur försämrade tillgängligheten och därmed kan förmodas ha negativa effekter för patientmobilitet och valfrihet. Det andra ledet, den utökade valfrihetsreformen år 2004, skedde i anknytning till vidare reformprogram syftandes till att utöka kapacitet, produktivitet och tillgänglighet samt resurser. I likhet med utvecklingen inom NHS (England) kan det således skönjas en policyutveckling från marknadsorienterade valfrihetsreformer, genom stärkt central kontroll och kostnadskontroll till utökat utbud och valmöjligheter.

Varken regioner eller sjukhus har i regel rätt att neka eller ge lägre prioritet till patienter från andra regioner i Norge. Under exceptionella förutsättningar har sjukhus emellertid möjlighet att neka nya patienter, exempelvis om väntetider gör att befolkningen inom regionen inte kan erbjudas adekvat vård inom rimlig tid. Den aktivitetsbaserade ersättningen konstituerar vidare ett starkt incitament för implementeringen av valfrihet och har utökats från 30 procent år 1997 till 60 procent år 2005. Regionerna har även möjlighet att besluta huruvida denna ersättning för valfrihetspatienterna ska gå direkt till hälsoföretaget (sjukhuset) eller till regionens kassa. (Ringard et al. 2006).

En särskild vårdgaranti inom psykiatrin för barn och ungdomar upp till 23 år trädde i kraft från och med den 1 september 2008. Detta tillägg i pasienträttighetsloven innebär att barn och ungdomar har rätt till specialistbedömning inom 10 arbetsdagar och att behandling ska erbjudas inom maximalt 65 arbetsdagar (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet 2008).

Tillsynsansvar

Statens helsetillsyn är den centrala tillsynsmyndigheten för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Med detta följer att ett övergripande ansvar för myndigheten att följa upp och utvärdera Fastlegeordningen. Sedan 2003 bedrivs det praktiska tillsynsarbetet av varje enskild fylkes hälso- och sjukvårdstjänster och personal av myndighetens regionala kontor, Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylket bedriver tillsyn såväl på nationell som på regional nivå (SOU 2008:37).

4.6.5 Utvärderingar

En rapport från Oslo Universitet över patientmobiliteten mellan 1999 och 2003 visar en ökning för elektiva patienter som vårdats utanför det egna hälsoföretaget från 485 000 till 639 000. Antalet patienter som vårdats utanför hemregionen har ökat från 40 500 till 62 400 patientkontakter. Den största ökningen skedde dock inom den privata sektorn som nästan dubblade antalet patientkontakter från 18 404 år 2002 till 35 095 år 2003. (Ringard et al. 2006).

År 2004 genomfördes cirka 10 procent av alla behandlingar och 14 procent av alla elektiva behandlingar utanför patientens boendeområde. Antalet besök hos privata vårdgivare har ökat markant, med 180 procent från år 2002 till år 2003. Uppföljningar har visat att den viktigaste variabeln för att utöva möjlighet till val mellan sjukhus är patienters utbildningsbakgrund. Vidare är de kvinnliga patienterna mer benägna än de manliga att utöva valmöjligheterna.

En tolkning som görs i Vraengbaek et al. är att då väntetider består, är det andra faktorer än just förväntade väntetider som värderas högst. De två viktigaste faktorerna vid val har anses vara sjukhusets rykte och uppfattning om kompetensnivå. Medvetenheten om möjligheterna till val var relativt hög år 2004, 69 procent. De första åren efter patienträttighetslagens ikraftträdande (2001) fördes klagomål fram i den offentliga debatten om en begränsad medvetenhet om dessa möjligheter. Detta resulterade i att man på statlig nivå påbörjade informationskampanjer som exempelvis en nationell webbsida med information om valmöjligheter samt en gratis upplysningstelefonlinje. Dessa betydande insatser till trots visar uppföljningar att de främsta källorna till information är dags-

tidningar (32 procent) och allmänläkare (18 procent) (Vrangbaek et al. 2007).

Andra studier visar dock att de patienter som sökt vård i annan region har betydligt kortare väntetid än de som vårdats vid det närmsta relevanta sjukhuset. Tolkningen som görs i denna studie är att "det lönar sig" att utnyttja det fria vårdvalet då de som sökt vård i annan region i genomsnitt har ett dygns kortare väntetid vid sjukhus. Denna studie visar även att det främst är patienter med de lindrigaste åkommorna som utnyttjar det fria vårdvalet (Socialstyrelsen 2005).

Den norska staten har inte genomfört några utvärderingar av implementeringen av patienträttighetslagen och vid Helse- og omsorgsdepartementet har man inte heller tagit något formellt beslut om framtida sådana utvärderingar.

Tabell Sammanfattning av den europeiska utblicken över initiativ för att stärka patientens ställning

	Nederländerna	Frankrike	Finland	Danmark	England	Norge
Patienträttighetslag	Ja	Ja, samt Patients' Charter	Ja	Ja	Nej, avskaffad Patients' Charter	Ja
Vårdgaranti	Nej, vårdval anses garantera tillgänglighet	Nej, vårdval anses garantera tillgänglighet	Ja	Ja	Ja	Nej, vårdval anses garantera tillgänglighet
Rätt till val av:						
Allmänläkare	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Sjukhus/Specialistmott	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Tillgång till egen journal	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Rätt till second opinion	Ej formaliserad, enbart genom vårdval	Ej formaliserad, enbart genom vårdval	Ja	Ja	Ej formaliserad, enbart genom vårdval	Ja
Patienter kan föra klagan till:						
Formaliserad hantering vid klinik	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Lokal/regional nivå	Ja, vid klagomålsenheter	Ja, vid Länsstyrelserna	Ja, vid Länsstyrelserna	Ja, vid Embedslägen	Ja, vid Healthcare Commission	Ja, vid Helsetilsynet i fylket
Nationell nivå	Ja, vid en ansvarsnämnd	Ja, vid förvaltningsdomstol	Ja, vid Rättskyddscentralen	Ja, vid Patientklagenævnet	Ja, vid Health Service Ombudsmen	Genom Helsetilsynet i fylket kan klagomål initieras vid Statens helsetilsyn
Tillsynsansvar	The Netherlands Health Care Inspectorate/ National Institute for Public Health and the Environment	Inspection Générale des Affaires Sociales	Rättskyddscentralen för hälsovården/Social och hälsovårdens produkt-tillsynscentral	Sundhedsstyrelsen	Health Care Commission	Statens helsetilsyn

2. Referenser:

- Department of Health. 2007. Report on the National Patient Choice Survey, nov 2007. NHS.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. 2008. Ot.prp.nr.53 (2006-2007). Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventedisgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen), edited by Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- Douven, Rudy. Esther Mot och Marc Pomp. 2007. Health Care reform in the Netherlands. The Hague.
- Eindevik Beckstrand, Kerstin. 2006. Patienträttigheter i Sverige och övriga Norden. Stockholm.
- Eurohealth. 2006. New government arrangements for French health insurance. *Eurohealth* 12 (3).
- European Observatory on Health, Systems and Policies. 2004a. Health Care Systems in Transition, France 2004. WHO.
- . 2004b. Health Care Systems in Transition, Netherlands 2004. WHO.
- Fallberg, Lars H. 2000. Patients rights in the Nordic Countries. *European Journal of Health Law* (7):123-143.
- Franc, Carine och Marc Peronnin. 2006. Health Insurance voucher plan: mid-term evaluation. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Health Policy Monitor.
- Friele, D. Roland. Emmy M. Sluijs 2006. Patient expectations of fair handling complaint in hospitals: empirical data. BMC Services Research.
- Inspection Générale des Affaires Sociales. 2008. Qu'est ce que l'Inspection générale des affaires sociales? Tillgänglig via <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/web/inspection-control-evaluation-igas/presentation-igas/qu-est-ce-que-inspection-generale-affaires-sociales.html>. (Besökt: 2008-11-17).
- Ionesco, Carmiola. 2007. France's president faces backlash over health-care reforms. *Lancet* 370 (9583):209-210.
- Johnsson, Pia Maria, Emelie Aghard, och Mats Brommels. 2006. Hälso- och sjukvårdens strukturreformer. Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Ansvarskommitténs skriftserie. Stockholm.

