

Ansvarsfull hälso- och sjukvård

Slutbetänkande av Patientmaktsutredningen

Stockholm 2013



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2013:44

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: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss – hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– 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>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryckt av Elanders Sverige AB.
Stockholm 2013

ISBN 978-91-38-23962-9
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Göran Hägglund

Regeringen beslutade den 24 mars 2011 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas (dir. 2011:25). Regeringen har också beslutat om två tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2012:24 och 2012:113).

Som särskild utredare förordnades fr.o.m. den 30 mars 2011 dåvarande regiondirektören Johan Assarsson.

Som experter att biträda utredningen förordnades fr.o.m. den 1 september 2011 förvaltningschefen Staffan Blom, ordföranden Richard Brodd, förbundsordföranden Anne Carlsson, dåvarande programdirektören Siwert Gårdestig, landstingsdirektören Toivo Heinsoo, handläggaren Hasse Knutsson, verkställande direktören Carola Lemne, förbundsordföranden Sineva Ribeiro, utredaren Ingrid Schmidt, områdeschefen Per Starke, vice ordföranden Heidi Stensmyren, överläkaren Kristina Söderlind Rutberg samt programansvarige Sofie Zetterström. Vid samma tidpunkt förordnades dåvarande kanslirådet Ellen Hausel Heldahl, departementssekreteraren Szilárd Rado, kanslirådet Eva Willman samt kanslirådet Daniel Zetterberg som sakkunniga i utredningen. Departementssekreteraren Szilárd Rado entledigades per den 12 december 2011 och från samma datum förordnades kanslirådet Petra Jansson. Avdelningschefen Ellen Hausel Heldahl entledigades som sakkunnig fr.o.m. den 7 mars 2012 och förordnades samma dag som expert i utredningen. Samma dag förordnades även departementssekreteraren Carolina Lindholm som sakkunnig i utredningen. Handläggaren Åsa Himmelsköld och vårdstrategen Lisbeth Löpare Johansson förordnades fr.o.m. den 17 september 2012 som experter i utredningen. Samtidigt förordnades rättssakkunniga Emma Regnér som sakkunnig. Per den 30 oktober 2012 entledigades förvaltningschefen Staffan Blom från sitt uppdrag som expert. Samma dag

förordnades förvaltningsjuristen Agneta Lönnemo Calleberg som expert i utredningen. Per den 16 januari 2013 entledigades numera justitiesekreteraren Petra Jansson, kanslirådet Daniel Zetterberg, rättssakkunniga Emma Regnér och numera politiskt sakkunniga Carolina Lindholm från sina uppdrag som sakkunniga i utredningen. Vidare entledigades avdelningschefen Ellen Hausel Heldahl, programansvariga Sofie Zetterström, handläggaren Åsa Himmelsköld och utredaren Ingrid Schmidt från sina uppdrag som experter. Samma dag förordnades enhetschefen Eva Wallin som expert i utredningen samt förordnades departementssekreteraren Sara S Johansson, kanslirådet Markus Martinelle och kanslirådet Katarina Sundberg som sakkunniga.

Som huvudsekreterare anställdes fr.o.m. den 16 maj 2011 Erik Kärnekull. Elin Sundberg anställdes fr.o.m. den 19 september 2011 som sekreterare i utredningen på heltid och fr.o.m. den 1 maj 2013 på deltid. Marja Lemne, Statskontoret, ingick i sekretariatet som metod- och utredningsstöd under perioden 2011-06-01–2011-12-15. Under perioden 2011-08–2012-02 deltog även konsulten Mikael Lindén (Connecta AB) i utredningsarbetet. Den 1 februari 2012 upphörde Erik Kärnekulls anställning som huvudsekreterare. Petra Zetterberg Ferngren anställdes, fr.o.m. den 15 februari 2012 på heltid och fr.o.m. den 1 maj 2013 på deltid, som huvudsekreterare i utredningen. Vidare anställdes Lena Barrbrink fr.o.m. den 10 april 2012 som sekreterare i utredningen. Ann-Charlotte Borlid anställdes fr.o.m. den 1 december 2012 t.o.m. den 30 maj 2013 som sekreterare i utredningen.

Utredningen har antagit namnet Patientmaktsutredningen.

Utredningen har tidigare lämnat promemorian *Patientens tillgång till sin journal* och delbetänkandet *Patientlag* (SOU 2013:2) till Socialdepartementet.

Utredningen överlämnar härmed sitt slutbetänkande *Ansvarsfull hälso- och sjukvård* (SOU 2013:44).

Stockholm i juni 2013

Johan Assarsson

/Petra Zetterberg Ferngren

Lena Barrbrink

Ann-Charlotte Borlid

Elin Sundberg

Sammanfattning

Patientmaktsutredningen har i uppdrag att föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården ska stärkas. Utredningen har dessutom i uppdrag att föreslå en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som ska ersätta hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Utredningen lämnade i januari 2013 delbetänkandet *Patientlag* (SOU 2013:2). I detta slutbetänkande behandlar utredningen i enlighet med direktiven frågor om hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor, hur patientberättelser i klagomåls- och anmälningsärenden systematiskt kan samlas in och bearbetas samt föreslår en ny lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Jämlik vård

Utredningen konstaterar att det finns skillnader i den hälso- och sjukvård som ges. Det är viktigt att sätta ljuset på dessa skillnader och fortsätta med det arbete som redan har påbörjats. Utredningen har sett på frågan ur tre olika perspektiv – regionalt-, system- och individperspektiv. Utredningens överväganden syftar till att tydligt konkretisera och lyfta möjliga vägar framåt inom ramen för de olika perspektiven.

Ojämlighet ur ett regionalt perspektiv

Det förekommer betydande regionala skillnader vad gäller medicinska resultat och kvalitet. Det är t.ex. inte acceptabelt att relativ 5-årsöverlevnad för kvinnor med ändtarmscancer varierar mellan cirka 40 procent till drygt 70 procent beroende på i vilket landsting vården ges.

Utredningen gör bedömningen att uppvisade brister och skillnader i medicinska resultat som framgår i Öppna jämförelser eller

nationella utvärderingar i högre grad än i dag bör utgöra underlag för statliga tillsynsinsatser.

Utredningen gör vidare bedömningen att patienter bör få bättre möjlighet att tillgodogöra sig den information som bl.a. finns i Öppna Jämförelser och i nationella utvärderingar. Bättre tillgång till data om vården bör påskyndas för att öka transparensen. Det är patienterna som i slutändan får ta konsekvenserna av eventuella brister i vården. Patienterna bör därför få tillgång till så god information som möjligt. För att ytterligare koppla patienternas egna upplevelser av vården till de medicinska resultaten bör även förekomsten av patientklagomål till patientnämnder och Inspektionen för vård och omsorg kunna visas och jämföras, nedbrutet på enhetsnivå.

Utredningen har i delbetänkandet *Patientlag* föreslagit ett lagreglerat fritt val av utförare i öppen vård. Förslaget innebär att patienter under vissa förutsättningar kan välja primärvård och öppen specialiserad vård över landstingsgränserna. Förslaget kan skynda på en viss utjämning av oacceptabla skillnader mellan landstingen.

Ojämlighet ur ett systemperspektiv

Under de senaste decennierna har hälso- och sjukvården – liksom många andra samhällsinstitutioner – utvecklat gränssnitt mot medborgare och patienter som ofta ställer krav och förväntningar på de som använder dem. Enligt utredningens uppfattning har vårdens processer m.m. blivit allt mer likriktade. Systemen kan många gånger ses som konstruerade för att främja effektivitet inom organisationen men inte alltid för att möta de mångfacetterade behov och förutsättningar som finns i patientkollektivet. Som exempel förutsätts många gånger att patienter kan boka och boka om mottagningstider via olika webbsidor med hjälp av dator och e-legitimation. Vid telefonkontakt med en vårdcentral etc. händer det alltmer sällan att samtalet besvaras av en ”riktig” människa. Istället ska patienten knappa in personnummer och sedan vänta vid telefonen för att bli uppringd.

Utredningen beskriver också ett antal exempel som visar på att ”göra jämlikt är att göra skillnad”. Ett exempel som redovisas är arbetet med doulor i Västra Götalandsregionen, vilket har ökat tillgängligheten till vård för vissa grupper. Doulor är kvinnor med

invandrarbakgrund och goda svenskkunskaper som ger stöd till gravida kvinnor med samma bakgrund.

Enligt utredningens bedömning bör ett tydligare fokus ligga på kompletterande vägar in i hälso- och sjukvården. Ett mer personligt och patientcentrerat synsätt på organisatoriska lösningar bör enligt utredningen ge förutsättningar för en mer jämlik tillgång till hälso- och sjukvård.

Vidare anser utredningen att det bör ges utrymme och möjlighet till ersättning även för sådana kompletterande lösningar vid upphandling enligt lagen om offentlig upphandling samt i de regelböcker som styr godkännande av leverantörer i valfrihetssystem enligt lagen om valfrihetssystem.

Ojämlighet i det personliga mötet

En övervägande del av de beslut om vård och behandling som varje dag fattas i sjukvården, är resultat av ett personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Studier visar att resultaten av dessa möten kan gestalta sig olika beroende på underliggande faktorer som utbildningsnivå, kön och födelseland.

Enligt utredningens bedömning bör vårdgivare genom ökad egenuppföljning granska vidtagna behandlingsinsatser utifrån bl.a. genus och socioekonomiska faktorer. Vidare bör verktyg för att underlätta kommunikation mellan patient och personal användas för patientgrupper som annars riskerar att förfördelas. I grundläggande vårdutbildningar bör utbildning om diskriminering och likvärdig vård ingå.

Patientklagomål

För att hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas, både vad gäller kvalitet och effektivitet, måste patienten få möjlighet att göra sin röst hörd. Det finns många olika sätt genom vilka man kan fånga in patienternas synpunkter på vården. Ett vanligt sätt är patientenkäter av olika slag. Vid sidan av detta har patienterna möjlighet att framföra sina synpunkter på vården genom klagomål. Det är viktigt att komplettera olika patientundersökningar med en systematisk klagomålshantering.

Den första instans en patient bör vända sig till om man inte är nöjd med eller har frågor om vården är den mottagning/verksamhet där han eller hon har fått sin vård eller behandling. Många gånger kan de frågor eller motsättningar som uppkommit bäst hanteras i direkt anslutning till vårdtillfället, antingen av behandlande personal eller av t.ex. verksamhetschefen vid enheten. Patienterna kan även vända sig med frågor eller klagomål till patientnämnderna och till tillsynsmyndigheten. De har också möjlighet att begära ersättning från patient- eller läkemedelsförsäkringen.

Det finns en hel del erfarenheter att ta del av i olika former av patientklagomål. Det är samtidigt viktigt att understryka att patientklagomålen förmodligen är toppen på ett isberg. Socialstyrelsens vårdskademätning visar att det kan vara så många som drygt 100 000 patienter som skadas varje år i vården och så många som 3 000 som dör till följd av en vårdskada. Siffrorna kan exempelvis jämföras med att hälso- och sjukvården endast gör ca 2 100 lex Maria-anmälningar per år och att det 2012 anmälde 12 900 skador till Patientförsäkringen LÖF. Mot denna bakgrund är det angeläget att ta alla tillfällen i akt att ta tillvara patienternas synpunkter från de olika instanser de kan vända sig till med sina klagomål. Patienternas anmälningar behövs för att få en mer komplett bild av verkligheten.

Förutom att den enskilda vårdenheten tar till sig och arbetar med patientklagomål är det angeläget att denna stora kunskapsmassa systematiskt ställs samman och analyseras. På regional nivå kan underlaget t.ex. användas för styrning och uppföljning, bl.a. för uppföljning av ingångna avtal där hälso- och sjukvård upphandlats från privata vårdgivare.

I ett nationellt perspektiv kan systematiska sammanställningar och analyser exempelvis visa på problem inom något specialistområde som förekommer på många olika håll i landet eller uppmärksamma helt nya företeelser eller riskområden.

Enligt utredningens bedömning bör regeringen ge Inspektionen för vård och omsorg i uppdrag att utveckla system för att aggregera, analysera, sammanställa och återföra erfarenheter från bl.a. anmälnings- och klagomålsärenden.

Patientnämnderna arbetar aktivt med att återföra händelser till de vårdgivare som har fått klagomål på sin verksamhet. Enligt utredningens bedömning bör Patientnämndernas erfarenheter emellertid tas till vara i större utsträckning i ett styrnings- och ledningsperspektiv i landsting och kommuner. Inspektionen för vård och

omsorg bör, i samverkan med patientnämnderna, arbeta fram en modell så att man systematiskt kan tillvarata den information som patientnämnderna lämnar.

Lag och förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

Sedan hälso- och sjukvårdslagen (HSL) trädde i kraft har den ändrats ett 70-tal gånger. Den grundläggande strukturen i lagen har dock behållits oförändrad. Lagen är närmast ett "lapptäcke" där bestämmelser av olika dignitet ligger samlade i paragrafer som i många fall följs av bokstäver. Ett antal paragrafer har också upphävts genom åren. Lagen innehåller inga kapitel och det är svårt att hitta specifika paragrafer eftersom de inte grupperats efter ämnen eller annat. Utredningen föreslår att HSL upphävs och ersätts av en ny lag – lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen).

Utredningens förslag innebär att vissa bestämmelser från HSL förs över i stort sett oförändrade till organisationslagen, medan andra bestämmelser endast har omarbetats språkligt och/eller redaktionellt. I begränsad utsträckning föreslås nyskrivna bestämmelser i organisationslagen. Dessa har i huvudsak tillkommit i förtydligande syfte eller som en konsekvens av utredningens förslag i delbetänkandet *Patientlag*.

Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar under de tre decennier som har gått sedan HSL:s införande. De regler om krav och skyldigheter för huvudmän och vårdgivare som ursprungligen fanns i lagen utgick från en situation då i princip all vård i landet gavs av landsting. I dag ansvarar kommunerna för en del av hälso- och sjukvården och delar av den offentligt finansierade vården utförs av företag eller organisationer. Det har därmed blivit mer angeläget att det tydligt framgår vilket ansvar som vilar på de olika huvudmännen eller beställarna och vilket ansvar som de olika vårdgivarna eller utförarna har. I den nya organisationslagen föreslås definitioner av begreppen huvudman och vårdgivare. Dessutom utgår organisationslagens struktur från de olika aktörerna inom hälso- och sjukvårdsområdet och deras ansvar. Bestämmelser av liknande karaktär har samlats och sammanförts med ansvarsfördelningen som grund.

I likhet med utredningens förslag till patientlag har utredningen även vad gäller organisationslagen valt att strukturera lagen på ett sätt som ska underlätta senare utveckling och införandet av nya bestämmelser. På grund av lagens omfattning har utredningen valt att dela in lagen i avdelningar. Under varje avdelning finns kapitel med egen paragrafnumrering. Den i jämförelse med HSL mer omfattande uppdelningen av lagens olika bestämmelser avser att underlätta läsning och åstadkomma en mer pedagogisk och överblickbar reglering.

Någon samlande förordning på hälso- och sjukvårdens område har hitintills inte funnits. Utredningen anser att en samlande förordning skulle vara värdefull och ge en bättre överblick över regleringen på området. Utredningen föreslår därför att en ny förordning ska införas som samlar bestämmelser i nu gällande förordningar som innehåller detaljreglering avseende organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Utredningen föreslår också att vissa detaljbestämmelser som i dag regleras i HSL i stället förs över till förordningen.

Utredningen föreslår även att lagen om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m. upphävs. Innehållet i lagen förs över till annan författning, utom beträffande den särskilda regleringen avseende möjlighet till visstidsanställning av läkare med specialistkompetens som utgår helt.

Utredningen föreslår att lagförslagen ska träda i kraft den 1 januari 2015. Utredningen föreslår vidare en övergångsbestämmelse som är kopplad till förslaget om upphävande av lagen om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m.

Innehåll

Sammanfattning	11
1 Författningsförslag	17
2 Uppdraget och dess genomförande	87
2.1 Uppdraget.....	87
2.2 Arbetet med slutbetänkandet.....	89
3 Lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet	91
3.1 Inledning.....	91
3.2 En ny lag ersätter HSL	92
3.2.1 Lagens struktur.....	92
3.2.2 Allmänna överväganden	93
3.3 Avdelning I – Målsättningar och definitioner.....	96
3.3.1 Begreppet hälso- och sjukvård.....	96
3.3.2 Huvudmannabegreppet.....	97
3.3.3 Vårdgivarbegreppet.....	99
3.3.4 Överväganden avseende rikssjukvård.....	100
3.3.5 Särskilt ansvar avseende barn	101
3.4 Avdelning II – Vårdgivarens ansvar	103
3.4.1 Verksamheten	103
3.4.2 Verksamhetschefens ansvar för att utse en fast vårdkontakt flyttas till förordning.....	105
3.5 Avdelning III – Landstingets ansvar som huvudman	106

3.5.1	Landstingens ansvar för planering och samverkan ...	106
3.5.2	Hänvisningar till annan relevant lagstiftning	108
3.5.3	Särskilda insatser regleras i större utsträckning i förordning	110
3.5.4	Förtydligande om bibehållet huvudmannaskap vid överlämnande av uppgifter	113
3.6	Avdelning IV – Kommunens ansvar som huvudman.....	113
3.6.1	Rapportering enligt ”Lex Maria”.....	114
3.7	Avdelning V – Gemensamma bestämmelser för huvudmännen	115
3.7.1	Reglering av individuella planer	115
3.7.2	Överväganden avseende vårdavgifter.....	116
3.7.3	Hälso- och sjukvård vid extraordinära händelser i fredstid.....	118
3.8	Avdelning VI – Bemyndiganden och befogenheter	120
3.8.1	Allmänna överväganden om bemyndiganden.....	120
3.8.2	Förskrivningsrätt avseende förbrukningsartiklar.....	121
3.9	Lagen om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m. upphävs.	121
4	Förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet	127
4.1	En ny förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet	127
4.1.1	Rikssjukvård	128
4.1.2	Rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård.....	129
4.1.3	Verksamhetschef	129
4.1.4	Behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m.	129
4.1.5	Vårdgaranti	130
4.1.6	Övriga bestämmelser	131
4.1.7	Bemyndiganden.....	131
5	Jämlik vård	133
5.1	Inledning.....	133

5.2	Kartläggningar och rapporter m.m.	133
5.2.1	Socialstyrelsen.....	133
5.2.2	Diskrimineringsombudsmannen	138
5.2.3	Fundamental Rights Agency.....	139
5.2.4	Kommissionen för jämlik vård	140
5.3	Pågående arbeten och initiativ.....	141
5.3.1	Nationell strategi för en god och mer jämlik vård....	141
5.3.2	Överenskommelse om insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård	142
5.3.3	Utveckling av Öppna jämförelser.....	144
5.3.4	Socialstyrelsens riktlinjearbete.....	151
5.3.5	Nationell plattform för jämlik hälsa och vård.....	152
5.3.6	Stöd till grupper med stora behov m.m.....	152
5.3.7	Angereds närsjukhus	154
5.4	Överväganden jämlik vård.....	155
5.4.1	Ojämlighet ur ett regionalt perspektiv.....	156
5.4.2	Ojämlighet ur ett systemperspektiv.....	160
5.4.3	Ojämlighet i det personliga mötet.....	164
6	Patientklagomål	171
6.1	Inledning.....	171
6.1.1	Hantering av klagomål i vården	173
6.1.2	Patientnämnderna.....	174
6.1.3	Socialstyrelsen och numera Inspektionen för vård och omsorg – ny ingång för anmälningar mot vården och dess personal.....	176
6.1.4	Patientförsäkringen	177
6.1.5	Läkemedelsförsäkringen.....	179
6.2	Överväganden	180
6.2.1	Intresse och incitament för att tillvarata patienternas synpunkter	180
6.2.2	Nationellt perspektiv.....	183
6.2.3	Regionalt perspektiv.....	188
7	Konsekvenser av förslagen.....	191
7.1	Inledning.....	191
7.2	Ekonomiska konsekvenser.....	191

7.3	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	193
7.4	Övriga konsekvenser.....	194
8	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	195
9	Författningskommentar	197
9.1	Förslaget till lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet	197
9.2	Förslaget till lag om upphävande av lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter, m.m.....	230
9.3	Förslaget till lag om ändring i föräldrabalken (1949:381) ...	231
9.4	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)...	232
9.5	Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.....	233
9.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor	234
9.7	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	235
9.8	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.....	235
9.9	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning	236
9.10	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.....	236
9.11	Förslaget till lag om ändring i lagen (1995:831) om transplantation m.m.	236
9.12	Förslaget till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799).....	237

9.13 Förslaget till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister.....	237
9.14 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.	239
9.15 Förslaget till lag om ändring i lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall	239
9.16 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	240
9.17 Förslaget till lag om ändring i lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar.....	240
9.18 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.	240
9.19 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:297) om biobankar i hälso- och sjukvården m.m.....	242
9.20 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:546) om behandling av personuppgifter i den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.....	243
9.21 Förslaget till lag om ändring i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.....	243
9.22 Förslaget till lag om ändring i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.....	244
9.23 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)	245
9.24 Förslaget till lag om ändring i lagen (2005:466) om beräkning av inkomstprövade socialförsäkrings- förmåner m.m. för neurosedynskadade.....	245
9.25 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.....	246
9.26 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap....	246

9.27 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.....	247
9.28 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	248
9.29 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands	249
9.30 Förslaget till lag om ändring i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter	249
9.31 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken.....	250
9.32 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	250
9.33 Förslaget till lag om ändring i lag (2013:000) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.....	252
 Bilagor	
Bilaga 1–3 Kommittédirektiv	253

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

AVDELNING I INLEDANDE BESTÄMMELSER

1 kap. Innehåll, definitioner m.m.