- Maarse, Hans. 2008. Mandatory deductible in basic health insurance. University of Maastricht, Department of Health Organization, Policy and Economics. Health Policy Monitor.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 2006-07. Letter to the President of the House of Representatives of the States General. "Seven rights of the patient: investing in the patient-provider relationship. Ministry of Health, Welfare and Sport, The Netherlands: House of Representatives, Parliamentary Papers.
- . 2008a. Choosing with Care. The equipping of patients and consumers in a demand driven sector. Ministry of Health, Welfare and Sport, The Netherlands.
- . 2008b. The new care system in the Netherlands, durability, choice, quality, efficiency. Ministry of Health, Welfare and Sport, The Netherlands.
- National Institute for Public Health and the Environment. 2008. National Institute for Public Health and the Environment. Tillgänglig via <http://www.rivm.nl/en/>. (Besökt: 2208-11-17).
- Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. 2006. Consumer price sensitivity in health insurance. The Hague.
- NHS. 2007-8. Choice matters: Putting patients in control. It's your choice.
- . 2008a. About the NHS. Tillgänglig via <http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/authoritiesandtrusts/Pages/Authoritiesandtrusts.aspx#q02>. (Besökt: 2208-11-20).
- . 2008b. NHS Complaints. Tillgänglig via http://www.adviceguide.org.uk/index/family_parent/health/nhs_complaints.htm. (Besökt: 2208-11-17).
- . 2008c. NHS Health Care Commission. Tillgänglig via <http://www.nhs.uk/aboutnhs/Regulation/Pages/HealthcareCommission.aspx> (Besökt: 2208-11-20).
- . 2008d. Your guide to the NHS. Tillgänglig via www.nhs.uk/nhsguide/start.htm. (Besökt: 2008-11-20).
- Oliver, Adam. 2007. More developments in waiting times. London School of Economics and Political Science. Health Policy Monitor.
- Pahlman, Irma, Terhi Hermanson, Anja Hannuniemi, Jari Koivisto, Petri Hannikainen, och Paula Ilveskivi. 1996. Three years in force: Has the Finnish act on the status and rights of patients materialized? *Medicine and Law* 15:791-603.

- Palier, Bruno. 2006. Hälso- och sjukvårdens reformer. En internationell jämförelse. Sveriges kommuner och landsting.
- Ringard, Ånen. Terje P. Hagen och Ana Rico. 2006. Introducing patient choice of hospital in National Health Systems - A comparison of the UK and Norway. Institute of Health Management and Health Economics, University of Oslo.
- Rättskyddscentralen för hälsovården. 2008. Finland. Tillgänglig via <http://www.teo.fi/SE/TEO/Sivut/etusivu.aspx> (Besökt: 2008-11-17).
- Social- och hälsovårdsministeriet, Helsingfors. 2005. Patientens rättigheter.
- . 2008a. Organisation. Tillgänglig via <http://www.stm.fi/Resource.phx/sve/organ/index.htm>. (Besökt: 2008-11-25).
- . 2008b. Skrivelse. Utvärdering av vårdgarantin.
- . 2008c. Tillgången till specialiserad vård har avsevärt förbättrats.
- Socialstyrelsen. 2005. Hälso- och sjukvårdsrapport, 2005. Stockholm.
- . 2008. Uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm.
- SOU. 2008:37. Vårdval i Sverige. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Statens helsetilsyn. 2007. Veileder i behandling av pasientrettighetsklager. Styrende dokument. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Sundhedsministeriet. 2008. Danmark. Tillgänglig via <http://www.im.dk/im/>. (Besökt: 2008-11-17).
- Sundhedsstyrelsen. 2008a. Danmark. Tillgänglig via www.stt.dk. (Besökt: 2008-11-17).
- . 2008b. Eksperimentel kræftbehandling - second opinion. Tillgänglig via http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/4503?_ARTIKEL_ID_=1023060303164958 (Besökt: 2008-11-17).
- . 2008c. Patientklagenævnets sagsgangspjece. Tillgänglig via http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/4503?_ARTIKEL_ID_=2105031113125724&contextfolderids=1023031028210549%2C2124030930132828%2C2124030930133105#udarbejder (Besökt: 2008-11-17).
- The Netherlands Health Care Inspectorate. 2008. Supervision. Tillgänglig via <http://www.igz.nl/uk/supervision/>. (Besökt: 2008-11-17).

- van Ginneken, Ewout. 2005. Health insurance reform in the Netherlands. Tillgänglig via http://www.hpm.org/en/Surveys/TU_Berlin_-_D/06/Health_Insurance_Reform_in_the_Netherlands.html?pc:254=254&content_id=251&a=sh&search.x=77&p_ft=health+insurance&p_i=0&language=en&search.y=12 (Besökt: 2008-11-17).
- Vrangbaek, Karsten. Katarina Østergren, Hans Okkels Birk och Ulrika. Winblad. 2007. Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden. *Health Econ Policy Law* 2 (Pt 2):125-52.

Utredningens undersökning av rekommendationen om valmöjligheter

I denna promemoria presenteras utredningens egen undersökning av efterlevnaden av Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter i vården (A 00:56). Sedan 1990 har det funnits tydliga politiska ambitioner att stärka patienters ställning och möjligheter att välja vårdgivare inom den svenska hälso- och sjukvården. Patienter i Sverige har i dag större formella möjligheter till val än någonsin tidigare. Vad utredningens undersökning visar, i likhet med tidigare redovisade uppföljningar, är att mycket skulle kunna göras för att förbättra de faktiska möjligheterna för patienter att utnyttja valmöjligheterna i vården. Utredningens undersökning visar att kunskapen i sjukvårdsorganisationen om vad regelverket kring rekommendationen innebär är varierande och i många fall låg. Framför allt framträder en betydande oklarhet bekräftande vad som innefattas av rekommendationen om valmöjligheter respektive den nationella vårdgarantin.

5.1 Undersökningens genomförande

Utredningen har under vintern 2007/2008 genomfört en undersökning av hur Landstingsförbundets rekommendation om möjligheter att välja vårdgivare över landstingsgränser tillämpas. Undersökningen har genomförts dels genom en enkät dels genom intervjuer riktade mot de administrativa ledningarna för landsting, sjukhus samt patientorganisationer.

Av de 21 landstingen besvarade 18 enkäten vilket ger en svarsfrekvens om 86 procent. Av 80 tillfrågade sjukhus besvarade 32 sjukhus enkäten, vilket ger en svarsfrekvens om 40 procent. Ett flertal landsting svarade dock för sjukhus inom det egna landstinget. Datainsamlingen pågick under perioden 15 november 2007

till 15 januari 2008 och den statistiska bearbetningen genomfördes av Sifo Research International AB. På basis av sjukhusens låga svarsfrekvens angående patienters faktiska utnyttjande är det inte möjligt att dra slutsatser grundade på statistiskt säkerställda resultat. Respondenterna har angett att patienters valfrihet inte registreras specifikt i sjukhusens/landstingens redovisningar och därför är enkätundersökningens främsta bidrag att tillhandhålla information om andra aspekter av rekommendationen, såsom syn på utformning, genomförande, uppföljning samt effekter.

Intervjuer genomfördes med totalt femton personer mellan den 8 januari och den 14 februari 2008. Av dessa var fem landstingsdirektörer alternativt hälso- och sjukvårdsdirektörer inom landstinget, fem var sjukhusdirektörer, en var enhetschef på SKL, två var förvaltningschefer för patientnämnder samt två var i ledande ställning för patientorganisationer. Syftet var att ta del av deras syn på hur överenskommelsen om valmöjligheter har fungerat samt vad som skulle kunna göras för att överenskommelsen skulle fungera bättre. Företrädarna valdes ut för att representera den verksamhet de företräder, därför redovisas inte vem som sagt vad personligen. De citat som förekommer i rapporten utgår från de intervjuades egna ordval.

5.2 Undersökningens resultat

Allmänna uppfattningar

Undersökningen visar att kunskapen om vad rekommendationen om valmöjligheter innebär är varierande, och i många fall bristfällig. Framträdande är att det finns en otydlighet i uppfattningar kring vad som innefattas av rekommendationen om valmöjligheter och vad som ryms inom den nationella vårdgarantin. I flera fall fanns det även oklarheter mellan den rekommendation som reglerar valmöjligheter inom den specialiserade vården och de vårdvalsmodeller som införts inom primärvården i ett flertal landsting. Trots att en majoritet av verksamhetsföreträdarna vid såväl landsting som sjukhus uppger att rekommendationen är mycket eller ganska tillämpbar är det en betydligt mindre andel som anger att rekommendationen haft effekter på verksamheten.

Mest positiv bild av rekommendationen återspeglas i de landsting som under en längre period har tillämpat vårdöverens-

kommelser med närliggande landsting/regioner. I dessa områden anses dock att rekommendationen om valmöjligheter i vården inte föranlett någon förändring av arbetsorganisationen. Verksamhetsföreträdare framhåller att man redan utan överenskommelsen erbjuder de grader av valfrihet som överenskommelsen syftar till. En annan synpunkt som lyfts fram i ett flertal intervjuer är att utgångspunkterna för valmöjligheterna är bra men att rekommendationen behöver förtydligas samt att det finns stora förbättringsmöjligheter bekräftande informationens tillgänglighet.

De landsting som anser sig ha införlivat valfriheten i organisationen sedan en tid tillbaka tycks emellertid tillhöra undantagen. Flertalet företrädare menar att rekommendationen är bra i teorin men att den inte fungerar i den praktiska tillämpningen. En sjukhusdirektör framhåller att;

I den politiska ideologin är det väldigt lätt att tala om att värna om patientens rätt och makt och valfrihet, men i realpolitiken som regleras av tjänstemännen så är man ju lite lagom entusiastisk över att patienterna ska kunna välja fritt.

Enkätundersökningen bekräftar att en majoritet av landstingen inte infört några särskilda bestämmelser kring rekommendationen. I de landsting som anger att rekommendationen följs av särskilda bestämmelser utgörs en majoritet av dessa av särskilda remissbestämmelser. En klar majoritet av de sjukhus som svarat anger också att inga särskilda resurser avsatts för att organisera valmöjligheterna.

Företrädare för glesbygdslanosting återspeglar den främsta skepticis men gentemot valfrihetsprincipen, de uttrycker att valfrihetsprincipen är orättvis och gynnar starka patientgrupper. En landstingsföreträdare framhåller att det fria valet är hämmat eller reglerat av att varje landsting sätter upp olika former av regler för utnyttjandet av valmöjligheterna. Dessutom uppfattar denne att kunskapsnivån inom olika landsting om att patienter har rätt att välja vård i ett annat landsting oavsett skäl, är relativt måttlig, vilket är en uppfattning som är återkommande hos fler av företrädarna.

Ett oklart fritt vårdval

Som tidigare anförts är ett av de mest framträdande resultaten från intervjuerna en otydlighet mellan vad som regleras av valfrihetsrekommendationen och vad som regleras av den nationella vårdgarantin. Resultaten från enkätundersökningen tydliggör även den nära kopplingen mellan rekommendationen och vårdgarantin, då såväl landsting som sjukhus anger att de betraktade väntetider som det tyngst vägande skälet till att patienter väljer att utnyttja valmöjligheterna (44 respektive 59 procent).

En landstingsföreträdare beskriver hur det inom dennes landsting förts återkommande diskussioner om valfrihetsprincipen, då den av många uppfattas som kontroversiell och förenad med många nackdelar. Vårdgarantin däremot, framhåller denne, har uppfattats som mer rimlig och logisk. Företrädaren menar att detta beror på att valmöjligheterna i huvudsak uppfattas som ett sätt för patienter att förkorta sin väntetid. Ur verksamhetens synpunkt har detta tolkats som att relativt unga och friska får sin sjukvård prioriterad framför gamla och sjuka.

I intervjuerna lyfts även landstingens informationsskyldighet fram. Landstingsföreträdare är själva kritiska till hur denna skyldighet uppfylls och återigen tydliggörs svårigheterna med att särskilja valmöjligheterna från vårdgarantin. Frånvaron av en reell praktisk distinktion mellan det fria vårdvalet och vårdgarantin påtalas i nästintill samtliga intervjuer. Enkätresultaten visar att bland de 17 procent som anger att rekommendationen haft effekter på vårdproducenternas sätt att organiserade verksamheten, är det framför allt tillgänglighetsrelaterade åtgärder som framhålls. Vidare lämnas även kommentarer som att rekommendationen inte längre är relevant sedan vårdgarantin införts.

Outnyttjad valfrihet – ojämlikt nyttjande

I fråga om outnyttjad valfrihet är det samstämmiga svaret att en tungt vägande faktor är att patienter så långt det är rimligt föredrar att få sin vård i närheten av hemmet. Detta anses framför allt gälla den äldre delen av befolkningen och beskrivs av en landstingsföreträdare med följande ord;

Ja, det främsta skälet är nog att en stor del av en landsbygdsbefolkning och framför allt de något äldre helst vill ha sin sjukvård i sitt hemlandsting. Det gör att även om det ibland förekommer väntetider i framför allt glesbygdslandstingen så är det en betydande del som hellre väntar lite längre hemma än att åka bort.

Att äldre patienter upplever det som svårare och också har större praktiska och fysiska hinder är en bild som delas av samtliga företrädare. Även äldres förutsättningar för att ta del av information lyfts fram. Ett flertal företrädare pekar även på ekonomiska faktorer, såsom egen bekostnad av sjukresor och uppehälle på behandlingsorten. ”De som har stadig kassa kan ju naturligtvis skapa sig den möjligheten på ett helt annat sätt” – kommenterar en sjukhusdirektör.

Den främsta skepticismen gentemot valfriheten berör den upplevda risken för en utveckling mot en mer ojämlig vård. På följande vis kommenterar en sjukhusdirektör frågan om patienters ställning;

Ja, då skulle jag vilja säga som så att valfriheten är inte riktigt bra om det övergripande syftet är att stärka patientens ställning. För den skapar motsättningar mellan patientgrupper och den uppfattas inte som helt rätt i mångas ögon inom sjukvården.

En ytterligare betänklighet som framförs är huruvida valmöjligheterna kommer att leda den svenska sjukvården från en behovsbaserad vård till att bli mer efterfrågestyrd. En annan landstingsföreträdare som förvisso instämmer i att möjligheterna att göra det aktiva valet varierar mellan starka och svaga patientgrupper, ifrågasätter dock i vilken utsträckning ett beslut om att stanna på hemmaplan för vård verkligen ska betraktas som ett svaghets-tecken, huruvida det verkligen ska betraktas innebära att en patient får sämre vård om denne inte gör ett aktivt val.