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om

1. vårdgivarens ansvar (2–3 kap.),
2. landstingets ansvar som huvudman (4–8 kap.),
3. kommunens ansvar som huvudman (9–12 kap.),
4. gemensamma bestämmelser för huvudmännen (13–16 kap.),
5. bemyndiganden och befogenheter (17–18 kap.).

2 § Målet för hälso- och sjukvårdsverksamheten i landet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

3 § Vad som sägs i denna lag om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting.

Bestämmelserna i lagens avdelning IV gäller de kommuner som inte ingår i ett landsting enbart i de fall det är särskilt föreskrivet.

4 § Med *hälso- och sjukvård* avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna.

I fråga om tandvård finns särskilda bestämmelser.

5 § Med *huvudman* avses i denna lag den som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

6 § Med *vårdgivare* avses i denna lag statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen bedriver samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

7 § Med *sluten vård* avses i denna lag hälso- och sjukvård som ges till en patient som är inlagd vid en vårdinrättning.

8 § Med *öppen vård* avses i denna lag annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

9 § Med *rikssjukvård* avses i denna lag hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting med tillstånd enligt 18 kap. 3 § och som samordnas med landet som upptagningsområde.

10 § Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

11 § Hälso- och sjukvårdsverksamheten i landet ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Särskilt ansvar avseende barn

12 § Barnets bästa ska beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn.

13 § Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller

3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

14 § Hälso- och sjukvårdsverksamheter ska på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs.

15 § Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

AVDELNING II VÅRDGIVARENS ANSVAR

2 kap. Verksamheten

1 § Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera sin verksamhet på ett sätt som leder till att patienten får en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet och att övriga krav i denna avdelning uppfylls.

Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

2 § Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.

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

3 § Patienter och närstående ska få information i enlighet med 2 kap. patientlagen (2013:000) och ges möjlighet till samtycke och delaktighet i enlighet med 3 och 4 kap. samma lag.

4 § Patientens behov av trygghet och kontinuitet samt goda kontakter med hälso- och sjukvårdspersonalen ska tillgodoses.

Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

5 § Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. En god hygienisk standard ska hållas i verksamheten.

6 § Innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas ska metoden ha bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter.

7 § Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

3 kap. Ledningens organisation

1 § Där hälso- och sjukvård ges ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).

2 § Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

3 § Verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

4 § Ansvaret för ledningsuppgifter rörande psykiatrisk tvångsvård samt isolering enligt 5 kap. 1 och 3 §§ smittskyddslagen (2004:168) ska utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens ska ledningsuppgifterna fullgöras av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller, vad gäller smittskydd, av en befattningshavare som förordnats enligt 5 kap. 24 § smittskyddslagen.

5 § Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

AVDELNING III LANDSTINGETS ANSVAR SOM HUVUDMAN

4 kap. Ledning, planering och organisation

1 § Ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i landstinget ska utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900).

Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

2 § Landstinget ska planera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

Planeringen ska avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av samtliga vårdgivare inom landstingets geografiska område.

Landstinget ska även planera verksamheten så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

3 § I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvårdsverksamheten ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

4 § Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

5 § För hälso- och sjukvård som kräver inläggning vid vårdinrättning ska det finnas sjukhus.

6 § Landstinget svarar för att det inom landstinget finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel inrättade för hälso- och sjukvård.

7 § När regeringen har föreskrivit att landsting ska ingå i en region ska landstingen samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård som bedrivs av regionen.

8 § Landstinget får träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget ska bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

5 kap. Ansvar för hälso- och sjukvård

1 § Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget.

Även i övrigt ska landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

2 § Landstinget ska även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt

1. dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och

2. dem som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning.

Vården ska erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moder-

skap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, ska familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 1 §.

3 § Varje landsting ska erbjuda patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård öppen vård. Vården ska ges på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna.

Det landsting som ansvarar för att patienten får hälso- och sjukvård enligt 1 § svarar för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Detta gäller endast under förutsättning att det betalande landstingets remissregler följs.

4 § Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska landstinget erbjuda sådan vård.

5 § Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård, om landstingen kommer överens om det eller om hälso- och sjukvården är rikssjukvård.

6 § Landstingets ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 10 kap. 1 § eller 13 kap. 1 §.

7 § Särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och i lagen (2013:000) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Särskilda bestämmelser om landstings ansvar för behövliga smittskyddsåtgärder finns i smittskyddslagen (2004:168).

Val av behandlingsalternativ

8 § Landstinget ska ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 5 kap. 1 § patientlagen (2013:000).

Vårdgaranti

9 § Landstinget ska erbjuda dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 1 och 2 §§ vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

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

10 § Om landstinget inte uppfyller besöksgarantin eller behandlingsgarantin enligt 9 § 3 eller 4 ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

11 § Landstinget ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas.

Förnyad medicinsk bedömning

12 § Landstinget ska ge patienten möjlighet att få en förnyad medicinsk bedömning enligt vad som anges i 6 kap. 1 § patientlagen (2013:000).

6 kap. Särskilda insatser

1 § Landstinget ska erbjuda dem som omfattas av 5 kap. 1 §,

1. habilitering och rehabilitering,
2. hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning, och
3. tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade.

Landstinget ska, i samverkan med den enskilde, upprätta en individuell plan vid tillhandahållande av insatser enligt punkterna 1 och 2.

Landstingets ansvar enligt punkterna 1 och 2 gäller inte dem som omfattas av en kommuns ansvar enligt 11 kap. 1 §. Landstingets ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.

2 § Landstinget får erbjuda den som får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) läkemedel utan kostnad.

3 § Landstinget får på framställning av en kommun inom landstinget erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till

1. den som får hemsjukvård genom kommunens försorg, och
2. samtliga som bor i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453).

4 § Landstinget ska i andra fall än som avses i 11 kap. 2 § erbjuda dem som omfattas av 5 kap. 1 § förbrukningsartiklar som fortlöpande behövs vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom.

7 kap. Bestämmelser avseende anställningar och utbildning

1 § I landstinget ska det finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Anställning för allmäntjänstgöring ska ske för viss tid.

I landstinget ska det också finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring enligt nämnda lag i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

8 kap. Överlämnande av uppgifter

1 § Ett landsting får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska då ange de särskilda villkor

som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

AVDELNING IV KOMMUNENS ANSVAR SOM HUVUDMAN

9 kap. Ledning, planering och organisation

1 § Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer. Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

2 § Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård.

Planeringen ska avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av samtliga vårdgivare inom kommunens ansvarsområde.

3 § I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvårdsverksamheten ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

4 § Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en sjuksköterska som svarar för

1. att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,

2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna, och

3. att det finns rutiner för rapportering enligt 6 kap. 4 § patient-säkerhetslagen (2010:659).

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en sjukgymnast eller en arbetsterapeut fullgöra uppgifter som sägs i första stycket.

Första och andra styckena gäller sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som avses i 10 kap. 1 och 2 §§ i en kommun som inte ingår i ett landsting, om det i verksamheten inte finns någon läkare.

10 kap. Ansvar för hälso- och sjukvård

1 § Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

2 § En kommun får erbjuda dem som vistas i kommunen hem-sjukvård.

3 § Kommunens ansvar enligt 1 § detta kapitel och 13 kap. 1 § samt befogenhet enligt 2 § detta kapitel omfattar, med undantag för vad som anges i 14 kap. 1 § tredje stycket, inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Val av behandlingsalternativ

4 § Kommunen ska ge den som omfattas av kommunens ansvar enligt 1 § och befogenhet enligt 2 § möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 5 kap. 1 § patientlagen (2013:000).

11 kap. Särskilda insatser

1 § Kommunen ska i samband med hälso- och sjukvård enligt 10 kap. 1 eller 2 § eller 13 kap. 1 § erbjuda även rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

Kommunen ska, i samverkan med den enskilde, upprätta en individuell plan vid tillhandahållande av insatser enligt första stycket.

2 § Kommunen ska i samband med hälso- och sjukvård enligt 10 kap. 1 § erbjuda förbrukningsartiklar som avses i 6 kap. 4 §.

12 kap. Överlämnande av uppgifter

1 § En kommun får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag och ska då ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

AVDELNING V GEMENSAMMA BESTÄMMELSER FÖR HUVUDMÄNNEN

13 kap. Överlåtelse av ansvar mellan huvudmännen

1 § Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård om landstinget och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får även avse ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 6 kap. 4 §.

Om en överlåtelse har skett enligt första stycket får landstinget lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

2 § Ingår samtliga kommuner inom ett landstings område i en överlåtelse av ansvar för hemsjukvård enligt 1 § får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna.

3 § Landstinget får även utan samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 § träffa överenskommelse med en kommun inom landstinget om att kommunen ska ha ansvar för hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

14 kap. Samverkan

1 § Landstinget ska till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses

i 10 kap. 1 §. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för vården enligt 10 kap. 2 §.

Landstinget ska med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget.

2 § Landstinget och kommunen ska samverka så att en enskild som kommunen enligt 10 kap. 1 eller 2 § har ansvar för, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 6 kap. 2 § som hans eller hennes tillstånd fordrar.

3 § Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

4 § När den enskilde har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om den enskilde samtycker till det och om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde.

15 kap. Avgifter

1 § Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som omfattas av ett landstings eller en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 5 kap. 1–3 §§ eller 10 kap. 1 och 2 §§ ska behandlas lika.

Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för sluten vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt

2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

2 § Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

3 § Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen vård enligt denna lag i andra fall än som avses i 10 kap. 1 §, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 6 kap. 4 § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

4 § Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt 3 § sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Avgiftsbefrielse gäller under den tid som avses i 3 § även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även familjehemsförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift med eller har eller haft barn med föräldern.

5 § Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

6 § Avgifter för vård enligt 10 kap. 1 eller 2 §§, för vård enligt 12 kap. 1 § eller 13 kap. 1 §, för förbrukningsartiklar enligt 11 kap. 2 § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst

och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet.

Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget enligt första stycket och förbehållsbeloppet enligt andra stycket ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

16 kap. Övrigt

Underrättelseskyldighet

1 § Om en nämnd som utövar ledning enligt 4 kap. 1 § eller 9 kap. 1 § i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för missbruksändamål eller att ändringar sker i missbruksmönster av kända medel, ska nämnden utan dröjsmål anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

Forskning

2 § Landsting och kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landsting och kommuner ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Hälso- och sjukvård vid extraordinära händelser i fredstid

3 § Personer som tas emot från en annan kommun eller ett annat landsting enligt 4 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap omfattas av mottagande kommuns eller landstings skyldigheter enligt denna lag.

AVDELNING VI BEMYNDIGANDEN OCH BEFOGENHETER

17 kap. Bemyndiganden

1 § Regeringen får meddela föreskrifter om

1. att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting,
2. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara,
3. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

2 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om

1. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda,
2. behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvårdsverksamhet och tillsättning,
3. de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt föreskrifter i övrigt om vårdgarantins innehåll,
4. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser,
5. att förbrukningsartiklar enligt 6 kap. 4 § och 11 kap. 2 § får förskrivas av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare,
6. landstingens rapporteringsskyldighet enligt 5 kap. 11 §,

18 kap. Befogenheter för vissa statliga myndigheter

Riksrevisionen

1 § Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen enligt 4 kap. 8 §. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

Socialstyrelsen

2 § Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård enligt 1 kap. 9 §.

3 § Socialstyrelsen beslutar, efter ansökan från det landsting som avser att bedriva verksamheten, om tillstånd att bedriva rikssjukvård. Tillståndet ska vara tidsbegränsat och förenat med villkor.

4 § Socialstyrelsens beslut i ärenden om rikssjukvård enligt denna lag får inte överklagas.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.2 Förslag till lag om upphävande av lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter, m.m.

Härigenom föreskrivs att lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m., ska upphöra att gälla vid utgången av 2014. Den upphävda lagen gäller fortfarande för beslut om anställningar som fattats enligt lagen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.3 Förslag till lag om ändring i föräldrabalken (1949:381)

Härigenom föreskrivs att 6 kap. 13 a § föräldrabalken (1949:381) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap. 13 a §¹

Står barnet under vårdnad av två vårdnadshavare och samtycker endast den ena till en åtgärd till stöd för barnet, får socialnämnden besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller

1. psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

1. psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet,

2. behandling i öppna former som ges med stöd av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453),

3. utseende av en kontaktperson eller en familj som avses i 3 kap. 6 b § första stycket socialtjänstlagen eller

4. en insats enligt 9 § 4, 5 eller 6 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Ett beslut enligt första stycket får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kamrarrätt.

Beslut i frågor som avses i första stycket gäller omedelbart. Rätten får dock bestämma att dess beslut ska gälla först sedan det har vunnit laga kraft.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹ Senaste lydelse 2012:779

1.4 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 8 a § och 15 a § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 a §²

Vid tillämpningen av 8 § ska landstinget särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller

2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

a) kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 10 kap. 1 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet,

b) får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller

c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Landstinget ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Landstinget ska vidare se till att tandvård kan erbjudas

1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och

2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

15 a §³

Tandvård som avses i 7 § 1 ska vara avgiftsfri för patienten. Uppkommer kostnader med anledning av att patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som landstinget bestämmer. Landstinget får också ta ut avgift, om patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig

² Senaste lydelse 2011:1188.

³ Senaste lydelse 2010:1234.

för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2 och 3 får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstingsfullmäktige bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

Vid tandvård som avses i 8 a § samt vid undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser gäller bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*.

Vid tandvård som avses i 8 a § samt vid undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser gäller bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Patienten ska ha rätt att välja om sådan tandbehandling som avses i 8 a § ska utföras av folktandvården eller av en enskild näringsidkare, ett bolag, eller en annan juridisk person vars vård kan berättiga till ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Härigenom föreskrivs att 4 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §⁴

Ersättning för somatisk långtidssjukvård vid en inrättning som tillhör ett landsting lämnas antingen med ett belopp som motsvarar landstingets genomsnittliga årliga självkostnad för den aktuella vårdformen eller, om landstinget och samtliga kommuner i landstinget kommer överens om det, med belopp som svarar mot olika vårdplatsers kvalitet. Beloppen omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i landstinget.

Regeringen fastställer de belopp som avses i första stycket.

En kommun och ett landsting får komma överens om att landstinget ska *uppbära* de avgifter som patienterna ska *erlägga* till kommunen enligt 26 § femte stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

En kommun och ett landsting får komma överens om att landstinget ska *ta emot* de avgifter som patienterna ska *betala* till kommunen enligt 15 kap. 5 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

⁴ Senaste lydelse 2010:247.

1.6 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §⁵

Landsting och kommuner som inte tillhör något landsting (sjukvårdshuvudmän) ska, i fråga om personer som är försäkrade för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. socialförsäkringsbalken, lämna ersättning för resekostnader

1. i samband med öppen hälso- och sjukvård som anordnas av ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting eller i samband med sjukhusvård,

2. i samband med rådgivning om födelsekontrollerande verksamhet m.m. som ersätts enligt föreskrifter som regeringen meddelat,

3. vid resor till och från sjukhus eller läkare som föranleds av en undersökning enligt förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m.,

4. i samband med tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad,

5. i samband med tandvård som avses i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd,

6. vid besök som med anledning av sjukdom görs hos läkare inom studerandeorganisationernas hälsovård, för vilken statsbidrag betalas ut av högskolestyrelse,

7. i samband med konvalescentvård som ges i konvalescenthem som har tagits upp på förteckning som fastställs av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer,

8. vid besök för sjukvårdande behandling som ges i omedelbart samband med insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

⁵ Senaste lydelse 2012:937.

9. vid besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso- och sjukvården i *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*.

9. vid besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso- och sjukvården i *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

I fråga om resekostnader enligt första stycket 2 ska ersättning lämnas även när rådgivningen bedrivs av organisationer med tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg.

För resekostnader som avses i första stycket 1 behöver ersättning lämnas endast om vården eller behandlingen getts med anledning av sjukdom eller förlösning.

Sjukvårdshuvudmännen ska också lämna ersättning för resekostnader vid vård enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och vid sjukgymnastik enligt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.7 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt SOU 2013:2

Föreslagen lydelse

1 §⁶

Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och patientlagen (2013:000) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

Föreskrifterna i lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet och patientlagen (2013:000) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Vad som sägs i denna lag om ett landsting gäller även en kommun som inte ingår i ett landsting.

Med chefsöverläkare avses i denna lag chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

⁶ Senaste lydelse 2008:415.

1.8 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Föreskrifterna i *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* om skyldighet för ett landsting att erbjuda hälso- och sjukvård gäller även rättspsykiatrisk vård.

2 §⁷

Föreskrifterna i *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* om skyldighet för ett landsting att erbjuda hälso- och sjukvård gäller även rättspsykiatrisk vård.

Vad som sägs i denna lag om ett landsting gäller också en kommun som inte ingår i ett landsting.

Med chefsöverläkare avses i denna lag chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

⁷ Senaste lydelse 2008:416.

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

Härigenom föreskrivs att 24 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

En patient som för en viss tid har uppnått avgiftsbefrielse enligt 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

24 §⁸

En patient som för en viss tid har uppnått avgiftsbefrielse enligt 15 kap. 3 eller 4 §§ lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

⁸ Senaste lydelse 2012:928.

1.10 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

Härigenom föreskrivs att 23 § lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

En patient som för en viss tid har uppnått avgiftsbefrielse enligt 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

23 §⁹

En patient som för en viss tid har uppnått avgiftsbefrielse enligt 15 kap. 3 eller 4 §§ lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

⁹ Senaste lydelse 2012:929.

1.11 Förslag till lag om ändring i lagen (1995:831) om transplantation m.m.

Härigenom föreskrivs att 13 § lagen (1995:831) om transplantation m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

13 §¹⁰

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om

1. att ingrepp enligt denna lag får utföras endast på sjukhus som avses i 5 § *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* eller vid annan enhet inom hälso- och sjukvården eller det medicinska området i övrigt, och

2. att ett sådant sjukhus eller en sådan enhet, där ingrepp för transplantation får utföras, *skall* ha tillgång till en donationsansvarig läkare och en kontaktansvarig sjuksköterska med uppgift att förbereda för donationer och ge stöd och information till avlidnas närstående.

1. att ingrepp enligt denna lag får utföras endast på sjukhus som avses i 4 kap. 5 § *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* eller vid annan enhet inom hälso- och sjukvården eller det medicinska området i övrigt, och

2. att ett sådant sjukhus eller en sådan enhet, där ingrepp för transplantation får utföras, *ska* ha tillgång till en donationsansvarig läkare och en kontaktansvarig sjuksköterska med uppgift att förbereda för donationer och ge stöd och information till avlidnas närstående.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹⁰ Senaste lydelse 2004:1312.

1.12 Förslag till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799)

Härigenom föreskrivs att 5 § patientskadelagen (1996:799) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §¹¹

I denna lag avses med

hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763), *tandvårdslagen* (1985:125) eller *lagen* (2001:499) om omskärelse av pojkar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),

hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av *lagen* (2013:000) om organisation av *hälso- och sjukvårdsverksamhet*, *tandvårdslagen* (1985:125) eller *lagen* (2001:499) om omskärelse av pojkar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),

vårdgivare: statlig myndighet, landsting eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹¹ Senaste lydelse 2010:668.

1.13 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister

Härigenom föreskrivs att 6 § lagen (1996:1156) om receptregister ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 §¹²

Personuppgifterna i receptregistret får behandlas om det är nödvändigt för

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. expediering av läkemedel och andra varor som förskrivits, 2. registrering av underlaget för tillämpningen av bestämmelserna om läkemedelsförmåner vid köp av läkemedel m.m., 3. debiteringen till landstingen, 4. ekonomisk uppföljning och framställning av statistik hos Apotekens Service Aktiebolag, 5. registrering och redovisning till landstingen av uppgifter för ekonomisk och medicinsk uppföljning samt för framställning av statistik, 6. registrering och redovisning till förskrivare, till verksamhetschefer enligt <i>hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)</i> och till läkemedelskommittéer enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer av uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården, 7. registrering och redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet, 8. registrering av recept och blanketter som används för flera uttag, samt registrering av dosrecept och elektroniska recept, | <ol style="list-style-type: none"> 6. registrering och redovisning till förskrivare, till verksamhetschefer enligt <i>lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet</i> och till läkemedelskommittéer enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer av uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården, |
|---|--|

¹² Senaste lydelse 2012:942.

9. registrering och redovisning till Inspektionen för vård och omsorg av uppgifter om enskild läkares eller tandläkares förskrivning av narkotiskt läkemedel eller annat särskilt läkemedel, för inspektionens tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), och

10. registrering och redovisning av uppgifter för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets tillsyn över utbyte av läkemedel enligt 21 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Behandling av personuppgifter för ändamål som avses i första stycket 2 och 8, med undantag för registrering av elektroniska recept, får endast ske i fråga om den som har lämnat sitt samtycke till behandlingen. För ändamål som avses i första stycket 3 får uppgifter som kan hänföras till en enskild person inte omfatta annat än inköpsdag, kostnad, kostnadsreducering och patientens personnummer.

För ändamål som avses i första stycket 4, 6 och 10 får inga uppgifter redovisas som kan hänföras till en enskild person. Ändamålen enligt första stycket 5 får inte, med undantag för utlämnande av uppgifter enligt 14 §, omfatta några åtgärder som innebär att uppgifter som kan hänföras till någon enskild patient redovisas. Dock får uppgifter som kan hänföras till en enskild förskrivare ingå i redovisning enligt första stycket 6 till samma förskrivare och till verksamhetschefen vid den enhet där förskrivaren tjänstgör samt i redovisning enligt första stycket 9 till Inspektionen för vård och omsorg.

Förskrivningsorsak får redovisas endast för de ändamål som avses i första stycket 5 och 6.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.14 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §¹³

I varje landsting och kommun ska det finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter 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 kommuner eller enligt avtal med kommuner 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 eller helt eller delvis finansieras av landsting.

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.

1. den hälso- och sjukvård enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting,

2. den hälso- och sjukvård enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹³ Senaste lydelse 2010:670.

1.15 Förslag till lag om ändring i lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall

Härigenom föreskrivs att 3 a § lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 a §¹⁴

För den som har fått ersättning enligt denna lag ska tillgångar uppgående till ett belopp om etthundrasjuttiofemtusen (175 000) kr anses som förmögenhet och inte beaktas vid tillämpning av

1. bestämmelserna om bostadsbidrag i 97 kap. 6–10 §§ socialförsäkringsbalken,

2. bestämmelserna om bostadstillägg i 102 kap. 10–13 §§ samma balk,

3. 4 kap. 1 § och 8 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453),

4. 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

4. 15 kap. 1, 2, 5 och 6 §§ lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet,

5. 19 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹⁴ Senaste lydelse 2010:1276.

1.16 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 kap. 5 §¹⁵

Den enskildes avgifter får

1. för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 26 § sjätte stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), per månad uppgå till högst en tolftedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet,

2. för bostad i särskilt boende per månad uppgå till högst en tolftedel av 0,50 gånger prisbasbeloppet.

1. för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 15 kap. 6 § första stycket lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvård, per månad uppgå till högst en tolftedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet,

2. för bostad i särskilt boende per månad uppgå till högst en tolftedel av 0,50 gånger prisbasbeloppet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹⁵ Senaste lydelse 2010:250.

1.17 Förslag till lag om ändring i lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Med omskärelse avses i denna lag ett sådant kirurgiskt ingrepp i syfte att helt eller delvis avlägsna förhud runt penis, som inte anses utgöra hälso- och sjukvård i den mening som avses i 1 § *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763).

Denna lag skall tillämpas på omskärelse av pojkar upp till arton års ålder.

Föreslagen lydelse

1 §

Med omskärelse avses i denna lag ett sådant kirurgiskt ingrepp i syfte att helt eller delvis avlägsna förhud runt penis, som inte anses utgöra hälso- och sjukvård i den mening som avses i 1 kap. 4 § *lagen* (2013:000) om *organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Denna lag ska tillämpas på omskärelse av pojkar upp till arton års ålder.

Denna lag träder i kraft 1 januari 2015.

1.18 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härigenom föreskrivs att 4 § och 15 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §¹⁶

Rätt till förmåner enligt denna lag har

1. den som är bosatt i Sverige, och

2. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom eller moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. *Detsamma ska gälla för* den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning.

Rätt till förmåner enligt 5 och 20 §§ med undantag för varor som avses i 18 § andra punkten har även den som i annat fall, utan att vara bosatt i Sverige, har anställning här.

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för dem som får *sjukhusvård som avses i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* samt för den som åtnjuter hemsjukvård som avses i 3 e eller 18 d § *hälso- och sjukvårdslagen* och för den som bor i sådan särskild boendeform som avses i 18 d § samma lag.

2. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom eller moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och

3. den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning.

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för

1. den som får *sluten vård enligt 1 kap. 7 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*,

2. den som får hemsjukvård enligt 6 kap. 2 § eller 3 § *samma lag*, och

¹⁶ Senaste lydelse 2010:1320.

3. *dem* som bor i sådan särskild boendeform som avses i 6 kap. 3 § samma lag.

15 §¹⁷

Ett receptbelagt läkemedel ska omfattas av läkemedelsförmånerna och inköpspris och försäljningspris ska fastställas för läkemedlet under förutsättning

1. att kostnaderna för användning av läkemedlet, med beaktande av bestämmelserna i 2 § *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763), framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhällsekonomiska synpunkter, och

2. att det inte finns andra tillgängliga läkemedel eller behandlingsmetoder som enligt en sådan avvägning mellan avsedd effekt och skadeverkningar som avses i 4 § läkemedelslagen (1992:859) är att bedöma som väsentligt mer ändamålsenliga.

1. att kostnaderna för användning av läkemedlet, med beaktande av bestämmelserna i 1 kap. 2 § *lagen* (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet, framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhällsekonomiska synpunkter, och

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹⁷ Senaste lydelse 2009:373.

1.19 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 2 § lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

1 kap. 2 §¹⁸

I denna lag används följande beteckningar med nedan angiven betydelse.

Beteckning	Betydelse
Biobank	Biologiskt material från en eller flera människor som samlas och bevaras tills vidare eller för en bestämd tid och vars ursprung kan härledas till den eller de människor från vilka materialet härrör.
Nämnd för forskningsetik	Nämnd som avses i lagen (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor.
Huvudman för en biobank	Vårdgivare, forskningsinstitution eller annan som innehar en biobank.
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som omfattas av <i>hälso- och sjukvårdslagen</i> (1982:763) eller <i>tandvårdslagen</i> (1985:125).
Människa	Levande eller avliden person eller foster.
Provgivare	Levande person från vilken vävnadsprov har tagits.
Vårdgivare	Fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård eller ett laboratorium som mottar vävnadsprover från vårdgivare och som bevarar proverna i en biobank.

¹⁸ Senaste lydelse 2003:468.

Beteckning	Betydelse
Vävnadsprov	Biologiskt material från människa.

Föreslagen lydelse

1 kap.

2 §

I denna lag används följande beteckningar med nedan angiven betydelse.

Beteckning	Betydelse
Biobank	Biologiskt material från en eller flera människor som samlas och bevaras tills vidare eller för en bestämd tid och vars ursprung kan härledas till den eller de människor från vilka materialet härrör.
Nämnd för forskningsetik	för Nämnd som avses i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.
Huvudman för en biobank	Vårdgivare, forskningsinstitution eller annan som innehar en biobank.
Hälso- och vård	sjuk- Verksamhet som omfattas av <i>lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet</i> eller tandvårdslagen (1985:125).
Människa	Levande eller avliden person eller foster.
Provgivare	Levande person från vilken vävnadsprov har tagits.
Vårdgivare	Fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård eller ett laboratorium som mottar vävnadsprover från vårdgivare och som bevarar proverna i en biobank.
Vävnadsprov	Biologiskt material från människa.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.20 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:546) om behandling av personuppgifter i den arbetsmarknadspolitiska verksamheten

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (2002:546) om behandling av personuppgifter i den arbetsmarknadspolitiska verksamheten ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §¹⁹

Denna lag tillämpas vid behandling av personuppgifter i Arbetsförmedlingens arbetsmarknadspolitiska verksamhet.

Lagen tillämpas också vid behandling av personuppgifter i ärenden om ersättning enligt lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare och i ärenden hos Arbetsförmedlingen om mottagande för bosättning av vissa nyanlända invandrare. Det som sägs i denna lag om behandling av personuppgifter i den arbetsmarknadspolitiska verksamheten ska även gälla behandling av personuppgifter i dessa ärenden.

Lagen ska inte tillämpas i den del av den arbetsmarknads-politiska verksamheten som även utgör hälso- och sjukvård enligt *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*. I den delen av verksamheten tillämpas i stället patientdatalagen (2008:355).

Lagen ska inte tillämpas i den del av den arbetsmarknads-politiska verksamheten som även utgör hälso- och sjukvård enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*. I den delen av verksamheten tillämpas i stället patientdatalagen (2008:355).

Lagen gäller endast om behandlingen är helt eller delvis automatiserad eller om uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹⁹ Senaste lydelse 2011:545.

1.21 Förslag till lag om ändring i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §²⁰

Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra

1. landstingets uppgifter
 - enligt *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*,
 - enligt tandvårdslagen (1985:125),
 - enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
 - enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
 - enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 - enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.,
 - enligt smittskyddslagen (2004:168), eller
 - som i annat fall enligt lag skall handhas av en sådan nämnd som avses i 10 § *hälso- och sjukvårdslagen*, och
2. kommunens uppgifter
 - enligt socialtjänstlagen (2001:453),

1. landstingets uppgifter
 - enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*,
 - enligt tandvårdslagen (1985:125),
 - enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
 - enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
 - enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 - enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.,
 - enligt smittskyddslagen (2004:168), eller
 - som i annat fall enligt lag ska skötas av en sådan nämnd som avses i 4 kap. 1 § *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*, och

²⁰ Senaste lydelse 2004:190.

- enligt *hälso- och sjukvårdslagen*,
 - enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
 - enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
 - enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 - som i annat fall enligt lag *skall handhas* av socialnämnd.
2. kommunens uppgifter
- enligt socialtjänstlagen (2001:453),
 - enligt *lagen (2013:000) om hälso- och sjukvårdsverksamhet*,
 - enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
 - enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
 - enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 - som i annat fall enligt lag *ska skötas* av socialnämnd.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015

1.22 Förslag till lag om ändring i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

4 §

Lagen gäller inte hälso- och sjukvård som avses i *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*.

Lagen gäller inte hälso- och sjukvård som avses i *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.23 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 9 § smittskyddslagen (2004:168) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

9 §

I varje landsting *skall* det finnas en smittskyddsläkare.

En smittskyddsläkare utses av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning *skall* denne verka under nämnden.

Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom landstinget att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt denna lag.

I varje landsting *ska* det finnas en smittskyddsläkare.

En smittskyddsläkare utses av en sådan nämnd som avses i 4 kap. 1 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning *ska* denne verka under nämnden.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.24 Förslag till lag om ändring i lagen (2005:466) om beräkning av inkomstprövade socialförsäkringsförmåner m.m. för neurosedynskadade

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (2005:466) om beräkning av inkomstprövade socialförsäkringsförmåner m.m. för neurosedynskadade ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §²¹

För den som enligt regeringsbeslut fått ersättning för foster-
skador som antas orsakade av de i Sverige sålda läkemedlen Neuro-
sedyn eller Noxodyn ska tillgångar uppgående till ett belopp om
femhundra tusen (500 000) kronor anses som förmögenhet och inte
beaktas vid tillämpningen av

1. 26 § hälso- och sjukvårds-
lagen (1982:763),

1. 15 kap 1, 2, 5 och 6 §§
lagen (2013:000) om organisa-
tion av hälso- och sjukvårds-
verksamhet,

2. 19 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktions-
hindrade,

3. 97 kap. 6–10 §§ socialförsäkringsbalken,

5. 2 kap. 7 § och 4 kap. 14 § studiestödslagen (1999:1395),

6. 4 kap. 1 § och 8 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453), samt

7. 102 kap. 10–13 §§ socialförsäkringsbalken.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

²¹ Senaste lydelse 2010:1294.

1.25 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

Härigenom föreskrivs att 4 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 kap.

1 §²²

Kommuner och landsting får på begäran lämna hjälp till andra kommuner och landsting som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Om hjälp har lämnats har kommunen eller landstinget rätt till skälig ersättning av den andra kommunen eller landstinget.

Bestämmelser om kommuners och landstings möjlighet att hjälpa annan kommun eller annat landsting med hälso- och sjukvårdsresurser vid extraordinär händelse finns i *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*.

När en enskild persons vistelse i en kommun är föranledd av en extraordinär händelse i fredstid, har vistelsekommunen rätt till ersättning från den kommun som drabbats av den extraordinära händelsen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

²² Ändringen innebär att andra stycket upphävs.

1.26 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 4 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Kommuners och landstings skyldighet att ta hand om utrymmande och utlänningar som söker skydd i Sverige regleras i socialtjänstlagen (2001:453), *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* och lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.

2 kap.
4 §

Kommuners och landstings skyldighet att ta hand om utrymmande och utlänningar som söker skydd i Sverige regleras i socialtjänstlagen (2001:453), *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* och lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015

1.27 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Härigenom föreskrivs att 1 och 2 §§ lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

I denna lag finns bestämmelser om landstingens skyldigheter att, utöver vad som följer av *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* samt tandvårdslagen (1985:125), erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård åt asylsökande och vissa andra utlänningar.

Lydelse enligt SOU 2013:2

De föreskrifter som gäller för vård som ges med stöd av *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*, patientlagen (2013:000) samt tandvårdslagen (1985:125) gäller även för vård som ges enligt denna lag, om inte något annat föreskrivs.

Föreslagen lydelse

1 §

I denna lag finns bestämmelser om landstingens skyldigheter att, utöver vad som följer av *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* samt tandvårdslagen (1985:125), erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård åt asylsökande och vissa andra utlänningar.

Föreslagen lydelse

2 §

De föreskrifter som gäller för vård som ges med stöd av *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*, patientlagen (2013:000) samt tandvårdslagen (1985:125) gäller även för vård som ges enligt denna lag, om inte något annat föreskrivs.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.28 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

1 kap. 3 §²³

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

Uttryck	Betydelse
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i <i>hälso- och sjukvårdslagen</i> (1982:763), <i>tandvårdslagen</i> (1985:125), <i>lagen</i> (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, <i>lagen</i> (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, <i>smittskyddslagen</i> (2004:168), <i>lagen</i> (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, <i>lagen</i> (2006:351) om genetisk integritet m.m. samt den upphävda <i>lagen</i> (1944:133) om kastrering.
Journalhandling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.

²³ Senaste lydelse 2012:458.

Uttryck	Betydelse
Sammanhållen journalföring	Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Föreslagen lydelse

Uttryck	Betydelse
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i <i>lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet</i> , tandvårdslagen (1985:125), <i>lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård</i> , <i>lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård</i> , <i>smittskyddslagen (2004:168)</i> , <i>lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall</i> , <i>lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.</i> samt den upphävda <i>lagen (1944:133) om kastrering</i> .
Journalhandling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.

Sammanhållen
journalföring

Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.

Vårdgivare

Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.29 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Med hälso- och sjukvård enligt denna lag avses detsamma som anges i 1 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Med hälso- och sjukvård enligt denna lag avses detsamma som anges i 1 kap. 4 § första stycket lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Katastrofmedicinska insatser ska tillhandahållas av de landsting som anges i 6 § första stycket. Övriga landsting får tillhandahålla sådana insatser.

Det som sägs i denna lag om landsting ska också gälla en kommun som inte ingår i ett landsting.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.30 Förslag till lag om ändring i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 §

Kommuner får ingå avtal med landsting om att utföra sådana transporter som avses i 6 § *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763). Kommuner får även ingå avtal med landsting om att utföra hälso- och sjukvård i väntan på sådana transporter.