Sjukhusens roll som informationsförmedlare

Intervjuerna visar att den dominerande bilden är att sjukhusen inte fungerar som en informationskanal på ett tillfredsställande sätt. Inga centraliserade informationskampanjer har genomförts i de landsting som är representerade i utredningens intervjuer. I de flesta fall har ansvaret ålagts klinikerna som i varierande grad informerar om rekommendationen i samband med kallelser till

patienter. Företrädare för såväl patientnämnder, sjukhus som landsting lyfter även fram vad de uppfattar som både en okunskap om rekommendationen och ett visst motstånd hos den medicinska professionen att fungera som en kanal för valmöjligheterna. I enkätundersökningen anger 41 procent av sjukhusen att patienter informeras om möjligheten att välja vårdgivare vid första kontakten, 28 procent vid första behandlingstillfället och 16 procent anger att inga informationsinsatser genomförs. En majoritet av sjukhusen anser även patienternas intresse är den tyngst vägande faktorn för att valfriheten ska fungera så bra som möjligt (38 procent) näst följt av läkarnas inställning (28 procent) och därefter ledningens tydlighet (19 procent).

Ett flertal företrädare framhåller även att personalen inte har möjlighet att prioritera informationsuppgiften i fråga om valmöjligheterna i det dagliga arbetet. En patientorganisations företrädare sa följande;

En gissning är väl att man är fullt upptagen med att försöka behandla patienternas sjukdomstillstånd. Jag tror inte heller att sjukvårdspersonalen känner sig som vägledare och koordinatörer i den här frågan, utan de tar hand om folk som har en diagnos och vill göra någonting bra utav det.

En annan sjukhusdirektör ger uttryck för liknande uppfattning då denne framhåller att det möjliga hindret snarare är tidsbrist och ofullständiga rutiner än ett principiellt motstånd.

Att gränsen mellan vad som innefattas av rekommendationen om valmöjligheter och vad som innefattas av vårdgarantin upplevs som diffus har även konsekvenser för informationsinsatserna. En sjukhusdirektör uttrycker att det är patienter som anser sig vänta för länge som i praktiken utnyttjar valfriheten, även om det är två separata överenskommelser. Flera företrädare framhåller att ansvaret för att informationen om valmöjligheterna ska nå patienterna framför allt bör åligga landstingen. En fråga som emellertid även lyfts fram är i vilket skede valfrihetsinformationen ska ges och huruvida det verkligen är självklart att det är sjukvårdens uppgift att informera om valmöjligheterna. En sjukhusföreträdare framhåller exempelvis att patienter bör ha med sig information om valmöjligheterna när de gör valet att komma till ett sjukhus och att det därmed är en vidare samhällsfråga än bara sjukvårdens.

Ett annat perspektiv som lyfts fram är att man bör fundera över vad som kan förväntas av patienterna själva. En landstingsföre-

trädare framhåller att det finns en rad andra rättigheter patienter har möjlighet att utnyttja och att det inte bör vara enbart upp till landstingen att ”servera” dessa rättigheter till patienterna. Denna syn ger alltså större ansvar för patienten att själv hålla sig informerad så länge landstinget bistår med förutsättningarna. Betoning av landstingens ansvar framhålls dock även av en hälso- och sjukvårdsdirektör som menar att landstingen och sjukhusen parallellt måste aktivt stödja patienter med information om valfrihetsprincipen, så att patienterna inte ”lämnas fritt flygande i tomma intet.” Stödet, menar denne, bör ta form genom såväl informations- som samordningsstöd.

De ekonomiska incitamentens inverkan

I intervjuerna framträder en samstämmighet kring de ekonomiska incitamentens betydelse. En patientnämndsöreträdare som betonar betydelsen av starka ekonomiska incitament menar att det behövs en kombination av lagreglering och ekonomiska incitament för att stärka de reella förutsättningarna för att valmöjligheterna ska fungera.

Synen på de ekonomiska incitamentens inverkan uttrycks på följande vis av en landstingsöreträdare;

För att det handlar ju om att betala ur kassan. Om man ger vård i sin egna fasta organisation så har man ju kostnaderna fasta oavsett i mångt och mycket om man ger vården eller inte och om man då ger vården i den egna organisationen så ser man inget speciellt kassaflöde. Men om man däremot ger vård i ett annat landsting så handlar det om att ekonomiskt ersätta de andra landstingen. Det är väl den typen av aspekter som ibland har tagit lite överhand.

Företrädaren uppfattar att valmöjligheterna ofta riskerar att hamna i konflikt med landstingens behov av kostnadskontroll, då det är patientens hemlandsting som är finansiellt ansvarigt.

Resursfrågan lyfts även fram av en av de intervjuade sjukhusdirektörerna som menar att valmöjligheterna och kostnadskontroll inte nödvändigtvis behöver stå i motsats till varandra, men att de lätt gör det genom de ändliga resurserna och sjukvårdens prioriteringskrav. Liknande uttalanden framförs av ytterligare sjukhusöreträdare, så som exempelvis att;

Man vill hålla emot så mycket som möjligt för man är rädd att det kommer att bli patientströmmar som kommer att störa deras budgetplanering. Det är min absoluta uppfattning.

Denna syn bekräftas ytterligare av en sjukhusföreträdare som påtalar risken att kliniker undanhåller information till patienterna, eftersom den ekonomiska styrning som tillämpas innebär att kliniker drabbas ekonomiskt.

Endast en av de tillfrågade företrädarna, en av de sjukhusdirektörer som har mest positiv syn på valfrihetsrekommendationen, framhåller att ersättningssystemets utformning inte hade någon som helst betydelse i frågan. En av landstingsdirektörerna vill dock tona ner betydelsen av utformningen av ersättningssystemen och framhåller att man bör lösa frågan på flera sätt, att i ledarskapet ge förutsättningar och att ha noggranna uppföljningar.

Medicinska avvägningar

I enkätundersökningen anges medicinska avvägningar som det starkaste skälet till att valmöjligheterna motverkas, jämte prioritering av inomlänspatienter (19 procent). I intervjuerna framstår dock de medicinska avvägningarnas betydelse som betydligt nedtonade. Exempel på detta är kommentarer såsom att de medicinska avvägandena redan är avklarade då frågan om valmöjligheter blir aktuell. Läkaren har då utifrån de medicinska kriterierna beslutat sig för att erbjuda patienten behandling. Nästa steg i processen är *var* behandlingen ska utföras, inte *om* den ska utföras. En annan aspekt som lyfts fram i intervjuerna är de fall då en patient exempelvis åberopar att bli remitterad till ett annat landsting för en åkomma som i hemlandstinget inte bedöms vara åtgärdbar på det sättet patienten önskar. I sådana fall kan det ske att patienten stoppas genom den medicinska bedömningen. Omfattningen av detta anses emellertid vara svår att skatta.

En generationsfråga

Samstämmighet tycks finnas i intervjuerna kring att patienters syn på valfrihet i stor utsträckning är en generationsfråga. På följande vis uttrycker en sjukhusdirektör generationsfrågan;

Ja, jag tror att när den arga 40-talistgenerationen, som jag tillhör, kommer att utnyttja sjukvården allt mer, så kommer också den medicinska kunskapen ... Alltså man kommer att söka sin vård där man vet att kunskapen är bra och att man har goda värden.

Ytterligare en sjukhusdirektör instämmer i resonemanget då denne menar att värden möter nya patienter som har väldigt tydliga frågor, frågor som kan betraktas som en form av kvalitetssäkring då patientens vänder sig till en vårdgivare. Sjukhusdirektören betonar även att det är en utveckling som kommer att stärkas, med den kunskap som Internet kan tillhandahålla.