Kommuner får ingå avtal med landsting om att utföra sådana transporter som avses i 4 kap. 6 § *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*. Kommuner får även ingå avtal med landsting om att utföra hälso- och sjukvård i väntan på sådana transporter.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.31 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs att 51 kap. 5 § socialförsäkringsbalken ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

51 kap. 5 §

Assistansersättning lämnas inte för sjukvårdande insatser enligt *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763).

Assistansersättning lämnas inte för sjukvårdande insatser enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

I 106 kap. 24 och 25 §§ finns bestämmelser om när assistansersättning inte lämnas vid vistelse på institution m.m.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.32 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659)

dels att 1 kap. 1 och 2 §§ samt 3 kap. 1 § ska ha följande lydelse,
dels att det i lagen ska införas en ny paragraf, 6 kap. 10 a §, av följande lydelse.

Lydelse enligt SOU 2013:2

Föreslagen lydelse

1 kap.

1 §

Denna lag syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bestämmelser om

- anmälan av verksamhet m.m. (2 kap.),
- vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (3 kap.),
- behörighetsfrågor (4 kap.),
- begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder (5 kap.),
- skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. (6 kap.),
- Socialstyrelsens tillsyn (7 kap.),
- prövotid och återkallelse av legitimation m.m. (8 kap.),
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (9 kap.), och
- straffbestämmelser och överklagande m.m. (10 kap.).

Allmänna bestämmelser om mål och krav på hälso- och sjukvården och tandvården finns i *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*, *patientlagen (2013:000)* och *tandvårdslagen (1985:125)*.

Allmänna bestämmelser om mål och krav på hälso- och sjukvården och tandvården finns i *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*, *patientlagen (2013:000)* och *tandvårdslagen (1985:125)*.

Nuvarande lydelse

Med *hälso- och sjukvård* avses i denna lag verksamhet som omfattas av *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*, *tandvårdslagen (1985:125)*, *lagen (2001:499)* om omskärelse av pojkar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt *lagen (2009:366)* om handel med läkemedel.

Föreslagen lydelse

2 §

Med *hälso- och sjukvård* avses i denna lag verksamhet som omfattas av *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*, *tandvårdslagen (1985:125)*, *lagen (2001:499)* om omskärelse av pojkar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt *lagen (2009:366)* om handel med läkemedel.

3 kap.

1 §

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att *kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* respektive *tandvårdslagen (1985:125)* upprätthålls.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att *kraven i 2 kap. lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* respektive *god vård i tandvårdslagen (1985:125)* upprätthålls.

6 kap.

10 a §

Varje läkare som är anställd vid en enhet inom landstingens eller en landstingsfri kommuns hälso- och sjukvård som har upplåtits för högskoleutbildning för läkarexamen (upplåten enhet) är skyldig att biträda vid handledningen av medicine studerande.

En specialistutbildad läkare som är anställd vid en upplåten enhet är, i den mån den eller de nämnder som utövar ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten vid enheten medger det, skyldig att inom sitt verksamhetsområde utföra den undervisning och den examination som behövs för att högskoleutbildning för läkarexamen ska kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.33 Förslag till lag om ändring i lag (2013:000) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Härigenom föreskrivs att 1 och 3 §§ lag (2013:000) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Denna lag innehåller bestämmelser om skyldighet för landsting att, utöver vad som följer av *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* och *tandvårdslagen (1985:125)*, erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård till vissa utlänningar som vistas inom ett landsting utan att vara bosatta där.

De föreskrifter som gäller för sådan vård som ges med stöd av *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* och *tandvårdslagen (1985:125)* ska tillämpas även för vård som ges enligt denna lag, om inte något annat föreskrivs.

Föreslagen lydelse

1 §

Denna lag innehåller bestämmelser om skyldighet för landsting att, utöver vad som följer av *lagen (2013:000) om hälso- och sjukvårdsverksamhet* och *tandvårdslagen (1985:125)*, erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård till vissa utlänningar som vistas inom ett landsting utan att vara bosatta där.

3 §

De föreskrifter som gäller för sådan vård som ges med stöd av *lagen (2013:000) om hälso- och sjukvårdsverksamhet* och *tandvårdslagen (1985:125)* ska tillämpas även för vård som ges enligt denna lag, om inte något annat föreskrivs.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

1.34 Förslag till förordning (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

1 kap. Inledande bestämmelser

1 § I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

De ord och benämningar som används i förordningen har samma betydelse som i den nämnda lagen.

2 kap. Om rikssjukvård

1 § Rikssjukvård ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas.

3 kap. Om regioner för hälso- och sjukvård

1 § För hälso- och sjukvård som berör flera landsting eller kommuner som inte ingår i något landsting ska riket vara indelat i regioner som anges i nedanstående uppställning. Varje region omfattar de län och de kommuner som anges i uppställningen.

Region Län Kommun(er)

Stockholmsregionen Stockholms län Gotlands län

Linköpingsregionen Östergötlands län Jönköpings län Kalmar län

Lund/Malmöregionen Kronobergs län Blekinge län Skåne län
Halmstads kommun Hylte kommun Laholms kommun

Göteborgsregionen Västra Götalands län Falkenbergs kommun
Kungsbacka kommun Varbergs kommun

Uppsala/Örebroregionen Uppsala län Södermanlands län Värmlands län Örebro län Västmanlands län Dalarnas län Gävleborgs län

Umeåregionen Västernorrlands län Jämtlands län Västerbottens län
Norrbottens län

4 kap. Om verksamhetschef

1 § En verksamhetschef enligt 3 kap. lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska ansvara för

1. att en fast vårdkontakt utses i enlighet med 7 kap. 2 § patientlagen (2013:000),

2. att någon närstående omedelbart underrättas när en patient avlider eller en patients tillstånd allvarligt försämras,

3. att den som varit intagen på sjukhus på begäran avgiftsfritt får intyg om orsaken till intagningen och om tiden för intagningen och utskrivningen,

4. att överförmyndaren underrättas när en intagen person kan antas behöva god man eller förvaltare enligt föräldrabalken samt när ett förvaltaruppdrag bör upphöra,

5. att om en patient som lämnar eller avser att lämna sjukhuset är farlig för någon annans personliga säkerhet eller sitt eget liv, någon närstående till patienten omedelbart underrättas och att, om patienten är farlig för viss person, även denna samt, om det behövs, lämplig myndighet omedelbart underrättas,

6. att utse en eller flera läkare att ha det ansvar som avses i 7 kap. 2 § patientsäkerhetsförordningen(2010:1369).

5 kap. Om behörigheter m.m.

1 § Kliniska assistenter och medicine studerande får biträda vid hälso- och sjukvård vid sådana enheter inom landstingens hälso- och sjukvård som har upplåtits för högskoleutbildning för läkarexamen (upplåtna enheter).

2 § I 3–16 §§ finns bestämmelser om behörighet till vissa anställningar inom landstingens hälso- och sjukvård och om hur sådana anställningar sker.

Vad som sägs i 3–16 §§ om landsting gäller också en kommun som inte ingår i ett landsting. Bestämmelserna i 6 § gäller även inom övrig kommunal hälso- och sjukvård.

Behörighet till anställning

3 § Behörig till anställning som läkare för allmäntjänstgöring är den som avlagt läkarexamen. Detsamma gäller för den som genomgått medicinsk utbildning utomlands och ska genomgå kompletterande utbildning.

Behörig till anställning som läkare för specialiseringstjänstgöring är den som har legitimation som läkare.

4 § Behörig till annan anställning som läkare än som sägs i 3 § är den som har specialistkompetens samt den som uppfyller kraven enligt artikel 28 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer och punkt 5.1.4 i bilaga V till direktivet.

5 § Om särskilda skäl föreligger får Socialstyrelsen förklara en läkare behörig till anställning som avses i 4 § även om läkaren inte uppfyller behörighetsvillkoren.

6 § Kan till vikarie för läkare vid semester eller annan ledighet eller under vakans inte förordnas någon som är behörig att utöva läkaryrket får Socialstyrelsen medge landstinget att förordna som vikarie en annan person som styrelsen bedömer i huvudsak kunna fullgöra de med anställningen förenade uppgifterna.

7 § Behörig till anställning som barnmorska, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast, sjukhusfysiker eller sjuksköterska är den som har legitimation för sådant yrke och, vad gäller psykolog, även den som genomgår föreskriven praktisk tjänstgöring.

Detsamma gäller i fråga om vikarie på sådan anställning om Socialstyrelsen inte medgett undantag.

Anställning som läkare

8 § Om anställningar som läkare och andra anställningar som är förenade med anställning som lärare vid en högskola finns bestämmelser i 3 kap. 8 § högskolelagen (1992:1434).

9 § Anställning för specialistutbildad läkare ska kungöras ledig till ansökan av landstinget. Om särskilda skäl föreligger får dock anställning ske utan kungörelse.

Kungörelse som avses i första stycket ska införas i Post- och Inrikes Tidningar eller, om regeringen medger det, i en annan publikation med föreläggande av tre veckors ansökningstid, räknad från dagen för kungörandet.

10 § Vid andra anställningar för specialistutbildade läkare än som avses i 8 § vid en enhet inom landstingets hälso- och sjukvård som upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, ska tre sakkunniga pröva varje sökandes behörighet och bedöma skickligheten hos samtliga behöriga sökande. Vid bedömningen av skickligheten ska hänsyn tas främst till utbildning samt till klinisk och vetenskaplig skicklighet. De sakkunniga ska föra upp de fyra främsta behöriga sökandena på förslag.

Landstinget får därefter förordna en av de föreslagna på anställningen.

11 § Två av de sakkunniga som avses i 10 § och suppleanter för dem utses för högst fyra år på det sätt som högskolestyrelsen bestämmer. Landstinget utser för samma tid en sakkunnig och suppleant för denne. Högskolestyrelsen utser ordförande och vice ordförande bland de sakkunniga.

Om ingen av de sakkunniga är verksam inom det område som den lediga anställningen avser, ska de tillkalla en läkare inom verksamhetsområdet att ingå som sakkunnig.

Om det behövs får de sakkunniga, efter medgivande av landstinget, inhämta yttrande från en annan läkare med särskild erfarenhet från det verksamhetsområde som den lediga anställningen avser.

12 § Vid annan anställning för specialistutbildad läkare än som avses i 8 och 10 §§ ska landstinget fästa avseende främst vid skickligheten för anställningen.

13 § Sakkunniga ska samråda med varandra och utan onödigt dröjsmål avge sina anställningsförslag.

Föreskrifterna i 18 och 19 §§ förvaltningslagen (1986:223) om omröstning och om rätt att få en avvikande mening antecknad ska tillämpas i fråga om de sakkunnigas beslut.

14 § Vikariat på anställning som läkare som beräknas vara minst sex månader i följd ges i samma ordning som anställningen om Socialstyrelsen inte medgett undantag.

15 § Läkare för allmäntjänstgöring anställs genom förordnande för högst två år.

Tidsbegränsade förordnanden som har meddelats enligt första stycket får förlängas utöver den föreskrivna längsta tiden om särskilda skäl föreligger.

16 § Den myndighet som ska anställa någon som avses i denna förordning ska utan dröjsmål anslå de sakkunnigas beslut om anställningsförslag på landstingets anslagstavla med uppgift om den dag då anslaget skedde. I kommun som inte ingår i något landsting anslås förslaget på kommunens anslagstavla.

Överklagande

17 § Beslut av sakkunniga om anställningsförslag får överklagas hos Socialstyrelsen. Skrivelsen med överklagandet ska ha kommit in till Socialstyrelsen inom tre veckor från den dag då beslutet togs. Socialstyrelsens beslut får inte överklagas.

6 kap. Om vårdgaranti

Tidsperioder för vårdgarantin

1 § Vårdgarantin enligt 5 kap. 9 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska innehålla en försäkran om att landstingen uppfyller

1. tillgänglighetsgarantin samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,

2. besöksgarantin inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare,

3. besöksgarantin inom den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården, och

4. behandlingsgarantin inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården.

2 § Vid bedömningen av om vårdgarantin enligt 1 § 3 eller 4 är uppfylld ska inte räknas tid då den enskilde

1. av medicinska skäl inte kan ges vård,
2. utnyttjat sin möjlighet att välja vård i ett annat landsting enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2013:000), eller
3. frivilligt avstår från vård.

Den enskilde ska anses frivilligt avstå från vård om han eller hon har

1. informerats om vårdgarantin,
2. erbjudits vård i enlighet med vårdgarantin, och
3. meddelat vårdgivaren att han eller hon avstår från erbjudandet om vård.

Rapportering av väntetider

3 § Landstingens rapporteringsskyldighet enligt 5 kap. 11 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska fullgöras genom att landstingen lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges Kommuner och Landsting.

7 kap. Övriga bestämmelser

1 § Läkemedelsförråd som avses i 6 kap. 3 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet kan antingen vara förråd som innehåller flertalet av de läkemedel som de boende behöver (fullständigt förråd) eller förråd enbart för vissa basläkemedel (akutförråd).

Landstinget svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till sådana läkemedelsförråd.

2 § Förbrukningsartiklar som avses i 6 kap. 4 § och 11 kap. 2 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som förklarats behörig.

3 § Av en individuell plan enligt 14 kap. 4 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

4 § Av en individuell plan enligt 6 kap. 1 § andra stycket eller 11 kap. 1 § andra stycket lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska planerade och beslutade insatser framgå.

8 kap. Bemyndiganden

1 § Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av 2 kap. 7 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

2 § Socialstyrelsen får förklara annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare behörig att föreskriva sådana förbrukningsartiklar som avses i 6 kap. 4 § och 11 kap. 2 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

3 § Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om landstingens rapporteringsskyldighet avseende väntetider enligt 5 kap. 11 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

4 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter till skydd för enskilda som avses i 17 kap. 2 § 1 lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2015.

Genom förordningen upphävs

1. förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner
2. förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården
3. förordningen (2010:349) om vårdgaranti och
4. förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m.

1.35 Förslag till ändring av förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

Härigenom föreskrivs att 2 och 4 §§ förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter

1. om hälso- och sjukvård enligt 32 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) till skydd för enskilda,

2. om de krav för fastställelse som avses i 1 § första stycket 1–3 och 2 § första stycket 1 lagen (1972:119) om fastställande av köns-tillhörighet i vissa fall,

3. om sprututbytesverksamhet enligt lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler till skydd för enskilda,

4. om journalhandlingars innehåll, utformning, hantering och förvaring enligt patientdatalagen (2008:355), samt om undantag från föreskriften i 3 kap. 10 § samma lag om signeringskrav,

5. om att

a. annan hälso- och sjukvårdspersonal får fullgöra uppgifter som läkare har enligt lagen (1995:831) om transplantation m.m.,

b. ingrepp enligt samma lag får göras endast på sjukhus som avses i 5 § hälso- och sjukvårdslagen eller vid annan enhet inom hälso- och sjukvården eller det medicinska området i övrigt, och

b. ingrepp enligt samma lag får göras endast på sjukhus som avses i 4 kap. 5 § lagen (2013:000) om hälso- och sjukvårdsverksamhet eller vid annan enhet inom hälso- och sjukvården eller det medicinska området i övrigt, och

c. ett sådant sjukhus eller en sådan enhet där ingrepp för transplantation får utföras ska ha tillgång till en donationsansvarig läkare och en kontaktansvarig sjuksköterska med uppgift att förbereda för

donationer och ge stöd och information till avlidnas närstående, samt

6. som behövs för att den katastrofmedicinska beredskapen och beredskapsplanläggningen inför höjd beredskap ska få en samordnad inriktning.

4 §²⁴

Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av

1. steriliseringslagen (1975:580),
2. 31 § *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763),
3. lagen (1995:831) om transplantation m.m.,
4. lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler, och
5. 3 kap. och 9 kap. patientdatalagen (2008:355).

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2015.

²⁴ Ändringen innebär att 2 upphävs.

2 Uppdraget och dess genomförande

2.1 Uppdraget

Regeringen beslutade den 24 mars 2011 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas (dir. 2011:25). I uppdraget ingår att föreslå hur regionala skillnader i vårdinnehåll och vårdresultat kan uppmärksammas och hanteras så att kvinnor och män i alla åldrar i hela befolkningen erbjuds en likvärdig och jämlik tillgång till vård av god kvalitet. Utredaren ska föreslå en reglering av ett fritt vårdval över hela Sverige. Förslaget ska i denna del även underlätta möjligheten att utnyttja privata vårdgivare i ett annat landsting än patientens hemlandsting.

Vidare ska utredaren undersöka om befintliga system för hantering av patientens behov av bl.a. stöd är tillräckliga när det gäller företrädesvis vårdgarantin och det fria vårdvalet och vid behov lämna förslag till en lagreglerad funktion. Utredaren ska överväga hur informationsutbytet mellan patient och vårdgivare kan förbättras, bl.a. genom att underlätta för patienten att få tillgång till sina journaluppgifter. I utredarens uppdrag ingår att överväga hur patienters upplevelser av hälso- och sjukvården bättre ska kunna fångas upp och bearbetas, hur berörda myndigheter bör arbeta för att stärka patientens ställning samt att göra en kartläggning av barnets ställning som patient i hälso- och sjukvården.

Slutligen ska utredaren lämna förslag till en ny patientlagstiftning, som ska vara lättillgänglig, överskådlig och pedagogisk.

Direktiven har bilagts betänkandet (bilaga 1).

Tilläggsdirektiv

Regeringen beslutade den 29 mars 2012 om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2012:24). I direktiven har regeringen dels förlängt tiden för utredningens slutredovisning till den 30 juni 2013 samt förtydligat vissa avgränsningar i uppdraget i förhållande till Utredningen om rätt information i vård och omsorg (S 2011:13).

Den 15 november 2012 beslutade regeringen om ytterligare tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2012:113). I uppdraget ligger att lämna förslag till en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som ska ersätta hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2013.

Tilläggsdirektiven har bilagts betänkandet (bilaga 2 och 3).

Promemoria om patientens tillgång till sin journal

Enligt tilläggsdirektiv den 29 mars 2012 överlämnade utredningen i juni 2012 sina överväganden vad gäller patientens möjlighet att få tillgång till sin journal via internet. Övervägandena presenterades i form av en promemoria – Patientens tillgång till sin journal.

Delbetänkandet Patientlag SOU 2013:2

Patientmaktsutredningen överlämnade den 31 januari 2013 sitt delbetänkande Patientlag till socialminister Göran Hägglund. I betänkandet lämnar utredningen förslag till en ny patientlag som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I betänkandet föreslår utredningen ett lagreglerat fritt val av utförare i öppen vård samt hur statliga myndigheter och patientnämnderna ska bidra till ökad information och kunskap om vad patienter har rätt att förvänta sig i kontakter med hälso- och sjukvården.

Utredningen lämnar i delbetänkandet även förslag om hur barns rättsliga ställning kan stärkas inom hälso- och sjukvården. Utredningen har konstaterat att barn, i sin roll som patient, överhuvudtaget inte uppmärksammas i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det finns därför anledning att särskilt lyfta fram dessa frågor i en central patientlagstiftning. I betänkandet föreslås att det av den nya patientlagen ska framgå att barnets bästa ska beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn. Vidare har utredningens föreslagit att det ska

tydliggöras att barnets inställning till en aktuell vårdåtgärd så långt det är möjligt ska klarläggas. Barnets åsikt ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Det framgår också av den föreslagna lagen att barn har samma rätt till information om sitt hälsotillstånd och om vård och behandling som vuxna och att informationen ska anpassas till bl.a. ålder och mognad. Även vårdnadshavarnas rätt att få ta del av information om barnets vård och behandling regleras i lagen. Redan i dag har barn, enligt regler i föräldrabalken (1949:381) och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) möjligheter att under vissa omständigheter själva bestämma att information om deras vård inte ska lämnas till vårdnadshavarna. Detta framgår också av utredningens förslag till patientlag. I och med dessa förslag menar utredningen att den del av uppdraget som rör barnets ställning som patient är hanterad och slutförd.

2.2 Arbetet med slutbetänkandet

I betänkandet hanteras återstående delar av Patientmaktsutredningens uppdrag och utredningen har därmed uppfyllt sina åtaganden i enlighet med direktiven.

Utredningen har haft 13 sammanträden med experter och sakkunniga. Därutöver har informella kontakter med dessa förekommit. Utredaren och sekretariatet har även träffat företrädare för myndigheter, landsting, vårdföretag, intresseorganisationer och enskilda experter inom området.

Utredningen har inom ramen för sitt uppdrag samrått med Utredningen om en kommunallag för framtiden (Fi 2012:07).

3 Lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

3.1 Inledning

I utredningens uppdrag konstateras att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) i sin nuvarande utformning är ålderdomlig och i vissa fall otydlig samt har en svåröverskådlig struktur. Det finns därför ett behov av en översyn av lagen.

Patientmaktsutredningen har i uppdrag att föreslå en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som ersätter HSL. Den nya lagen ska vara en ramlag och samla generella bestämmelser om organisation och ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården. Detta avser särskilt de bestämmelser i HSL som inte föreslås inarbetas i utredningens förslag till ny patientlag.¹ Det kan dock även avse bestämmelser i annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område. Utredningen ska i detta sammanhang överväga om vissa bestämmelser i nuvarande HSL i stället bör regleras i speciallagstiftning eller i förordning.

Uppdraget omfattar en översyn av lagens språk, struktur och utformning, utan några förändringar av rådande ansvarsförhållanden inom vården.

I avsnitt 3.2. i detta kapitel redovisas utredningens mer grundläggande ställningstaganden och strukturella överväganden rörande den nya lagen. Sedan följer mer detaljerade överväganden och förslag, uppdelade efter lagens avdelningar. Kapitlet avslutas med utredningens överväganden avseende lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m.

¹ SOU 2013:2 *Patientlag*.

3.2 En ny lag ersätter HSL

Utredningens förslag: Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) upphävs och ersätts av en ny lag – lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen).

Samtliga bestämmelser i HSL som inte påverkas av utredningens förslag förs materiellt oförändrade över till den nya lagen.

Följdändringar görs i en rad lagar med anledning av att HSL upphävs och ersätts av den nya lagen.

Sedan HSL trädde i kraft har den ändrats ett 70-tal gånger. Den grundläggande strukturen i lagen har dock behållits oförändrad. Lagen är närmast ett ”lapptäcke” där bestämmelser av olika dignitet ligger samlade i paragrafer som i många fall följs av bokstäver. Ett antal paragrafer har upphävts genom åren. Lagen innehåller inga kapitel och det är en utmaning att hitta specifika paragrafer eftersom de inte grupperats efter ämnen eller annat. Det är inte heller tydligt vilket ansvar de olika aktörerna har för de olika bestämmelserna. De övergripande rubrikerna i HSL kan anses bidra till otydligheten. ”Landstingens hälso- och sjukvård” kan exempelvis både avse landstingen i egenskap av huvudmän och landstingen i egenskap av vårdgivare.

Det finns därmed anledning att upphäva HSL och ersätta den med en ny lag som reglerar organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Upphävandet medför behov av följdändringar i en rad gällande lagar.²

3.2.1 Lagens struktur

Sjukvården i Sverige har genomgått mycket stora förändringar under de tre decennier som har gått sedan HSL:s införande. De regler om krav och skyldigheter som ursprungligen fanns i lagen utgick från en situation då i princip all vård i landet gavs av landsting.

² Upphävandet av HSL påverkar även utredningens förslag till ny patientlag (2013:000), se SOU 2013:2. Förslaget datum för ikraftträdande är dock först den 1 januari 2015. Det kan även tillkomma ytterligare behov av ändringar i det slutliga lagförslaget, på grund av exempelvis annan tillkommande lagstiftning. Utredningen har därför valt att inte föreslå ändringar i förslaget.

I dag ansvarar kommuner för en allt större del av hälso- och sjukvården och stora delar av den offentligt finansierade vården utförs av företag eller organisationer.³ Det har därmed blivit mer angeläget att det tydligt framgår vilket ansvar som vilar på de olika huvudmännen och vilket ansvar vårdgivarna har. Landstingen och kommunerna har ett tudelat ansvar, dels i egenskap av huvudmän och dels i egenskap av vårdgivare. I HSL regleras skyldigheter för vårdgivare och huvudmän, men vem det är som avses i respektive bestämmelse får ofta utläsas i förarbeten eller annat.

Organisationslagens struktur utgår från de olika aktörerna inom sjukvårdsområdet och deras ansvar. Detta har medfört att bestämmelser som överförts från HSL i vissa fall har sammanförts och i vissa fall har delats upp och placerats i olika kapitel och avdelningar.

I likhet med utredningens tidigare förslag till patientlag i delbetänkandet SOU 2013:2 har även organisationslagen strukturerats på ett sätt som ska underlätta senare utveckling och införande av nya bestämmelser. På grund av lagens omfattning har lagen delats in i avdelningar. Avdelningarna i lagen är avgränsade utifrån vem som har ansvaret för de bestämmelser som återfinns i avdelningens kapitel. Varje kapitel har egen paragrafnumrering. Kapitelindelningen medför att nya bestämmelser kan tillkomma utan att lagens grundläggande struktur går förlorad.

Den i jämförelse med HSL mer omfattande uppdelningen av lagens olika bestämmelser avser att underlätta läsning och åstadkomma en mer pedagogisk och överblickbar reglering.

3.2.2 Allmänna överväganden

Utredningen har i sitt arbete funnit att det materiella innehållet i HSL till större delen är relevant för organisationslagen. Vissa av de bestämmelser i HSL som inte berörs av utredningens förslag förs oförändrade över till organisationslagen. Andra bestämmelser är helt oförändrade i sak men har omarbetats språkligt och/eller redaktionellt, bl.a. i syfte att modernisera eller tydliggöra, eller för att åstadkomma en stringent begreppsanvändning. Ett fåtal bestämmelser från HSL föreslås inte överföras till organisationslagen. Detta gäller bl.a. vissa bestämmelser som regleras i utredningens förslag till patientlag.

³ Sveriges Kommuner och Landsting (2012) *Köp av verksamhet – kommuner och landsting 2006–2011*, s. 40 ff.

Utredningens utgångspunkt har varit att organisationslagen, liksom HSL, ska ha karaktären av ramlag. Hälso- och sjukvården i landet är i ständig förändring, vilket medför behov av möjligheter till regelmässiga anpassningar. Det är knappast rimligt att riksdagen ska upprätta detaljerade föreskrifter i stor utsträckning avseende organisationen av hälso- och sjukvården. Kommuner och landsting får förutsättas själva ha de bästa förutsättningarna att utifrån lokala behov kunna besluta om sin organisation. Användandet av lagstiftning av ramlagskaraktär är därmed motiverat.

Det finns dock starka samhälleliga intressen förknippade med hälso- och sjukvården i landet, bl.a. att befolkningen ska ges vård på lika villkor, och att vård ska ges efter behov. Av denna anledning kan det vara motiverat att lagstiftaren i vissa fall behåller den yttersta kontrollen över delar av regleringen även när delegering är möjlig. Utredningen har strävat efter att uppnå balans mellan förvaltningens möjligheter att på ett enklare sätt styra och ändra regler och intresset av att lagstiftningens väggen ta ansvar för de viktiga frågor som hanteras inom hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Flera av de mer detaljerade bestämmelserna i HSL har kommunalrättslig karaktär, och berör exempelvis grunderna för kommunens organisation och verksamhet. Andra bestämmelser innebär avvikelser från kommunalrättsliga principer. Bestämmelser av nu nämnda slag ska som utgångspunkt regleras i lag, men kan bli föremål för delegering.

Vid bedömningen av om delegering är möjlig på nu aktuellt område har utredningen beaktat att när regeringsformen nyligen moderniserades infördes vissa utökade delegeringsmöjligheter. I samband med detta underströks dock att respekten för det kommunala självstyret kräver att delegering till regeringen ska ske med viss försiktighet när kommunala angelägenheter berörs.⁴

Enligt utredningens förslag kan vissa av de detaljregleringar som nu återfinns i HSL överföras till förordning. Organisationslagen innehåller dock fortfarande en del mer detaljerade bestämmelser som överförts från HSL utan större förändringar då dessa bedömts vara nödvändiga, eller lämpliga, att reglera även i den nya lagen.

Utredningen har vidare övervägt vilka bestämmelser i HSL som skulle kunna regleras i speciallagstiftning i stället för i den nya

⁴ Regeringens proposition (2009/10:80) *Regleringen av normgivningsmakten moderniserar*, s. 222 f.

lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet, och framför vissa förslag om sådana förändringar.

Utredningen har som ett led i sitt uppdrag även analyserat vilka bestämmelser angående organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet som finns i lagstiftning utanför HSL. Den nya lagen är i större utsträckning än HSL inriktad på frågor som berör just sjukvårdens organisation och ansvaret för denna. Reglering som tidigare funnits i andra lagar kan därför vara lämplig att arbeta in i organisationslagen. Överblickbarheten och tillgängligheten i lagstiftningen ökar givetvis om samtliga befintliga bestämmelser som berör organisationsfrågor kan samlas i en lag. Utredningen har emellertid inte tolkat denna del av uppdraget som avseende en större översyn av övrig lagreglering på området. Enbart bestämmelser av omedelbar betydelse för organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet har därför berörts närmare av utredningens arbete i denna del.

Det förekommer på hälso- och sjukvårdsområdet att viss reglering har spridits ut i flera olika lagar. Vad gäller exempelvis regler om verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska återfinns bestämmelser om dessa befattningar både i andra lagar och i förordningar. Av pedagogiska skäl vore det givetvis önskvärt att regelverket avseende en och samma funktion eller företeelse finns på samma ställe. Det är dock inte alltid möjligt och har inte heller kunnat åstadkommas i organisationslagen.

De bestämmelser av intresse för hälso- och sjukvårdens organisation som utredningen funnit och som föreslås införas i organisationslagen behandlas under respektive avdelning.

I begränsad utsträckning föreslås slutligen vissa nyskrivna bestämmelser i organisationslagen. Dessa har tillkommit i förtydligande syfte eller som en konsekvens av utredningens förslag i delbetänkandet SOU 2013:2.

3.3 Avdelning I – Målsättningar och definitioner

Utredningens förslag: I den nya lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen) införs definitioner av begreppen *huvudman* och *vårdgivare*.

Bestämmelsen i 9 a § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL), där det anges att rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas, flyttas till förordning.

Av lagen ska framgå att barnets bästa ska beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn.

3.3.1 Begreppet hälso- och sjukvård

Ända sedan införandet av HSL har hälso- och sjukvård definierats som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I lagen har begreppet trots detta använts med olika betydelser i ett stort antal bestämmelser. Dels som åtgärder, men även i bemärkelsen hälso- och sjukvårdens verksamheter och slutligen i betydelsen den samlade svenska hälso- och sjukvårdsverksamheten, där även exempelvis statliga myndigheters verksamhet på området avses.

Utredningen har i organisationslagen strävat efter en konsekvent begreppsanvändning men har valt att låta definitionen kvarstå oförändrad. För att uppnå överensstämmelse har uttrycket hälso- och sjukvård inte längre använts när det som avses i själva verket är hälso- och sjukvårdens verksamheter. Detta har medfört ett större antal konsekvensändringar.

Uttrycket hälso- och sjukvård används i betydelsen den samlade svenska hälso- och sjukvårdsverksamheten i gällande lydelse av målsättningsstadgandet för hälso- och sjukvården i 2 § HSL. De däri angivna målen är väl inarbetade och kända, och utredningen har inte eftersträvat eller haft i uppdrag att på något sätt förändra målet för hälso- och sjukvården. Utredningen har dock ansett det önskvärt att begreppsanvändningen blir konsekvent i organisationslagen. I utredningens förslag görs därför en språklig ändring, där ”Målet för hälso- och sjukvården” ersätts av ”Målet för hälso- och sjukvårdsverksamheten i landet”.

Motsvarande ändring görs av samma anledning i utredningens förslag avseende skyldigheten att arbeta för att förebygga ohälsa. Även denna skyldighet är att se som en form av målsättning i samband med all verksamhet på hälso- och sjukvårdens område i landet.

3.3.2 Huvudmannabegreppet

Det finns inte någon definition av huvudmannabegreppet på hälso- och sjukvårdsområdet, varken i HSL eller i anknuten lagstiftning.

Vid införandet av HSL konstaterades att den som har ett författningsreglerat ansvar för att vård meddelas är huvudman, men i övrigt fördes inte några resonemang om huvudmannaskapets innebörd.⁵ Särskilda bestämmelser om kommuners och landstings möjligheter att lägga ut kommunal verksamhet på entreprenad infördes 1993. Inte heller vid denna tidpunkt resonerades kring huvudmannaskapets innebörd, och begreppet definierades inte.⁶

När vård bedrivs genom en vårdenhet som är direkt knuten till huvudmannen är landstinget både huvudman och vårdgivare, men har olika ansvar i de olika rollerna. I förhållande till de privata aktörerna på vårdområdet är kommunen eller landstinget endast huvudman, med visst övergripande ansvar för kommunmedlemmarnas vård men utan bestämmanderätt över vårdgivarens dagliga verksamhet. Mot bakgrund av den allt mer differentierade strukturen på hälso- och sjukvårdsområdet, även inom landstings och kommuners hälso- och sjukvårdsorganisationer, har utredningen bedömt det som viktigt att tydliggöra huvudmannens och vårdgivarens åtskilda roller, bl.a. genom en definition av huvudmannabegreppet.

Utredningens förslag till definition utgår från huvudmannens lagreglerade ansvar, och lyder: ”Med *huvudman* avses i denna lag den som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.”

Utredningens avsikt är inte att genom definitionen genomföra någon materiell förändring. Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att säkerställa att vård erbjuds till i lagen angiven personkrets. Vården kan utföras i egen regi, men huvudmannans ansvar innebär ingen skyldighet för huvudmannen att själv bedriva verksamheten, utan driften kan ligga på en fristående vårdgivare.

Huvudmannen har, som tidigare nämnts, inte någon direkt bestämmanderätt över fristående vårdgivares verksamhet. Enligt kommunallagen (1991:900) har huvudmannen emellertid skyldighet att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med uppställda mål och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Huvud-

⁵ Regeringens proposition (1981/82:97) om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 33.

⁶ Regeringens proposition (1992/93:43) ökad konkurrens i kommunal verksamhet.

mannen är också skyldig att se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. I förarbeten till lagen uttalas att en kommun eller ett landsting som ingår avtal med annan om att utföra en uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi, som huvudman har kvar det yttersta ansvaret för verksamheten och ska följa upp och säkerställa att entreprenören uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten.⁷

Kommuner och landsting har således ett ansvar för att genom exempelvis relevanta krav i avtal med utförarna säkerställa att kommunmedlemmarna får en god vård. Huvudmannaskapet för den enskildes hälso- och sjukvård vilar därmed på den offentlige huvudmannen, även om denne avtalat med någon annan om att utföra vården. Det offentliga huvudmannaskapet omfattar dock inte ansvar för hälso- och sjukvårdsverksamhet med helt privat finansiering som tillhandahålls utan offentligt uppdrag.

I HSL regleras för närvarande enbart huvudmannaskapet för landsting och kommuner. Utredningen har övervägt möjligheten att föra in bestämmelser som avser även andra sjukvårdshuvudmän i organisationslagen. Sådana bestämmelser finns bl.a. i fängelselagen (2010:610), avseende statens ansvar för hälso- och sjukvård för intagna i fängelse, och i skollagen (2010:800) avseende skolhuvudmannens ansvar för elevhälsa. Den hälso- och sjukvård som enligt lag ska tillhandahållas av andra huvudmän än landsting och kommun är dock av mer begränsad karaktär, utgör inte det huvudsakliga ansvaret för de berörda huvudmännen och har delvis andra syften än hälso- och sjukvård som ges enligt bestämmelserna i HSL. När hälso- och sjukvården inte är huvuduppgiften utan i stället en del av ett mer omfattande och annat uppdrag får ansvaret en annan karaktär, och regleringen av det huvudmannauppdraget bör enligt utredningens mening lämpligen även fortsättningsvis regleras i respektive lagstiftning och inte i organisationslagen. Utredningen har därför valt att inte föra in bestämmelser om andra huvudmän än kommuner och landsting i den nya lagen.

⁷ Regeringens proposition (1993/94:188) *Lokal demokrati*, s. 40 och kommunallagens (1991:900) 6 kap. 7 §.

3.3.3 Vårdgivarbegreppet

Utredningen föreslår även att begreppet vårdgivare ska definieras i den nya lagen. Definitioner av vårdgivare finns i flera andra lagar på hälso- och sjukvårdens område, bl.a. i patientsäkerhetslagen (2010:659), patientdatalagen (2008:355) och patientskadelagen (1996:799).

Enligt definitionen i patientdatalagen är en vårdgivare ”statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare)”. Definitionen i patientskadelagen skiljer sig genom att begreppet ”enskild” används i stället för ”annan juridisk person eller enskild näringsidkare”. I patientsäkerhetslagen har parenteserna utgått, i övrigt är definitionen identisk med den i patientdatalagen.

Utredningen har valt att utgå ifrån de befintliga definitionerna, men föreslår en något modifierad definition som lyder enligt följande: ”Med *vårdgivare* avses i denna lag statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen bedriver samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.”

Uttrycket *har ansvar för*, som används i patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientskadelagen kan, inom det nu aktuella området, tolkas på flera olika sätt, och är därför olämpligt i definitionen av vårdgivare.

Det finns specifikt ansvar som vilar på varje enskild vårdgivare, oavsett om aktören samtidigt är huvudman för verksamheten eller inte. Vilka dessa ansvarsområden är framgår enligt utredningens förslag av den nya lagens andra kapitel. Vårdgivare har i denna bemärkelse ansvar för den vård som denne bedriver. Landsting och kommun har som huvudman också visst ansvar, naturligtvis för de egna vårdgivarnas verksamhet, men även för sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som huvudmännen överlätit på annan. Huvudmannen ansvarar alltid primärt för att vårdbehoven tillgodoses inom dennes ansvarsområde. Ett visst kontrollansvar kvarstår av denna anledning hos huvudmannen. Huvudmannen har således också visst *ansvar för* vård som vårdgivaren bedriver. För att kunna skilja på det ansvar som de offentliga aktörerna har i sin egenskap av huvudmän och i sin egenskap av vårdgivare har utredningen därför i definitionen

tydliggjort att vårdgivare är den som *bedriver* viss hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Begreppet *hälso- och sjukvårdsverksamhet* har använts i stället för *hälso- och sjukvård*, för att undvika en konflikt med definitionen av begreppet hälso- och sjukvård. I uttrycket ”bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet” ligger att åtgärderna är av regelbundet återkommande karaktär. En näringsidkare som inom ramen för en verksamhet som i sig inte utgör hälso- och sjukvård med viss regelbundenhet utför hälso- och sjukvårdande åtgärder kan anses vara vårdgivare beträffande dessa åtgärder. En vårdgivare är emellertid alltid en organisation och ska inte förväxlas med den person som kanske rent faktiskt utför åtgärderna.