Ett alternativt perspektiv på detta resonemang kring generationsaspekter av valfriheten framförs av en företrädare för ett glesortslandsting;

Valfriheten är liksom en extremvariant av att jag själv kan och bör få vård väldigt fort, det har en sorts egocentrisk valör i sig och som är kanske något vanligare att medelålders och yngre tänker så än en 80-årig person.

För företrädaren ligger generationsfrågan i att äldre patienter förmodligen är mer benägna att förlita sig på prioriteringsordningen.

Valfrihet i relation till andra viktiga förändringar

Företrädarna ombads att värdera valmöjligheterna i relation till andra viktiga satsningar inom hälso- och sjukvården. Två kontrasterande perspektiv framträder i denna fråga. Den största andelen är de företrädare som anser att valmöjligheterna inte står i motsatsställning till andra satsningar, utan snarare en förutsättning. Den mindre andelen företrädare utgörs av dem som anser att valmöjligheterna är av underordnad betydelse.

En patientnämndsföreträdare uttrycker det förra perspektivet genom att framhålla samhörigheten mellan jämförelser och valfrihet. För att patienten ska kunna utnyttja sin valfrihet behövs underlag att basera valet på. Samhörighet mellan valfrihet och andra utvecklingsfrågor framhävs likaså av en sjukhusföreträdare som också leder ett av de sjukhusen som har mest utvecklade samarbeten med de omgivande landstingen. Denne menar att valfriheten *är* en viktig utvecklingsfråga;

Jag är dessutom övertygad om att det bidrar till att skärpa eller accelerera sjukvårdens nödvändiga effektiviseringsarbete ... Ska man gradera det i förhållande till andra viktiga faktorer, så är det en komponent i sjukvårdens utveckling. Alltså, en aspekt av sjukvårdens utveckling som är viktig och kan bli en viktig drivkraft för övrigt effektiviserings- och förbättringsarbete.

Ytterligare en landstingsdirektör framhäver att även om de kliniska resultaten är oerhört viktiga ur ett individperspektiv så är även tillgängligheten det och därför betonade även denne samhörigheten mellan dessa utvecklingsåtgärder.

En företrädare för en patientorganisation menar att satsningar på exempelvis kvalitetsjämförelser och effektivare organisation inte kan ställas mot den enskilde. Företrädaren anser att det är två olika dimensioner. Den första innefattas av medborgarnas lagreglerade rättigheter. Den andra dimensionen av hur medborgare ska ha tillgång till någonting som man anser sig behöva. Om vården inte håller en hög kvalitet är det emellertid inte heller intressant eller efterfråganvärt för patienten att välja, framhåller företrädaren.

Fokus på individperspektivet framhålls ytterligare av en sjukhusföreträdare;

För mig är det helknäppt att man som medborgare fritt kan välja lägenhet, bil, semesterresa men inte fritt välja vårdgivare. För mig är det något konstigt i systemet.

Emellertid understryker denne även att om samhället inte kan klara att möta utmaningen om resurserna inom hälso- och sjukvården, så är det självfallet av underordnad betydelse om patienter fritt kan välja mellan olika landsting. Även här uttrycks således synen på att valfriheten bör betraktas som en del av utvecklingen.

Det andra förhållningssättet, att valmöjligheterna är en mindre prioriterad fråga inom hälso- och sjukvårdens utveckling, kan sägas grunda sig i en mer principiell uppfattning om att valfrihetens effekter inte är helt av godo. En landstingsföreträdare betonar vikten av att satsa på tillgänglighet snarare än valmöjligheter; ”Då tänker jag i dimensionen, var ska vi lägga tyngden i att åstadkomma förändring? Då kommer valfriheten ganska långt ner.” Liknande resonemang förs av en ytterligare landstingsföreträdare inom ett glesbygdslän som framhåller att exempelvis vårdgarantins uppfyllelse är viktigare än valmöjligheter ifråga om prioriteringar.

Lagreglering

På frågan om huruvida rekommendationen bör lagregleras och vilka effekter detta skulle få framkommer två skilda uppfattningar. De som anser att det skulle vara en positiv markering från politiskt håll menar att det skulle leda till att verksamheten skulle komma att värdera frågan högre och att det skulle ge patienterna ökad tyngd. Ett annat viktigt argument för en lagreglering som framträder är att det skulle innebära ett ökat politiskt tryck vilket i förlängningen även skulle leda till ökad tyngd för att utveckla kvalitetsjämförelser och register.

De företrädare som har en mer kritisk inställning anser att en lagreglering inte skulle tillföra någonting i praktiken. Några av dessa företrädare framhåller att detta beror på att de praktiska hinder som finns i dagsläget fortfarande skulle kvarstå, andra menar att valfrihetsrekommendationen redan i dagsläget är tillämpbar och fungerande. Ett viktigt argument bland de som är kritiska till en lagreglering är att tillgången till specialister är nåsögat för valmöjligheterna. Detta kan inte en lagreglering av rekommendationen påverka. Ett annat skäl till skepticism är farhågor att en lagreglering ökar risken för likformighet mellan landsting. Ytterligare en åsikt är att snarare än att lagstifta om rätten till att välja bör man i så fall lagreglera hur man ska göra som huvudman för att uppfylla lagkravet, att i lagregleringen ge ramar för landstingen att hantera frågan inom.

I enkätundersökningen anser en majoritet (61 procent) att rekommendationen inte bör lagregleras. Kommentarer som lämnas fokuserar främst på samma aspekter som lyfts fram i intervjuerna, bland annat att en lag inte skulle tillföra någonting i praktiken, att en lagreglering förutsätter alternativ i utbudet samt att efterfrågan minskar då tillgängligheten förbättras. Även de kommentarer som lämnas från den andel som var positivt inställda till en lagreglering (33 procent) är likvärdiga intervjusvaren. I kommentarerna anges bland annat att en lagreglering skulle göra hanteringen av valfriheten mer lika ur ett medborgarperspektiv mer lika samt att det skulle kunna ge ett större stöd för patienterna och möjliggöra tydligare krav på landstingen.

Möjliga förändringar/förbättringar av valfriheten

Bland de företrädare som är för valmöjligheterna anser en majoritet även att en utökad sådan, med förbättrade möjligheter till jämförelser, skulle leda till ökade incitament för vårdgivarna att på olika sätt framstå som attraktiva för befolkningen. Ett flertal företrädare efterfrågar förbättrade rutiner för att hantera rekommendationen i det dagliga arbetet. Rutiner som är framtagna för att skapa en helhet och inte bara för att hitta ledig kapacitet.

Bland de mer skeptiskt inställda företrädarna framförs återkommande glesortsperspektivet, att det i praktiken är svårt att åstadkomma valfrihet i de glesorter där alternativen är få. Hälso- och sjukvårdsdirektören i ett glesortslandsting anför vidare att för att principen ska uppfattas som mindre stötande vore det bättre att knyta den till en tidsgräns. Att rekommendationen i praktiken då skulle tas över av vårdgarantin anser denne inte vara någonting negativt;

Så att egentligen, skulle du fråga mig så skulle jag vilja mena att man skulle kunna ta bort valfrihetsprincipen nu för att vårdgarantin löser de flesta problemen.

Även patientorganisationsföreträdare framhåller att valfrihetsfrågan inte är aktuell utanför storstadsområdena.