Lagens bestämmelser är tillämpliga på samtliga vårdgivare, både vårdgivare underställda en offentlig huvudman, och vårdgivare med en privat huvudman (med eller utan offentlig finansiering). Även vårdgivare som är underställda huvudmän vars verksamhet inte regleras i organisationslagen, exempelvis vårdgivare som tillhandahåller elevhälsa, ska uppfylla kraven i organisationslagen i tillämpliga delar.

3.3.4 Överväganden avseende rikssjukvård

De befintliga bestämmelserna om rikssjukvård i HSL utgörs i huvudsak dels av definitioner, dels av bestämmelser som rör fastställande av vilken hälso- och sjukvård som bör utgöra rikssjukvård. Definitioner har i den nya lagen placerats i första kapitlet, och även definitionen av rikssjukvård har införts där.

Utredningen har övervägt om de regler som avser fastställande av vilken hälso- och sjukvård som bör utgöra rikssjukvård skulle kunna regleras i förordningsform.

Dagens reglering av rikssjukvård infördes den 1 januari 2007. Av förarbetena till bestämmelserna framgår att regeringen ansåg det naturligt att Socialstyrelsen fortsättningsvis skulle ansvara för att fastställa kriterier för vilken hälso- och sjukvård som utgör rikssjukvård samt ge tillstånd till vårdens bedrivande, och att detta ansvar klart borde framgå av lag. Bestämmelser om Rikssjukvårdsnämnden inom Socialstyrelsen ansågs däremot kunna placeras i förordning.⁸

⁸ Regeringens proposition (2005/06:73) *Nationell samordning av rikssjukvården*, s. 18 f.

Utredningen har inte funnit några vägande skäl för att i dag frånga regeringens tidigare bedömning att Socialstyrelsens beslutsansvar bör regleras i lag. Ansvaret utgör dock en befogenhet för myndigheten, vilket är en reglering av sådan karaktär som närmast kan jämföras med bemyndiganden. I den nya lagen har denna bestämmelse därför placerats i det avslutande kapitlet.

Rikssjukvård utgör enligt definitionen ”hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting men som samordnas med landet som upptagningsområde”. Det landsting som tillhandahåller rikssjukvård åtar sig att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer utan anknytning till landstingets ansvarsområde. För att ett sådant erbjudande inte ska strida mot kommunallagens lokaliseringsprincip krävs ett tydligt lagstöd.

Landstingen har enligt 4 § andra stycket HSL möjlighet att ta emot patienter som är bosatta i annat landsting, om landstingen kommer överens om det. Mottagande av patient för rikssjukvård torde i regel bygga på en överenskommelse mellan landstingen. För att undvika oklarheter har utredningen emellertid valt att föreslå införandet av ett uttryckligt lagstöd för att ta emot patienter från andra landsting för landsting som tillhandahåller rikssjukvård.

Utredningen föreslår att det kan regleras i förordning att rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. Detaljer kring kraven på de enheter som vill tillhandahålla rikssjukvård torde med fördel kunna hanteras på annan nivå än i riksdagen, vilket också möjliggör en enklare hantering av ändringar i denna del.

3.3.5 Särskilt ansvar avseende barn

Bestämmelserna i organisationslagen är naturligtvis tillämpliga även när barn vårdas, exempelvis bestämmelser om rätt till en god och säker hälso- och sjukvård, rätt till trygghet och kontinuitet m.m. Vissa särskilda bestämmelser är dock motiverade just beträffande barn. Utredningen föreslår att dessa bestämmelser samlas på ett ställe.

Utredningen vill i detta sammanhang erinra om att principen om barnets bästa måste vara vägledande vid organisation av hälso- och sjukvård där barn berörs. I 1 kap. 6 § patientlagen anges att ”barnets bästa ska beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn”. Utredningen föreslår att en sådan bestämmelse även införs i orga-

nisationslagen i avsikt att framhålla att hälso- och sjukvårdens aktörer inom alla delar av vårdkedjan, även vid rent organisatoriska beslut, ska ta de särskilda hänsyn som behövs för att barn ska ges hälso- och sjukvård på ett sätt som är anpassat till barnet och barnets bästa.

Utredningen föreslår också att bestämmelserna om särskild informationsskyldighet mot barn i vissa fall, och skyldigheter för hälso- och sjukvården vid misstanke om att barn kan fara illa som tidigare återfanns i HSL överförs i sak oförändrade till organisationslagen.

I nu gällande lydelse innehåller den senare bestämmelsen hänvisningar till regleringar i andra lagar om tystnadsplikt, sekretess och anmälningskyldighet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) är av fundamental betydelse för alla som arbetar inom hälso- och sjukvårdens verksamheter och är tillämpliga i många varierande situationer. Hänvisningarna i fråga rör etablerade skyldigheter som får förutsättas vara väl kända inom hälso- och sjukvårdens verksamheter och för dess personal. Utredningen anser därför inte att det är nödvändigt att låta hänvisningarna finnas kvar i organisationslagen.

Bestämmelsernas placering innebär att de är tillämpliga både för huvudmännen och för vårdgivarna. Huvudmännen kan behöva beakta frågor kring barn och barnets bästa i samband med exempelvis planering av hälso- och sjukvård, utformning av hälso- och sjukvårdsenheter m.m. Vårdgivaren har den direkta kontakten med barn när hälso- och sjukvård ges och ska exempelvis utforma rutiner som säkerställer att adekvat information ges till barnet. Vårdgivaren ska också beakta barnets bästa i mer organisatoriska frågor kring den egna verksamheten.

Utredningen har behandlat barnets ställning inom hälso- och sjukvårdens verksamheter mer utförligt i SOU 2013:2.⁹

⁹ SOU 2013:2 *Patientlag*, s. 184 ff.

3.4 Avdelning II – Vårdgivarens ansvar

Utredningens förslag: En bestämmelse som tydliggör vårdgivarens ansvar för att planera, leda och kontrollera sin verksamhet så att kraven på en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet uppfylls förs in lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen). Kravet på att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet inom vården utgår därmed.

Kravet på att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad för att främja kostnadseffektivitet föreslås omformuleras till att verksamheten ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Kravet begränsas till att enbart gälla för offentligt finansierad verksamhet.

Verksamhetschefens ansvar för att utse en fast vårdkontakt flyttas till förordning.

3.4.1 Verksamheten

Kapitel 2 i lagen motsvarar i huvudsak paragraferna 2 a–2 h i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL).¹⁰ Utredningens förslag innebär dock omfattande strukturella förändringar.

En skillnad gentemot HSL i denna del är att utredningens förslag inte innehåller någon definition av god vård. Vad som i samhället anses vara viktigast för en god vård kan förändras över tid. Vissa ramar för hälso- och sjukvårdsaktörer bör anges direkt i lag, men enligt utredningens mening är det mera rimligt att berörda myndigheter genom föreskrifter anger vilka mer detaljerade krav som ska ställas på en god hälso- och sjukvård. Att räkna upp ett antal krav i lagstiftningen kan riskera att medföra uteslutande tolkningar, där vissa aktörer gör bedömningen att det enbart är de krav som anges i "listan" som ska uppfyllas. Utredningen har ansett att samtliga de krav på hälso- och sjukvården som framgår av HSL är av stor vikt, och att det även finns andra regleringar som bör uppfyllas för att vården ska anses vara god.

¹⁰ Utredningen förslög vissa förändringar i denna del av HSL i samband med förslaget till patientlag, där bestämmelser av betydelse för patientens ställning inom sjukvården samlats. I förslaget till organisationslag har utredningen förutsatt att dessa förändringar genomförs.

Utredningen har mot den angivna bakgrunden valt att utforma kapitlets första paragraf på liknande sätt som 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), med en angiven skyldighet för vårdgivaren att planera, leda och kontrollera sin verksamhet på ett sätt som leder till att patienten får en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet och att kraven i övrigt i avdelning II uppfylls. I vissa fall är det i praktiken de anställda i verksamheten som utför de åtgärder som leder till uppfyllandet av kravet, men vårdgivaren har ansvar för att verksamheten organiseras på sådant sätt att de anställda har möjlighet och tid att exempelvis ge patienter och närstående den information som krävs enligt patientlagens bestämmelser.

Utredningen har i möjligaste mån låtit krav av olika karaktär föras till olika paragrafer. Bestämmelser som avser patientens personliga upplevelse av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården har skilts från krav på bl.a. tillgänglighet och god hygienisk standard, vilka tidigare återfanns i samma paragraf. Någon materiell förändring i dessa delar är inte avsedd.

I kravet på vårdgivaren att leda sin verksamhet på det sätt som framgår av kapitlets första paragraf innefattas enligt utredningens mening det krav som i dag återfinns i nuvarande 28 § HSL, att ledningen för verksamheten ska vara organiserad på sådant sätt att den tillgodoser hög patientsäkerhet och hög kvalitet av vården. Något särskilt krav på ledningens organisationsform finns därför inte i utredningens förslag till organisationslag. Det är enligt utredningens mening inte främst ledningens organisationsform utan arbetet som ledningen utför som ska tillgodose en hög patientsäkerhet och en hälso- och sjukvård av god kvalitet. Patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet måste finnas med i alla aspekter av vårdgivarens verksamhet, både vid val av organisationsform och i arbetet i övrigt.

Även kravet på att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad för att främja kostnadseffektivitet har omformulerats till att verksamheten ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet, med samma motivering som ovan.

Kravet begränsas till att enbart gälla för offentligt finansierad verksamhet. Naturligtvis är det angeläget att resurserna inom hälso- och sjukvårdsverksamhet används på ett så effektivt sätt som möjligt, vilket också särskilt underströks i förarbetena till denna bestämmelse. Som ytterligare skäl till kostnadseffektivitetsmålet angavs också att den övervägande delen av hälso- och sjukvården är finansierad med

allmänna medel, och att det allmännas begränsade resurser bör användas på bästa sätt.¹¹

Det förekommer dock verksamheter vilka inte till någon del erhåller offentlig finansiering. Vilka krav som då ställs i fråga om exempelvis verksamhetens syfte och inriktning regleras i andra författningar, exempelvis i aktiebolagslagen (2005:551). Av förarbetena framgår inte något särskilt skäl till varför krav på kostnadseffektivitet ska eller kan ställas beträffande privat finansierad hälso- och sjukvård. Utredningen föreslår därför att bestämmelsen hädanefter ska utformas så att enbart offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet omfattas av kravet på kostnadseffektivitet.

I den mån en verksamhet tillhandahåller både offentligt finansierad hälso- och sjukvård och privat finansierad vård omfattas den delen av verksamheten som är offentligt finansierad av bestämmelsen.

Utredningens förslag till ny lag innefattar inte bestämmelsen i 2 a § 3 HSL om att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Denna bestämmelse motsvaras helt av 3 kap. 1 § patientlagen (2013:000). En hänvisning till vårdgivarens ansvar för att tillgodose patientens rättigheter enligt patientlagens tredje och fjärde kapitel görs enligt förslaget i andra kapitlet, och en dubbelreglering i denna del blir därmed överflödig.

3.4.2 Verksamhetschefens ansvar för att utse en fast vårdkontakt flyttas till förordning

Verksamhetschefen är en central ledningsfunktion inom hälso- och sjukvårdsverksamhet, och de grundläggande reglerna om verksamhetschef ska även fortsättningsvis finnas i lag enligt utredningens förslag.

Utredningen har dock funnit att verksamhetschefens ansvar för att en fast vårdkontakt utses kan överföras till förordningsform. Åliggandet att inom hälso- och sjukvården tillgodose rätten till en fast vårdkontakt samt möjliggöra patientens eget val av sådan framgår enligt utredningens förslag redan av patientlagen (2013:000).¹²

Den föreslagna förändringen omfattas enligt utredningens mening av bemyndigandet i 17 kap. 2 § 1 organisationslagen.

¹¹ Regeringens proposition (1995/96:176) *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*, s. 57.

¹² SOU 2013:2 *Patientlag*, 7 kap. 2–3 §§, utredningens förslag till patientlag (2013:000).

3.5 Avdelning III – Landstingets ansvar som huvudman

3.5.1 Landstingens ansvar för planering och samverkan

Utredningens förslag: Landstingens planeringsansvar utvidgas till att gälla hela den personkrets som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

Ett förtydligande om att planeringen ska omfatta samtliga vårdgivare inom landstingets ansvarsområde förs in.

Ett förtydligande om att landstingens samverkansansvar ska gälla alla vårdgivare, inte enbart de privata, förs in.

Landstinget ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) planera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet med utgångspunkt i behovet av vård hos befolkningen. Motsvarande skyldighet gäller för kommunen.¹³ Utredningen föreslår en förändring i landstingens planeringsskyldighet som innebär att skyldigheten hädanefter ska gälla även andra grupper som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

Utredningen har i sitt delbetänkande föreslagit att landsting ska vara skyldiga att erbjuda patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård öppen vård på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna.¹⁴ Landstingens ansvar har dessutom under de senaste åren utökats med ansvar för dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner här enligt förordning nr 883/2004¹⁵ och med vissa skyldigheter avseende vård av asylsökande. Därutöver kommer landstingens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård att utökas till att under vissa förutsättningar omfatta även vuxna personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.¹⁶

I konsekvens med utredningens tidigare förslag och med den övriga utvecklingen inom området bör landstingen få ett ansvar för att planera sin verksamhet med utgångspunkt i behovet av vård hos alla de som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

¹³ 7 respektive 20 §§ HSL.

¹⁴ SOU 2013:2 *Patientlag*, s. 213 ff.

¹⁵ Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004.

¹⁶ Regeringens proposition (2012/13:109) *Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd*.

Enligt utredningens mening innebär förändringen en mindre utökning av planeringsansvaret och bör inte medföra några märkbara konsekvenser. Det är naturligtvis bättre för landstingen att i så stor utsträckning som möjligt planera för alla dem som omfattas av deras ansvar än att underlåta att göra det. Det finns, liksom vid all planering av hälso- och sjukvård, betydande osäkerhetsfaktorer som kan försvåra en sådan planering. Enligt utredningens mening kan det emellertid finnas tillfällen när landstingen i god tid får signaler om att exempelvis många EU-medborgare kommer att arbeta inom landstingets gränser. Det kan också handla om att många patienter söker sig till eller bort från landstinget under vissa perioder av året, eller till eller från vissa medicinska specialiteter inom landstinget. Det är viktigt att uppmärksamma sådana signaler och anpassa utformningen av verksamheten i enlighet med utvecklingen. Ett utökat planeringsansvar kan närmast ses som en följd av de lagändringar som gjorts, av ökade valmöjligheter mellan landstingen och av att eventuella tillkommande patienter ska erbjudas en god vård på lika villkor.

Utredningen har emellertid inte anledning att tro att det kommer att röra sig om några betydande patientströmmar som annat än i undantagsfall kan ha någon avgörande inverkan på landstingens planering av hälso- och sjukvården. En viss erfarenhet av patienters intresse av att välja vård i annat landsting bör finnas att utgå från i anledning av den rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården som samtliga landsting beslutat följa sedan 2003.¹⁷

Motsvarande utökning av planeringsansvaret föreslås inte för kommunerna eftersom gruppen som omfattas av kommunernas ansvar i dagsläget är oförändrad.

I HSL fastslås att landstingens och kommunernas planering ska avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. I enlighet med ambitionen att tydliggöra landstingens och kommunernas huvudmannansvar och vårdgivarnas ansvar föreslås att bestämmelsen istället ska formuleras så att landstingens och kommunernas planering (i egenskap av huvudmän) ska avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av samtliga vårdgivare inom landstingets ansvarsområde. Detta omfattar såväl vård i egen regi som upphandlad vård oavsett driftsform, men även exempelvis elevhälsa och privat finansierad vård som utförs inom landstinget eller kommunen. Förtydligandet bör enligt utredningens mening inte

¹⁷ SOU 2013:2 *Patientlag*, s. 105 f.

innebära någon egentlig förändring i jämförelse med den planering som görs i dag.

Beträffande samverkansansvaret regleras i dag endast att landstingen och kommunerna har ett ansvar för att samverka med privata vårdgivare. Det får förutsättas att huvudmännen redan nu samverkar med vårdgivare i egen regi. Det är dock önskvärt att fortsätta arbetet med att lagstiftningsmässigt likställa vårdgivare under offentlig ledning med andra vårdgivare.¹⁸ Utredningen har därför inte funnit det befogat att behålla begränsningen av landstingets och kommunernas ansvar för samverkan till att gälla enbart privata vårdgivare.

3.5.2 Hänvisningar till annan relevant lagstiftning

Utredningens förslag: En hänvisning till lagen (2013:00) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd förs in i lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen).

En hänvisning till smittskyddslagen (2004:168) förs in i organisationslagen.

Asylsökande och vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Vilken hälso- och sjukvård som ska erbjudas asylsökande regleras i en särskild lag, lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. I 4 § HSL finns en upplysning om att särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i den lagen.

Även den hälso- och sjukvård som ska erbjudas s.k. papperslösa kommer att regleras i en särskild lag, lagen (2013:00) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.¹⁹

I förarbetena till lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. anfördes att en lagreglering för att fastslå landstingens skyldighet att erbjuda asylsökande m.fl. hälso- och sjukvård samt tandvård med nödvändighet innebär en omfattande detaljreglering

¹⁸ Regeringens proposition (1995/96:176) *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*, s. 45.

¹⁹ Regeringens proposition (2012/13:109) *Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd*.

och därför bör framgå av en ny lag i stället för att inarbetas i HSL respektive tandvårdslagen.²⁰ I regeringens proposition om hälso- och sjukvård åt s.k. papperslösa anförs att omfattningen av den vård som ska erbjudas skiljer sig från den som ska erbjudas personer som är bosatta i landstinget och att detta talar mot att införa bestämmelserna om hälso- och sjukvård till personer som vistas i landet utan tillstånd i HSL.²¹

Utredningen har i denna del inte funnit anledning att frånga regeringens bedömning och har därför avstått från att föra in bestämmelser från någon av de båda lagarna i organisationslagen.

Hälso- och sjukvård som ges med stöd av någon av de båda lagarna ska emellertid följa samma regler som den vård som ges med stöd av organisationslagen. Bestämmelser om att den som har störst behov ska ges företräde, om att bestämmelserna i patientlagen ska följas och andra liknande bestämmelser är därmed tillämpliga. Med anledning av detta finns det, enligt utredningens mening, orsak att föra in en hänvisning till den kommande lagen, i likhet med den hänvisning som finns till lagen om asylsökande.