Företrädare efterfrågar även ökade skyldigheter för vårdgivarna att se till att ha en fungerande organisation i valfrihetsavseenden. Ett ytterligare sätt att skapa bättre incitament för detta föreslås vara att göra det ekonomiskt fördelaktigt att informera bättre. En hälso- och sjukvårdsdirektör menar exempelvis att grunden i dessa system, om de ska få någon egentlig kraft, måste vara att ersättningen följer patienten. En landstingsföreträdare menar att det inte är några förändringar i regelverket som sådant som behöver förändras, utan snarare hur det tillämpas, varför det tillämpas generöst i vissa fall och i vissa fall inte. Denne anser emellertid att valmöjligheterna under senare år kommit lite i skymundan vilket inte är av en tillfällighet, utan snarare på grund av den väldigt medvetna satsningen på vårdgarantin.

En patientnämnds-företrädare efterfrågar bättre uppföljning av patienter som valt att bli behandlade utanför hemlandstinget. Företrädaren anser att det ur patientsynpunkt vore det att föredra då landsting tecknar avtal för vård med andra landsting, även avtalar om uppföljning där operationen genomförts. Vidare framförs att

landstingen bör ta ett större ansvar för valfrihetspatienters resekostnader samt att sjukvårdspersonalen bör ha bättre kunskap om valfriheten men också om transportförutsättningar, vilket framförs som ett stort praktiskt hinder.

5.3 Slutsatser

Utredningens undersökning visar, i likhet med tidigare uppföljningar, att mycket skulle kunna göras för att förbättra de faktiska möjligheterna för patienter att utnyttja rekommendationen om valmöjligheter i vården. Utredningens undersökning visar att kunskapen i sjukvårdsorganisationen om vad regelverket kring rekommendationen innebär är varierande och i många fall låg. Framför allt har det framkommit att det finns en betydande oklarhet mellan gränsytan för rekommendationen om valmöjligheter och den nationella vårdgarantin. Undersökningen visar att landstingens uppföljningen av rekommendationens tillämpning är bristfällig, i de fall uppföljning sker är det oftast i samband med en allmän uppföljning eller en uppföljning av vårdgarantin.

HSU 2000 lyfte fram remissregler och ekonomiska styrmedel som vanligt förekommande hinder för patienters utnyttjande av valfrihet (SOU 1997:154). Utredningens undersökning visar att även tidsbrist och oklara rutiner är viktiga faktorer. Uttalanden från verksamhetsföreträdare som att personalen är fullt upptagna med att behandla patienters sjukdomstillstånd exemplifierar detta. I grunden handlar det om en diskrepans mellan vision och verklighet.

Vad som tydligt framträder i utredningens undersökning är en betydande informationslucka om vad rekommendationen de facto innebär och vad den reglerar. Denna otydlighet har konsekvenser för landstingens roll som informationsförmedlare. Ofullständiga informationskanaler har återkommande lyfts fram i tidigare uppföljningar som ett hinder för implementeringen av valfrihetsreformen. Riksrevisionens rapport från 2000 påvisade, i likhet med utredningens undersökning, att få centrala informationsinsatser genomförts och att uppföljningen av de insatser som gjorts varit nästintill obefintlig (Riksrevisionen 2005). Att tillgång till information inte får bli avgörande för patienters förutsättningar att få sina vårdbehov tillgodosedda är något som betonas av ett flertal verksamhetsföreträdare i undersökningen.

Implementeringshinder består dock inte enbart av praktisk natur. Undersökningen visar att det också kan finnas ett principiellt motstånd gentemot valfriheten. Kommentarer såsom att ”valfriheten skapar motsättningar mellan patientgrupper och uppfattas som orätt i många ögon inom sjukvården” visar på detta. Denna syn är naturligtvis inte allrådande, men den åskådliggör en viktig tendens.

Undersökningen visar på en tydlig samstämmighet i synen på att valfriheten i stor utsträckning betraktas vara en generationsfråga. Här ser vi således ett tydligt utslag av tidigare resonemang som förts (se Anell och Rosén 1996) att förväntningar på vården hänger ihop med kulturell tillhörighet samt att de yngre generationerna är mindre auktoritetsbundna och har större tilltro till den egna förmågan.

Två perspektiv på hur valmöjligheterna värderas i relation till andra viktiga förändringar framträder i undersökningen. En slutsats av detta är att för att vara framgångsrik med implementeringen av valfrihetsrekommendationen krävs en konstruktion som inte uppfattas stå i motsatsförhållande till annan utveckling inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. Företrädare för glesbygdslänsting förordar att valfrihetsrekommendationen knyts till en tidsgräns och därmed övertas av vårdgarantin. Grundvalen är att valfrihetsfrågan inte betraktas vara aktuell utanför storstadsområdena genom otillräckliga alternativ samt att den även uppfattas som stötande. Uppfattningen kan betraktas som en återspeglning av den diskrepans som återkommande konstaterats föreligga mellan de formella och de reella valmöjligheterna.

Hitintills har lagreglerare avstått från att juridiskt definiera rätten att välja sjukhus eller specialistmottagning. I utredningens undersökning återspeglas två kontrasterande synsätt på frågan om en lagreglering av rekommendationen. Den kritiska företrädarna anför argument framför allt baserade på att vad som främst behövs är ett förbättrat implementeringsarbete. De företrädare som är principiellt negativt inställda till valfriheten motsätter sig även en lagreglering. Den företrädare som förordar en lagreglering argumenterar för att det skulle vara en viktig politisk markering samt ge ett ökat politiskt tryck.

5.3 Referenser

- Anell, Anders, och Per Rosén. 1996. *Valfrihet och jämlikhet i vården*. Stockholm: SNS Förlag.
- Landstingsförbundets styrelse. A 00:56. *Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården*.
- Riksrevisionen. 2005. *Ökad tillgänglighet i sjukhusvården? Regeringens styrning och uppföljning*. Stockholm.
- SOU. 1997:154. *Patienten har rätt*.

Statens offentliga utredningar 2008

Kronologisk förteckning

1. Barlastvattenkonventionen – om Sveriges anslutning. N.
2. Immunitet för stater och deras egendom. UD.
3. Skyddet för den personliga integriteten. Bedömningar och förslag. Ju.
4. Omreglering av apoteksmarknaden. S.
5. Könsdiskriminerande reklam. Kränkande utformning av kommersiella meddelanden. IJ.
6. Fastighetsmäklaren och konsumenten. Ju.
7. Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen. U.
8. Bidrag på lika villkor. U.
9. Transportinspektionen. En myndighet för all trafik. + Bilagor. N.
10. 21+1→2. En ny myndighet för tillsyn och effektivitetsgranskning av socialförsäkringen. S.
11. Frihet för studenter – om hur kår- och nationsobligatoriet kan avskaffas. U.
12. Finansiella sektorn bär frukt. Analys av finansiella sektorn ur ett svenskt perspektiv. Fi.
13. Bättre kontakt via nätet – om anslutning av förnybar elproduktion. + Annex: Grid issues for electricity production based on renewable energy sources in Spain, Portugal, Germany, and United Kingdom. N.
14. Timmar, kapital och teknologi – vad betyder mest? En analys av produktivitetens utvecklingen med hjälp av tillväxtbokföring. Fi.
15. LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem. S.
16. Förtursförklaring i domstol. Ju.
17. Frivux – valfrihet i vuxenutbildningen. U.
18. Evidensbaserad praktik inom social tjänsten – till nytta för brukaren. S.
19. Att slutförvara långlivat farligt avfall i undermarksdeponi i berg. M.
20. Patentskydd för biotekniska uppfinningar. Ju.
21. Permanent förändring. Globalisering, strukturomvandling och sysselsättningsdynamik. Fi.
22. Ett stabbsstöd i tiden. Fi.
23. Konsulär katastrofinsats. UD.
24. Svensk klimatpolitik. M.
25. Ett energieffektivare Sverige + Bilaga. N.
26. Värna språken – förslag till språklag. Ku.
27. Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola + Bilagedel. U.
28. Apoteksdatalagen. S.
29. Yrkeshögskolan. För yrkeskunnande i förändring. U.
30. Forskningsfinansiering – kvalitet och relevans. U.
31. Miljödomstolarna – domkretsar – lokalisering – handläggningsregler. M.
32. Avskaffande av revisionsplikten för små företag. Ju.
33. Detaljhandel med vissa receptfria läkemedel. S.
34. Lättare att samverka – förslag om förändringar i samtjänstlagen. Fi.
35. Digital-TV-övergången. + Engelsk översättning. Ku.
36. Svenska Spels nätpoker. En utvärdering. Fi.
37. Vårdval i Sverige. S.
38. EU, allmännyttan och hyrorna. + Bilagor. Fi.
39. Framtidens polisutbildning. Ju.
40. Bredband till hela landet. N.
41. Människohandel och barnäktenskap – ett förstärkt straffrättsligt skydd + bilaga. Ju.
42. Normgivningsmakten. Expertgruppsrapport Ju.

43. Tre rapporter till Grundlagsutredningen. Ju.
44. Transportinspektionen. Ansvarslag för vägtrafiken m.m. N.
45. Rapporter från en mr-verkstad. IJ.
46. Handel med läkemedel för djur. S.
47. Frågor om hyra och bostadsrätt. Ju.
48. En utvecklad havsmiljöförvaltning. M.
49. Aktiekapital i privata aktiebolag. Ju.
50. Skyddet för samhällsviktig verksamhet. Fö.
51. Värddigt liv i äldreomsorgen. S.
52. Legitimation och skärpta behörighetsregler. U.
53. Styra rätt! Förslag om Sjöfartsverkets organisation. N.
54. Obligatorisk arbetslöshetsförsäkring. A.
55. Kustbevakningens rättsliga befogenheter. Fö.
56. Mångfald som möjlighet. Åtgärder för ökad integration på landsbygden. Jo.
57. Skattelättnader för hushållstjänster. Fi.
58. Egenansvar – med professionellt stöd. IJ.
59. Föreningsfostran och tävlingsfostran. En utvärdering av statens stöd till idrotten. Ku.
60. Personnummer och samordningsnummer. Fi.
61. Krisberedskapen i grundlagen. Översyn och internationell utblick. Expertgruppsrapport Ju.
62. Myndighet för miljön – en granskning av Naturvårdsverket. M.
63. Förstärkt skydd för företagshemligheter. Ju.
64. Kontinuitet och förändring. + Lättläst + Daisy. Ku.
65. Sekretess och offentliga biträden i utlänningsärenden. Ju.
66. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. S.
67. Enklare redovisning. Ju.
68. Bygg – helt enkelt! M.
69. Välja fritt och välja rätt. Drivkrafter för rationella utbildningsval. Fi.
70. Slutförvaring av kärnavfall. Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2007. M.
71. Uppföljning av kriminalvårdens effektiviseringsarbete. Ju.
72. Effektivare signaler. N.
73. Kemikalietillsyn – organisation och finansiering. M.
74. Rätt och riktigt. Åtgärder mot felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. Fi.
75. Ägande och förvaltning av hyreshus. Ju.
76. F-skatt åt flera. Fi.
77. Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service för vissa personer med funktionsnedsättning. + Bilagor + Lättläst + Daisy. S.
78. Eftersök av trafikskadat vilt. En kostnad för trafikförsäkringen? S.
79. Revisorers skadeståndsansvar. Ju.
80. Beskattningstidpunkten för näringsverksamhet. Fi.
81. Stalkning – ett allvarligt brott. Ju.
82. Vägen tillbaka för överskuldsetta. Ju.
83. Avgifter inom arbetslöshetsförsäkringen. A.
84. Alkolås för rattfyllerister och körkortsprov i privat regi. N.
85. Straff i proportion till brottets allvar. Ju.
86. Prövning av vindkraft. M.
87. Åklagarväsendets brottsbekämpning. Integritet – Effektivitet. Ju.
88. Elektroniskt kungörande av författningar. Ju.
89. Trygghetssystemen för företagare. N.
90. Svensk export och internationalisering. Utveckling, utmaningar, företagsklimat och främjande. UD.
91. En svensk veteranpolitik, del 2. Ansvaret för personalen före, under och efter internationella militära insatser. Fö.
92. Konkurrens på spåret. N.
93. Partsinsyn och ny teknik i domstol, m.m. Ju.
94. Tillval i hyresrätt. Ju.
95. Enklare semesterregler. A.
96. Kommersiell radio – nya sändningsmöjligheter. Ku.
97. Styr samverkan – för bättre service till medborgarna. Fi.
98. Totalförsvarsplikten i framtiden. Fö.
99. Nya ersättningsbestämmelser i expropriationslagen, m.m. Ju.

100. Bidragsspärr. Fi.
101. Ny inriktning av frivillig beredskapsverksamhet. Fö.
102. Brist på brådska
– en översyn av aktivitetsersättningen.
+ Lättläst + Daisy. S.
103. Hur ska skogspolitiken genomföras på Gotland. Jo.
104. Självständiga lärosäten. U.
105. Långtidsutredningen 2008.
Huvudbetänkande. Fi.
106. Ökat förtroende för domstolarna.
Strategier och förslag.
+ Bilagedel A – Enkätundersökningar.
+ Bilagedel B – Språkrapporter m.m. Ju.
107. Etiken, miljön och pensionerna. Fi.
108. Sveriges ekonomi. Scenarier på lång sikt.
Fi.
109. En hållbar lärarutbildning. U.
110. Vägen till ett energieffektivare Sverige.
NM.
111. Barn som misstänks för brott. Ju.
112. Yrkeskunnande – en likvärdig sökväg till lärarutbildningen mot yrkesämnen. U.
113. Bo bra hela livet. + Del B: Bilagor. S.
114. Försörjningskrav vid anhöriginvandring.
Ju.
115. Finansmakten. Rapport från en referensgrupp. Ju.
116. En ny radio- och TV-lag. Ku.
117. Patientsäkerhet.
Vad har gjorts? Vad behöver göras? S.
118. Styra och ställa – förslag till en effektivare statsförvaltning. + Bilagor. Fi.
119. Underlagsrapporter till 2006 års förvaltningskommittén. Fi.
120. Bättre kontroll av missbruksmedel.
En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m. S.
121. Innovationer och företagande – Sveriges framtid. N.
122. Mer om fristående skolor och enskild förskoleverksamhet. U.
123. Förslag till åtgärder med anledning av Laval domen. + Sammanfattning. + Sammanfattning på engelska. A.
124. En framtida spelreglering. Fi.
125. En reformerad grundlag. Del 1 + 2. Ju.
126. I den äldres tjänst. Äldreassistent – ett framtidsyrke. S.
127. Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning. S.

Statens offentliga utredningar 2008

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Skyddet för den personliga integriteten.
Bedömningar och förslag. [3]
Fastighetsmäklaren och konsumenten. [6]
Förtursförklaring i domstol. [16]
Patentskydd för biotekniska uppfinningar.
[20]
Avskaffande av revisionsplikten för små
företag. [32]
Framtidens polisutbildning. [39]
Människohandel och barnäktenskap – ett för-
stärkt straffrättsligt skydd+ bilaga. [41]
Normgivningsmakten.
Expertgruppsrapport XI. [42]
Tre rapporter till Grundlagsutredningen. [43]
Frågor om hyra och bostadsrätt. [47]
Aktiekapital i privata aktiebolag. [49]
Krisberedskapen i grundlagen.
Översyn och internationell utblick.
Expertgruppsrapport. [61]
Förstärkt skydd för företagshemligheter. [63]
Sekretess och offentliga biträden i utlännings-
ärenden. [65]
Enklare redovisning. [67]
Uppföljning av kriminalvårdens effektiviserings-
arbete. [71]
Ägande och förvaltning av hyreshus. [75]
Revisorers skadeståndsansvar. [79]
Stalkning – ett allvarligt brott. [81]
Vägen tillbaka för överskuldssatta. [82]
Straff i proportion till brottets allvar. [85]
Åklagarväsendets brottsbekämpning.
Integritet – Effektivitet. [87]
Elektroniskt kungörande av författningar. [88]
Partsinsyn och ny teknik i domstol, m.m. [93]
Tillval i hyresrätt. [94]
Nya ersättningsbestämmelser i expropriations-
lagen, m.m. [99]
Ökat förtroende för domstolarna.
Strategier och förslag.