Smittskyddslagen

I 1 kap. smittskyddslagen (2004:168) finns vissa bestämmelser som påverkar organisationen av landstingens hälso- och sjukvård. Enligt 8 § har landstinget ansvar för behövliga smittskyddsåtgärder inom sitt område. Av 9 § följer att en särskilt utsedd smittskyddsläkare måste finnas inom varje landsting. Landstinget kan i övrigt bestämma hur smittskyddet ska vara organiserat så länge organisationen utformas så att den kan uppfylla de mål samt de krav på kvalitet och kompetens som anges i smittskyddslagen. Bestämmelserna avser även hälso- och sjukvård som organiseras av en kommun som inte ingår i något landsting.²²

Skyldigheten att vidta åtgärder inom smittskyddets område berör visserligen befolkningens hälsa i stort, men är av delvis annan karaktär än den allmänna skyldigheten att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Målet med smittskyddslagens bestämmelser är också betydligt mer avgränsat än målet med hälso- och sjukvårdsverk-

²⁰ Regeringens proposition (2007/08:105) *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*

²¹ Regeringens proposition (2012/13:109) *Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd*, s. 45 f.

²² Se regeringens proposition (2003/04:30) *Ny smittskyddslag m.m.*, s. 163 ff.

samheten i landet. Enligt utredningens bedömning måste det mot bakgrund av smittskyddets speciella karaktär anses vara av vikt att det framgår tydligt direkt av smittskyddslagen var ansvaret för smittskyddet inom varje region ligger. En överflyttning av den grundläggande ansvarsbestämmelsen från smittskyddslagen till lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet är därför mindre lämplig.

I utredningens uppdrag ligger att samla organisatoriska bestämmelser avseende hälso- och sjukvård i den nya lagen. Det bör därför i vart fall kunna utläsas av organisationslagen var övriga organisationsbestämmelser finns. En särskild hänvisning till att bestämmelser om landstings ansvar för behövliga smittskyddsåtgärder finns smittskyddslagen föreslås därför införas i organisationslagen.

3.5.3 Särskilda insatser regleras i större utsträckning i förordning

Utredningens förslag: Detaljregleringen avseende de planer som enligt 3 b § och 18 b § ska upprättas vid behov av habilitering, rehabilitering och hjälpmedel flyttas till förordning. Ett förtydligande av skyldigheten att upprätta en individuell plan införs.

Regleringen av läkemedelsförrådets placering i 18 d § första stycket HSL utgår.

Bestämmelserna i 18 d § andra och femte styckena HSL om läkemedelsförråd flyttas till förordning.

Bestämmelsen i 3 d § andra meningen samt motsvarande bestämmelse i 18 c § andra meningen HSL om förskrivningsrätt avseende förbrukningsartiklar flyttas till förordning.

Bestämmelser som ger landstinget möjlighet att göra särskilda insatser för vissa grupper har samlats i ett kapitel i organisationslagen. Här återfinns regler om habilitering och rehabilitering, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, läkemedelsförråd och kostnadsfria läkemedel inom hemsjukvården.

Individuell plan för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel

I 3 b § tredje stycket HSL regleras att habilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel ska planeras i samverkan med den enskilde. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå. En motsvarande bestämmelse finns i 18 b § tredje stycket HSL, beträffande hälso- och sjukvård som tillhandahålls av en kommun.

I förarbetena understryks vikten av att en plan upprättas.²³ Utredningen föreslår att skyldigheten att upprätta en individuell plan ska framgå direkt av lagtexten och inte enbart av förarbetena.

Utredningen har vidare gjort bedömningen att detaljregleringen av vad som ska framgå av planen kan flyttas till förordning. Förändringen behandlas i avsnitt 3.7.1. tillsammans med övervägandena om individuella planer i samband med behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och insatser från socialtjänsten.

Läkemedelsförråd

Bestämmelsen om läkemedelsförråd i 18 d § HSL trädde i kraft den 1 oktober 2002. Bestämmelsen har en hög detaljeringsgrad och avviker därigenom till sin karaktär från ramlagstanken i HSL och organisationslagen. Utredningen har därför övervägt i vilken mån det är möjligt att flytta regleringen, helt eller delvis, till förordning.

De delar av paragrafen som utgör lagstöd för landstingets möjlighet att erbjuda kostnadsfria läkemedel till personer i vissa situationer innebär ett avsteg från den kommunala likabehandlingsprincipen. Sådana avsteg kräver som huvudregel stöd i lag, och denna del av regleringen förs därför i stort sett oförändrad över till organisationslagen.

Det nu gällande 18 d § andra stycket utgör en detaljreglering av läkemedelsförråden. Något särskilt skäl för en sådan detaljreglering direkt i lagtext har inte redovisats i förarbeten till bestämmelsen.²⁴ Utredningen har gjort bedömningen att regleringen kan flyttas till förordning.

I det nuvarande femte stycket i paragrafen regleras att landstinget svarar för kostnaden för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråd. Enligt utredningens mening torde detta framgå redan

²³ Regeringens proposition (1992/93:159) *stöd och service till vissa funktionshindrade*, s. 121.

²⁴ Regeringens proposition (2001/02:63) *De nya läkemedelsförmånerna*.

av bestämmelsens utformning, att *landstinget får erbjuda* läkemedel ur läkemedelsförråd *utan kostnad* för de boende. Till undvikande av oklarheter anser utredningen att bestämmelsen bör finnas kvar, men har gjort bedömningen att erinran om kostnadsansvaret kan flyttas till förordning. Någon förändring i sak är inte avsedd, och det är fortsatt enbart kostnaderna för läkemedel i sig som avses i bestämmelsen.²⁵

I paragrafen anges också att läkemedel får erbjudas ur läkemedelsförråd *vid det särskilda boendet*. I förarbeten till bestämmelsen om läkemedelsförråd anges att läkemedelsförrådets lokalisering till särskilda boenden kan förväntas minska kassation av läkemedel och bidra till ökad säkerhet.²⁶ I många fall torde denna argumentation vara fortsatt giltig. Var läkemedelsförråd bör lokaliseras, om de exempelvis bör finnas vid varje enskilt särskilt boende eller om någon annan placering är lämplig, kan emellertid vara beroende av många olika faktorer, exempelvis kommunens storlek, antalet särskilda boenden, bemanningsscheman m.m. Den mest lämpliga placeringen av läkemedelsförrådet avgörs enligt utredningens mening bäst på det lokala planet. Utredningen anser att det inte längre finns behov av särskild reglering av läkemedelsförrådets placering. Utredningen föreslår därför inte, varken i den nya lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet eller i förordning, någon reglering av läkemedelsförrådets placering.

Eftersom regleringen är riktad mot landstingen har utredningen bedömt att den hör hemma i det avsnitt som reglerar landstingens huvudmannaskap snarare än tillsammans med regleringen avseende kommunerna, där den är placerad i HSL.

Förbrukningsartiklar

Bestämmelsen om förbrukningsartiklar i 3 d § HSL har en hög detaljeringsgrad. Utredningen har därför övervägt möjligheten att flytta bestämmelsen till förordning. Mot bakgrund av att bestämmelsen utgör ett åliggande för landstingen och samtidigt ett avsteg från likabehandlingsprincipen finns det emellertid anledning att även fortsättningsvis genom lag ge ramarna för vilka som omfattas av bestämmelsen.

²⁵ A. prop., s. 75.

²⁶ A. prop., s. 74.

Bestämmelserna om vem som får förskriva förbrukningsartiklar kan däremot enligt utredningens mening flyttas till förordning, både avseende hälso- och sjukvård som erbjuds av landsting samt av kommun.

Bemyndigande avseende förskrivningsrätt för förbrukningsartiklar behandlas i avsnitt 3.8.2.

3.5.4 Förtydligande om bibehållet huvudmannaskap vid överlämnande av uppgifter

Utredningens förslag: Ett förtydligande om att landstinget bibehåller sitt huvudmannaskap då uppgifter överlämnas genom avtal förs in i organisationslagen.

Av nuvarande HSL framgår att landsting får sluta avtal med annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen. Då landstinget överlämnar uppgifter till annan övergår ansvaret för utförandet av uppgiften till den andra parten. Landstinget har emellertid även fortsatt ett ansvar som huvudman för de uppgifter som överlämnats.

Utredningen har erfarit att det kan uppstå oklarheter vad gäller vilket ansvar de olika parterna har då landstinget överlämnar uppgifter. Det finns därför anledning att förtydliga att landstinget behåller sitt huvudmannaskap även då landstingets uppgifter överlämnas genom avtal.

3.6 Avdelning IV – Kommunens ansvar som huvudman

Utredningens förslag: Gällande bestämmelser utökas med vissa förtydliganden, avseende:

- att planeringen ska omfatta samtliga vårdgivare inom kommunens ansvarsområde,
- att kommunens samverkansansvar ska gälla alla vårdgivare, inte enbart de privata, samt
- att kommunen bibehåller sitt huvudmannaskap då uppgifter överlämnas genom avtal.

Den tidigare bestämmelsen i 24 § 3 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) om medicinskt ansvarig sjuksköterskas anmälningsskyldighet till nämnd i samband med vissa vårdskador utgår. En ny bestämmelse införs som istället ger medicinskt ansvarig sjuksköterska skyldighet att se till att det finns rutiner för rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Utredningen föreslår att vilka vårdgivare som ska omfattas av kommunens planerings- och samverkansansvar förtydligas på samma sätt som för landstingen. Argumenten för och överväganden avseende ett sådant förtydligande redovisas ovan i avsnitt 3.5.1.

Kommunen har liksom landstinget ansvar för vissa särskilda insatser. Utredningen föreslår att även kommunens ansvar för sådana insatser bör samlas i ett kapitel i lagen och att delar av regleringen flyttas till förordning i likhet med landstingets motsvarande ansvar. Överväganden i denna del redovisas i avsnitt 3.5.3.

Vad gäller kommunens ansvar för erbjudande av hälso- och sjukvård så bör det, i likhet med vad som föreslås för landstinget, tydliggöras att huvudmannskapet inte kan överlåtas på vårdgivaren. Utredningens överväganden i samband med förslaget redovisas i avsnitt 3.5.4.

3.6.1 Rapportering enligt "Lex Maria"

Enligt 24 § 3 HSL i gällande lydelse har medicinskt ansvarig sjuksköterska inom kommunen ansvar för att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Detta utgjorde tidigare det första ledet i en anmälan enligt den så kallade Lex Maria. Rutinerna för sådana anmälningar har emellertid ändrats, och regleras numera i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Enligt 4 § ska hälso- och sjukvårdspersonal rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada direkt till vårdgivaren.

Enligt utredningens mening blir den tidigare rapporteringsskyldigheten till den nämnd som leder hälso- och sjukvårdsverksamheten därmed överflödig. Det är dock av vikt att det finns fungerande rutiner för rapportering av vårdskador, och det bör falla på medicinskt ansvarig sjuksköterska att säkerställa att sådana rutiner

etableras. Utredningen föreslår därför en skyldighet att upprätta sådana rutiner för medicinskt ansvarig sjuksköterska.

3.7 Avdelning V – Gemensamma bestämmelser för huvudmännen

Utredningens förslag: Detaljregleringen i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) avseende de individuella planer som ska upprättas vid behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och insatser från socialtjänsten flyttas till förordning.

Skyldigheten att likabehandla patienter vid avgiftsuttag i anledning av vårdbesök eller uteblivet besök inom hälso- och sjukvårdsverksamhet utökas till att omfatta även patienter som sökt öppen vård inom ett annat landsting än det där patienten är bosatt.

Möjligheten att ställa hälso- och sjukvårdsresurser till annan kommuns eller landstings förfogande vid extraordinära händelser i fredstid samt möjligheten till ersättning vid sådant bistånd ska fortsättningsvis regleras enbart genom speciallagstiftning. Regleringen i 26 c § HSL utgår därmed.

3.7.1 Reglering av individuella planer

I HSL finns på flera ställen bestämmelser som stadgar att när uppfyllandet av den enskildes behov kräver det ska en individuell plan upprättas. Detta gäller när den enskilde har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten och när den enskilde har rätt till särskilda insatser i form av habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

De närmare kraven på innehållet i en plan för insatser från både hälso- och sjukvårdande enheter och från socialtjänsten regleras för närvarande direkt i HSL. Även vissa krav på innehållet i en individuell plan över särskilda insatser finns i lagen, men här är regleringen mycket övergripande.

Detaljerad reglering av nu aktuellt slag återfinns vanligen inte i lag. Exempelvis har Socialstyrelsen bemyndigats att utfärda närmare föreskrifter om hur vårdplaner enligt 16 § lag (1991:1128) om

psykiatrisk tvångsvård ska utformas.²⁷ I lagstiftningen bör enligt utredningens mening finnas ett klart stöd och ett ramverk kring vilka planer som ska utformas och under vilka förutsättningar, medan detaljer lämpligen kan regleras på annat sätt. Utredningen anser därmed att delar av regleringen av de individuella planer som återfinns i HSL kan flyttas till förordning. De grundläggande ramarna för dessa planer ska dock fortsatt finnas i lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen).

I 3 f § HSL finns också vissa regler avseende delaktighet för den enskildes närstående vid upprättandet av planen, samt beträffande att arbetet ska inledas utan dröjsmål. Både kravet på delaktighet för närstående och skyndsamhetskravet är detaljreglering av sådan karaktär att den enligt utredningens mening bör kunna regleras i förordning, med möjlighet även för myndighet att utfärda ytterligare föreskrifter vid behov.

Den föreslagna förändringen omfattas av befintligt bemyndigande till skydd för enskilda. Bemyndigandet föreslås föras över till organisationslagen.

3.7.2 Överväganden avseende vårdavgifter

Bestämmelserna som avser kommunernas och landstingens befogenheter att bestämma vårdavgifter inom hälso- och sjukvården har en hög detaljeringsgrad och utgör en begränsning av det kommunala självstyret. Utredningen har dock funnit att huvuddelen av regleringen på avgiftsområdet är av sådan karaktär att den bör finnas i lag. Tillgången till hälso- och sjukvård är av mycket stor vikt och lagstiftaren bör även fortsättningsvis ta ansvar för avgiftsreglering på området i samma omfattning som tidigare.

Även bestämmelserna avseende förbehållsbelopp och högkostnadsskydd har en hög detaljeringsgrad. Utredningen har övervägt möjligheten att överföra vissa detaljer i bestämmelserna till förordning. För närvarande är beloppsgränsen för högkostnadsskyddets inträde fastlagd direkt i lagtexten. En ändring av denna gräns faller därmed under riksdagens lagstiftningsmakt och någon delegeringsmöjlighet till regeringen finns inte. Högkostnadsskyddet har varit

²⁷ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, 3 kap. 3–6 §§.

reglerat i lag sedan dess införande, och en möjlig modell för ett framtida högkostnadsskydd utreddes nyligen utan förslag om andra aktuella förändringar än en indexering av beloppsgränserna.²⁸

Beträffande förbehållsbeloppet har i förarbetena uttryckts ett behov av att lagfästa en tillämpning som överensstämmer med lagstiftarens intentioner, och vikten av att bestämmelser i olika relaterade lagar på området ska överensstämma till undvikande av gränsdragningsproblem.²⁹ Bestämmelserna om förbehållsbelopp infördes samtidigt och är likalydande i HSL och i socialtjänstlagen (2001:453).

Utredningen har därmed funnit att det finns tungt vägande argument för att inte föreslå någon alternativ lagteknisk lösning av regleringen på detta område. Bestämmelserna överförs därför, med undantag av vad som framgår nedan, i huvudsak oförändrade till den nya lagen.

Särskilt om avgifter för öppen vård

Utredningen har i sitt delbetänkande föreslagit att landsting ska vara skyldiga att erbjuda även patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård öppen vård om patienterna väljer att söka sig till landstinget. Vården ska ges på samma villkor som gäller för de egna invånarna.³⁰

Att patienter från andra landsting ska likabehandlas vad gäller vårdavgifter kan anses framgå redan av att patienterna ska få vård på samma villkor som de egna invånarna. Det finns emellertid anledning att förtydliga principen även i avgiftsbestämmelserna. Även vad gäller avgifter för uteblivet vårdbesök behöver likabehandlingsprincipen förtydligas.

Utredningen föreslår därför en ändring avseende vårdavgifter och avgifter för uteblivet vårdbesök där det framgår att även patienter som utnyttjat det fria vårdvalet ska likabehandlas med andra patienter.³¹

Samma skäl kan anföras för att förslaget inte är mer ingripande än nödvändigt i denna del som de som redovisades beträffande införandet

²⁸ SOU 2012:2 *Framtidens högkostnadsskydd i vården*.

²⁹ Regeringens proposition (1997/98:113) *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s. 82.

³⁰ SOU 2013:2 *Patientlag*, s. 213 ff.

³¹ 15 kap. 1 § förslaget till organisationslag.

av det fria vårdvalet över landstingsgränserna. Utredningen hänvisar i denna del till argumentationen i ovan nämnda betänkande.³²

3.7.3 Hälso- och sjukvård vid extraordinära händelser i fredstid

I dag finns särskilda bestämmelser avseende extraordinära händelser i fredstid i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (lagen om extraordinära händelser). Enligt 4 kap. 1 § kan kommuner och landsting på begäran ge hjälp till en annan kommun eller landsting som har drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Om hjälp har lämnats har kommunen eller landstinget vidare rätt till skälig ersättning av den andra kommunen eller landstinget.

Beträffande i vilka former hjälp kan lämnas enligt bestämmelsen anfördes i förarbetena att det är svårt att förutse vilken form av hjälp som kan behövas, men att det handlar om att ställa de egna resurserna till förfogande. Som exempel nämndes resurser inom socialtjänst eller räddningstjänst. Det anfördes inte något som antydde att hälso- och sjukvårdsresurser inte skulle kunna ingå i det bistånd som kan utgå enligt bestämmelserna i lagen om extraordinära händelser.

En särskild reglering finns dock även i 26 c § HSL. Enligt bestämmelsen får kommuner och landsting på begäran ställa hälso- och sjukvårdsresurser till förfogande för att bistå en annan kommun eller ett annat landsting som drabbats av en sådan extraordinär händelse i fredstid som avses i ovan nämnda lag. De patienter som tas emot i anledning av sådan hjälp ska omfattas av kommunens och landstingets skyldigheter enligt HSL. Rätten till skälig ersättning för kostnader avseende lämnad hjälp är också särskilt reglerad i HSL.