+ Bilagedel A – Enkätundersökningar.
+ Bilagedel B – Språkrapporter m.m. [106]
Barn som misstänks för brott. [111]
Försörjningskrav vid anhöriginvandring. [114]
Finansmakten. Rapport från en referensgrupp.
[115]
En reformerad grundlag. Del 1 + 2. [125]

Utrikesdepartementet

Immunitet för stater och deras egendom. [2]
Konsulär katastrofinsats. [23]
Svensk export och internationalisering.
Utveckling, utmaningar, företagsklimat
och främjande. [90]

Försvarsdepartementet

Skyddet för samhällsviktig verksamhet. [50]
Kustbevakningens rättsliga befogenheter. [55]
En svensk veteranpolitik, del 2.
Ansvaret för personalen före, under och
efter internationella militära insatser. [91]
Totalförsvarsplikten i framtiden. [98]
Ny inriktning av frivillig beredskaps-
verksamhet. [101]

Socialdepartementet

Omreglering av apoteksmarknaden. [4]
21+1→2. En ny myndighet för tillsyn
och effektivitetsgranskning av social-
försäkringen. [10].
LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem. [15]
Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten
– till nytta för brukaren. [18]
Apoteksdatalagen. [28]
Detaljhandel med vissa receptfria läkemedel.
[33]
Vårdval i Sverige. [37]
Handel med läkemedel för djur. [46]
Värdigt liv i äldreomsorgen. [51]
Arbetsförmåga?
En översikt av bedömningsmetoder i
Sverige och andra länder. [66]

Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service för vissa personer med funktionsnedsättning. + Bilagor + Lättläst + Daisy. [77]

Eftersök av trafikskadat vilt. En kostnad för trafikförsäkringen. [78]

Brist på brådska
– en översyn av aktivitetsersättningen.
+ Lättläst + Daisy. [102]

Bo bra hela livet. + Del B: Bilagor [113]

Patientsäkerhet.
Vad har gjorts? Vad behöver göras? [117]

Bättre kontroll av missbruksmedel.
En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m. [120]

I den äldres tjänst. Äldreassistent – ett framtidsyrke. [126]

Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning. [127]

Finansdepartementet

Finansiella sektorn bär frukt.
Analys av finansiella sektorn ur ett svenskt perspektiv. [12]

Timmar, kapital och teknologi
– vad betyder mest?
En analys av produktivitetsutvecklingen med hjälp av tillväxtbokföring. [14]

Permanent förändring.
Globalisering, strukturomvandling och sysselsättningsdynamik. [21]

Ett stabbsstöd i tiden. [22]

Lättare att samverka
– förslag om förändringar i samtjänstlagen. [34]

Svenska Spels nätpoker. En utvärdering. [36]

EU, allmännyttan och hyrorna.
+ Bilagor. [38]

Skattelättnader för hushållstjänster. [57]

Personnummer och samordningsnummer. [60]

Välja fritt och välja rätt. Drivkrafter för rationella utbildningsval. [69]

Rätt och riktigt. Åtgärder mot felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. [74]

F-skatt åt flera. [76]

Beskattningstidpunkten för näringsverksamhet. [80]

Styr samverkan
– för bättre service till medborgarna. [97]

Bidragsspärr. [100]

Långtidsutredningen 2008. Huvudbetänkande. [105]

Etiken, miljön och pensionerna. [107]

Sveriges ekonomi. Scenarier på lång sikt. [108]

Styra och ställa – förslag till en effektivare statsförvaltning. + Bilagor. [118]

Underlagsrapporter till 2006 års förvaltningskommittén. [119]

En framtida spelreglering. [124]

Utbildningsdepartementet

Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen. [7]

Bidrag på lika villkor. [8]

Frihet för studenter – om hur kår- och nationsobligatoriet kan avskaffas. [11]

Frivux – valfrihet i vuxenutbildningen. [17]

Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola + Bilagedel. [27]

Yrkeshögskolan. För yrkeskunnande i förändring. [29]

Forskningsfinansiering – kvalitet och relevans. [30]

Legitimation och skärpta behörighetsregler. [52]

Självständiga lärosäten. [104]

En hållbar lärarutbildning. [109]

Yrkeskunnande – en likvärdig sökväg till lärarutbildningen mot yrkesämnen. [112]

Mer om fristående skolor och enskild förskoleverksamhet. [122]

Jordbruksdepartementet

Mångfald som möjlighet. Åtgärder för ökad integration på landsbygden. [56]

Hur ska skogspolitiken genomföras på Gotland. [103]

Miljödepartementet

Att slutförvara långlivat farligt avfall i undermarksdeponi i berg. [19]

Svensk klimatpolitik. [24]

Miljödomstolarna – domkretsar – lokalisering – handläggningsregler. [31]

En utvecklad havsmiljöförvaltning. [48]

Myndighet för miljön
– en granskning av Naturvårdsverket. [62]

Bygg – helt enkelt! [68]

Slutförvaring av kärnavfall. Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2007. [70]

Kemikalietillsyn
– organisation och finansiering. [73]
Prövning av vindkraft. [86]

Näringsdepartementet

Barlastvattenkonventionen – om Sveriges anslutning. [1]
Transportinspektionen. En myndighet för all trafik. + Bilagor. [9]
Bättre kontakt via nätet – om anslutning av förnybar elproduktion.
+ Annex: Grid issues for electricity production based on renewable energy sources in Spain, Portugal, Germany, and United Kingdom. [13]
Ett energieffektivare Sverige + Bilaga. [25]
Bredband till hela landet. [40]
Transportinspektionen. Ansvarslag för vägtrafiken m.m. [44]
Styra rätt! Förslag om Sjöfartsverkets organisation. [53]
Effektivare signaler. [72]
Alkolås för rattfyllerister och körkortsprov i privat regi. [84]
Trygghetssystemen för företagare. [89]
Konkurrens på spåret. [92]
Vägen till ett energieffektivare Sverige. [110]
Innovationer och företagande – Sveriges framtid. [121]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

Könsdiskriminerande reklam.
Kränkande utformning av kommersiella meddelanden. [5]
Rapporter från en mr-verkstad. [45]
Egenansvar – med professionellt stöd. [58]

Kulturdepartementet

Värna språken – förslag till språklag. [26]
Digital-TV-övergången.
+ Engelsk översättning. [35]
Föreningsfostran och tävlingsfostran.
En utvärdering av statens stöd till idrotten. [59]
Kontinuitet och förändring. + Lättläst + Daisy. [64]
Kommersiell radio
– nya sändningsmöjligheter. [96]
En ny radio- och TV-lag. [116]

Arbetsmarknadsdepartementet

Obligatorisk arbetslöshetsförsäkring. [54]
Avgifter inom arbetslöshetsförsäkringen. [83]
Enklare semesterregler. [95]
Förslag till åtgärder med anledning av Lavaldomen. + Sammanfattning + Sammanfattning på engelska. [123]