Utgångspunkten i HSL är att hälso- och sjukvårdsverksamheten, i enlighet med kommunallagens lokaliseringsprincip, ska bedrivas till nytta för det egna medlemskollektivet. Vid stora behov av hjälp i samband med en extraordinär händelse i annan kommun eller annat landsting kan en konflikt uppkomma mellan de egna invånarnas sjukvårdsbehov och kanske mer akuta hjälpbehov i anledning av den extraordinära händelsen. För att skapa utrymme för att i sådana

³² SOU 2013:2 *Patientlag*, s. 217 f. och s. 256 f.

situationer på ett lagenligt sätt exempelvis kunna skriva ut egna patienter från ett sjukhus ansågs det vid införandet av lagen om extraordinära händelser finnas behov av en särskild reglering avseende möjligheten att bistå annan kommun eller landsting genom att ställa hälso- och sjukvårdsresurser till förfogande. Några ytterligare skäl för varför regleringen i HSL var nödvändig anfördes inte.³³

Undantag från lokaliseringsprincipen beträffande hälso- och sjukvårdsverksamhet i andra sammanhang har inte konsekvent skett genom reglering i HSL. Genom lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter ges ökade befogenheter till kommuner och landsting i vissa fall, bl.a. finns möjlighet för landstingen att som tjänsteexport ge t.ex. hälso- och sjukvård utomlands.³⁴

Utredningen anser att kommuners och landstings möjlighet att oavsett lokaliseringsprincipen lämna hjälp, även i form av sjukvårdsresurser, till varandra vid extraordinära händelser framgår redan av lagen om extraordinära händelser. Rätt till ersättning för lämnad hjälp regleras också i speciallagstiftningen. Den reglering som återfinns i HSL utgör således en dubbelreglering och är enligt utredningens mening inte nödvändig. Möjligheten att samverka över kommun- och landstingsgränser och rätten till ersättning aktörer emellan vid extraordinära händelser bör därför hädanefter regleras endast genom lagen om extraordinära händelser.

De patienter som eventuellt tas emot vid en extraordinär händelse omfattas dock inte, genom den regleringen, av landstingens övriga ansvar för hälso- och sjukvård. En bestämmelse där ansvaret för sådana patienter tydliggörs bör därför placeras i organisationslagen. Syftet med bestämmelsen är att organisationslagens regler i sin helhet ska gälla även patienter som tas emot vid en extraordinär händelse. Eventuella behov av prioriteringar mellan egna patienter och patienter som tas emot från en annan kommun eller ett annat landsting får då göras enligt de regler som tillämpas i kommunen eller landstinget i övrigt. Någon hänvisning i övrigt till reglerna i lagen om extraordinära händelser bedöms inte vara nödvändig.

³³ Regeringens proposition (2001/02:184) *Extraordinära händelser i kommuner och landsting*, s. 21 f.

³⁴ Se även lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands.

3.8 Avdelning VI – Bemyndiganden och befogenheter

Utredningens förslag: Befintliga bemyndiganden från hälso- och sjukvårdslagen, (1982:763, HSL) samlas i ett eget kapitel i lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet, (organisationslagen).

Ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter om förskrivningsrätt avseende förbrukningsartiklar införs i den nya lagen.

Bemyndigandet i 15 § andra stycket andra meningen HSL utgår.

3.8.1 Allmänna överväganden om bemyndiganden

Utredningen föreslår att de flesta befintliga bemyndiganden från HSL samlas i ett kapitel i organisationslagen. Många av dem överförs i övrigt oförändrade från HSL. Detta gäller bl.a. bemyndigandet för regeringen att utfärda föreskrifter om bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt, och bemyndigandet för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter om hälso- och sjukvård till skydd för enskilda.³⁵ De två sistnämnda bemyndigandena kan betraktas som förhållandevis vidsträckta.

Vid bemyndiganden till regeringen bör beaktas de hänsyn som den kommunala självstyrelsen kan kräva, och bemyndiganden som berör kommunal verksamhet bör mot den bakgrunden ske med försiktighet och inte göras vidare än nödvändigt.³⁶ Det befintliga bemyndigandet om bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt har dock funnits i HSL sedan lång tid tillbaka, och har inte föranlett mer än ett fåtal föreskrifter från regeringens sida. Det finns således inte något som tyder på att kommunernas självstyrelse på hälso- och sjukvårdens område har urholkats genom bemyndigandet. På hälso- och sjukvårdens område går utvecklingen snabbt och är svår att förutse. Det kan därmed också finnas

³⁵ HSL 32 §, 17 kap. 1 § 3 samt 2 § 1 i organisationslagen.

³⁶ Regeringens proposition (2009/10:80) *En reformerad grundlag*, s. 80.

större skäl på detta område än på många andra att behålla möjligheten att utfärda föreskrifter inom ett något bredare område än annars.

Utredningen föreslår därför att båda dessa förhållandevis vida bemyndiganden även fortsättningsvis ska finnas kvar och överföras till organisationslagen.

Utredningen föreslår även att bemyndigandet i 15 § andra stycket andra meningen HSL utgår med anledning av de överväganden om läkares anställningsformer som framgår av avsnitt 3.9.

3.8.2 Förskrivningsrätt avseende förbrukningsartiklar

Landstingen har, som tidigare nämnts, en skyldighet att i vissa fall erbjuda förbrukningsartiklar till särskilt angivna grupper. Vad gäller förskrivningsrätten för sådana förbrukningsartiklar finns särskilda regler, bl.a. en rätt för Socialstyrelsen att besluta att förbrukningsartiklar enligt bestämmelsen får förskrivas av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare. Detta utgör således för närvarande inte ett normgivningsbemyndigande.

Enligt utredningens bedömning borde hanteringen av förbrukningsartiklar kunna förenklas genom att bestämmelsen istället utformas som ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter om att förbrukningsartiklar enligt 6 kap. 4 § och 11 kap. 2 § organisationslagen får förskrivas av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare.

3.9 Lagen om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m. upphävs.

Utredningens förslag: Lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m. (lagen om upplåtta enheter) upphävs.

Den särskilda möjligheten till visstidsanställning av läkare enligt lagens 4 § utgår.

Lagens innehåll i övrigt förs över till annan lag eller till förordning.

Lagen om upplåtna enheter rör organisationen av sjukvårdsanställdas arbetsplatser och anställningsformer för läkare vid enheter inom hälso- och sjukverksamhet som har upplåtits för högskoleutbildning för läkarexamen (upplåtna enheter). Särskilda bestämmelser finns bl.a. avseende möjlighet att anställa läkare med specialistkompetens vid sådana enheter för begränsad tid, anställdas skyldigheter att i vissa fall undervisa studerande, samt möjlighet för studerande att biträda då hälso- och sjukvård ges vid enheten.

Bestämmelser som avser organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska i den mån det är möjligt samlas i lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen), och utredningen har därför analyserat bestämmelserna i lagen om upplåtna enheter samt övervägt om dessa borde föras in i organisationslagen. Utredningen har dock konstaterat att delar av bestämmelserna inte längre är nödvändiga. I andra delar har utredningen funnit att regleringen passar bättre i annan lag, alternativt inte nödvändigtvis måste regleras i lag.

I 3 § lagen om upplåtna enheter hänvisas till bestämmelser i högskolelagen (1992:1484) angående möjligheten för lärare vid högskola att samtidigt vara anställd som specialistutbildad läkare. Sjukvårdshuvudmannen ska ges tillfälle att yttra sig om en sådan anställning. Bestämmelserna får förutsättas vara väl kända för berörda parter, och en motsvarande hänvisning finns i anknuten förordningstext. Det saknas därför enligt utredningens mening skäl att införa någon hänvisning till högskolelagens bestämmelser i organisationslagen.

Enligt nuvarande bestämmelse i lagens 4 § ska det vid enheterna i skäligen omfattning finnas läkare som tjänstgör för en begränsad tid, och sådana läkare får anställas tills vidare för en tid av högst sex år.

Huvudregeln avseende anställningsform på arbetsmarknaden i stort är tillsvidareanställning. Möjligheter finns dock redan genom lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS) att anställa arbetstagarare för viss tid, bl.a. om det rör sig om en allmän visstidsanställning, ett vikariat eller en säsongsanställning. Utrymme för anställning i andra former än tillsvidareanställning finns således redan genom de allmänna reglerna. Utredningen har därför övervägt om det är befogat att fortsättningsvis behålla de särskilda regler om tidsbegränsade anställningar som anges i lagen om upplåtna enheter och anknuten förordning.

I förarbeten till bestämmelserna anfördes att bakgrunden till att förordnanden till aktuella tjänster borde ges för viss tid var tjäns-

ternas karaktär som meriteringstjänster och/eller genomgångstjänster vid undervisningssjukhusen i syfte att skaffa fördjupade kunskaper.³⁷

Vid utformningen av regler om tidsbegränsade anställningar måste numera rådets direktiv 1999/70/EG av den 28 juni 1999 om ramavtalet om visstidsarbete beaktas. Direktivets bestämmelser avser att förhindra missbruk särskilt av på varandra följande visstidsanställningar. I samband med införlivandet av direktivet anfördes i förarbeten att det råder särskilda förhållanden inom högskola och skola, som motiverar särskilda bestämmelser för tidsbegränsade anställningar utöver de allmänna reglerna i anställningsskyddslagen. Något behov av att förändra reglerna om tidsbegränsade anställningar inom högskoleområdet (och det därtill anknutna området läkare under utbildning) ansågs då inte nödvändigt för att uppfylla direktivets krav.³⁸

Under senare år har emellertid konstaterats att högskolan inte längre har behov av en stor mängd undantag från de allmänna reglerna om tidsbegränsade anställningar i LAS, utan i princip bör lärare anställas enligt de regler som gäller för den övriga arbetsmarknaden.³⁹ Utredningen anser att samma resonemang kan anföras avseende läkares anställningsformer.

Det måste i sammanhanget beaktas att särskilda regler om tidsbegränsade anställningar kan innebära uppenbara nackdelar för enskilda arbetstagare. Att inte ha en fast anställning kan bl.a. påverka möjligheten att få ett bostadslån och förutsättningarna för att bilda familj. Enligt nu gällande regler kan läkare som studerat under många år, gjort allmäntjänstgöring och sedan specialisttjänstgöring visstidsanställas under upp till sex år. Ett sådant avsteg från de allmänna arbetsrättsliga principerna torde inte längre vara motiverat utifrån det resonemang som fördes vid bestämmelsens införande.

Enligt vad utredningen erfarit i denna del så förefaller inte heller de upplåtta enheterna själva anse att det finns något större behov av att anställa överläkare och avdelningsläkare på genomgångstjänster för att ge dem möjlighet att fördjupa sina kunskaper. Det är numera ovanligt att specialistläkare anställs med stöd av lagen

³⁷ Regeringens proposition (1981/82:97) om hälso- och sjukvårdslag, m.m., s. 85 f.

³⁸ Regeringens proposition (2001/02:97) Lag om förbud mot diskriminering av deltidsarbetande arbetstagare och arbetstagare med tidsbegränsad anställning, m.m., s. 17 och s. 53.

³⁹ Regeringens proposition (2009/10:149) En akademi i tiden – ökad frihet för universitet och högskolor, s. 73 f.

om upplåtna enheter.⁴⁰ I flera av de berörda landstingen finns överenskommelser, beslut eller en praxis som innebär att läkare tillsvidareanställs redan under sin specialisttjänstgöring och att de sedan behåller sin anställning när de blir färdiga specialisläkare.⁴¹ Vid införandet av lagstiftningen anfördes att vissa av de bestämmelser som då infördes i författningen kunde förväntas senare komma att regleras avtalsvägen. Anställningsformerna vid enheterna regleras i dag i stor utsträckning genom sådana avtal eller genom överenskommelser.⁴²

Mot bakgrund av det ovan sagda föreslår utredningen att den särskilda möjligheten att visstidsanställa specialisläkare ska utgå ur lagstiftningen.

I bestämmelsen anges också att det vid upplåtta enheter i *skälig omfattning* ska finnas läkare med specialistkompetens. Det saknas skäl att fortsättningsvis reglera detta särskilt. Behovet av kompetens avgörs bäst på det lokala planet av ledningen för aktuell enhet. I 2 kap. 6 § organisationslagen regleras att det vid hälso- och sjukvårdsverksamheter ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. I regel torde behovet av specialisläkare vid en upplåten enhet framstå som uppenbart. Utredningen föreslår därför att bestämmelsen utgår helt.

I 5 § lagen om upplåtta enheter finns en bestämmelse som reglerar skyldigheter för läkare anställda vid upplåtta enheter att i vissa fall medverka vid undervisning vid enheterna. Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal regleras inte i organisationslagen. Sådana bestämmelser återfinns däremot i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Där regleras dels allmänna skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, men även anmälningsskyldighet och tystnadsplikt. I de allmänna skyldigheterna ingår bl.a. skyldigheter att informera patienten om olika aspekter i vårdprocessen, skyldigheter att samarbeta med andra myndigheter och att på begäran av

⁴⁰ Sveriges läkarförbund och SKL genomför under våren 2013 en kartläggning och analys av tidsbegränsade anställningar för legitimerade underläkare och specialistkompetenta läkare. Kartläggningen kommer bl.a. att omfatta hur många läkare som är anställda med stöd av lagen om upplåtta enheter och anknuten förordning. Uppgifter till utredningen tyder på att sådana anställningar inte används i någon större utsträckning. Uppskattningsvis kan det röra sig om högst 30–40 personer i landet som är anställda med stöd av lagen om upplåtta enheter och det finns inga uppgifter om att någon av de upplåtta enheterna nyanställer med stöd av lagen.

⁴¹ Se exempelvis Direktörsbeslut 1 september 2009, Nr 34/2009, Akademiska sjukhuset, Landstinget i Uppsala län.

⁴² Regeringens proposition (1981/82:97) om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 87.

annan i vissa situationer göra undersökningar och utforma intyg. Skyldigheten för vissa anställda vid upplåtna enheter att medverka vid undervisning vid enheterna är enligt utredningens mening att betrakta som en sådan allmän skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal som bör regleras i patientsäkerhetslagen.⁴³ Den definition av upplåtta enheter som tidigare fanns i lagens 1 § har sammanförts med bestämmelsen om skyldighet att medverka vid undervisning och återfinns således nu i 6 kap. 10 a § patientsäkerhetslagen.

Utredningen föreslår slutligen att bestämmelsen i 6 § lagen om upplåtta enheter i samband med upphävandet av lagen fortsättningsvis regleras i förordning. I paragrafen anges att kliniska assistenter och medicine studerande får biträda vid hälso- och sjukvård vid upplåtta enheter. Bestämmelsen är fakultativ, och innebär inte att något ansvar överförs från hälso- och sjukvårdspersonalen till annan. Bestämmelsen omfattas inte heller av det obligatoriska lagområdet. Av förarbetena framgår inte anledningen till att regleringen placerades i lag.⁴⁴

Utfärdandet av föreskrifter på detta område omfattas enligt utredningens mening av bemyndigandet i 17 kap. 1 § 3.

⁴³ I förlängningen kan även reglering på annat sätt än författningsvägen övervägas, redan genom anställningsavtalen vid enheten, eller på annat sätt.

⁴⁴ Regeringens proposition (1981/82:97) *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*, s. 85 ff. och s. 139.

4 Förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

4.1 En ny förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

Utredningens förslag: En ny förordning ska införas som samlar bestämmelser med betydelse för organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Bestämmelserna i förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner, förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården, förordningen (2010:349) om vårdgaranti och förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m. överförs till den nya förordningen, med det undantag som anges i nästa stycke. Dessa förordningar upphävs därmed.

14 § andra stycket förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m. utgår.

Bestämmelsen i 3 b § sista meningen och motsvarande delar av 18 b § sista stycket, bestämmelserna i 3 f § första stycket tredje meningen, andra stycket andra meningen samt tredje stycket, bestämmelsen i 3 d § andra meningen och motsvarande bestämmelse i 18 c § andra meningen, samt bestämmelsen i 9 a § tredje stycket, bestämmelserna i 18 d § andra och femte styckena samt bestämmelsen i 29 a § andra meningen hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) förs över till den nya förordningen.

Slutligen föreslår utredningen att 2 § 1 och 4 § 2 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. förs över till den nya förordningen.

Någon samlande förordning på hälso- och sjukvårdsverksamhetens område har hitintills inte ansetts vara nödvändig.

Genom åren har emellertid ett antal olika förordningar som avser organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet införts. I förordningarna har detaljbestämmelser och annat av vikt samlats. Utredningen har i sitt arbete funnit att även delar av de detaljregleringar som trots ramlagsambitionen införts i HSL skulle kunna flyttas till förordning. Enligt utredningens mening finns det anledning att samla bestämmelser med nära anknytning till hälso- och sjukvårdens organisation i en gemensam förordning.

I en sådan förordning kan de förordningar som direkt reglerar hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad samt vissa detaljregleringar från HSL samlas. Detta skulle medföra en bättre överblick över regleringen och innebära enklare tillgång till information om gällande föreskrifter på området. Det skulle också underlätta strävan efter att hålla lagen ren från onödiga detaljbestämmelser. En naturlig plats för organisationsbestämmelser som kan regleras i förordning underlättar vid införandet av nya bestämmelser.

I samband med införandet av organisationslagen föreslår utredningen därför att en ny förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet utfärdas.

Förordningen har i likhet med organisationslagen strukturerats i syfte att vara pedagogisk och lättillgänglig. Förordningen har indelats i kapitel med egen paragrafnumrering i syfte att underlätta senare införande av nya bestämmelser.

I inledningen till förslaget till förordning fastslås att de ord och benämningar som används i förordningen har samma betydelse som i organisationslagen.

4.1.1 Rikssjukvård

Bestämmelsen från HSL om att rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas föreslås flyttas till förordningen. Förändringen behandlas i avsnitt 3.3.4.

4.1.2 Rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård

Regionindelningen berör en grundläggande organisatorisk fråga i och med att den möjliggör och ger lagstöd för samarbete mellan landsting och mellan landsting och landstingsfria kommuner. Den nu gällande förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner föreslås upphävas och i sin helhet införas i den nya förordningen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Bestämmelserna är oförändrade i sak.

4.1.3 Verksamhetschef

Det finns i dag vissa särskilda åligganden för verksamhetschefer i förordning (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården.

Förordningen reglerar hur verksamhetschefen ska organisera verksamheten i vissa avseenden, bl.a. avseende delegationsmöjligheter, vissa underrättelseskyldigheter m.m.

Bestämmelserna utgör således en detaljreglering, och bör även fortsättningsvis finnas i förordning, men har betydelse för hälso- och sjukvårdens organisation. Utredningen föreslår att denna förordning upphävs och att samtliga bestämmelser överförs till den nya förordningen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Förordningens nuvarande tre paragrafer har sammanförts till en. I övrigt har inga materiella förändringar gjorts.

Utöver detta föreslås bestämmelsen i HSL om verksamhetschefens ansvar för att utse en fast vårdkontakt flyttas till kapitlet om verksamhetschef i förordningen. Förändringen behandlas i avsnitt 3.4.2.

4.1.4 Behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m.

Den nu gällande förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården innehåller bestämmelser avseende vissa anställningar samt detaljerade bestämmelser om hur anställningsprocessen i vissa fall ska genomföras.

Vilken personal som kan anställas inom organisationen samt hur anställningsprocesserna ska gå till är väsentligt för hälso- och sjuk-

vårdsverksamheten i stort. Utredningen har erfarit att bestämmelserna i delar kan vara inaktuella. Förordningen kan därför behöva ses över. Utredningen anser trots detta att det är av värde att denna förordning ingår i en samlad förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Förordningen föreslås upphävas och de befintliga bestämmelserna föreslås till övervägande del överföras till den nya förordningen om hälso- och sjukvårdens organisation.

Andra stycket i 14 § förs inte över till den nya förordningen. Bestämmelsen möjliggör särskilda tidsbegränsade anställningar för läkare för specialisttjänstgöring, och anger att läkare för specialiseringstjänstgöring vid enheter som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare anställs genom förordnande för högst sex månader utöver den beräknade tid som behövs för att uppnå de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits för specialiteten. Sådana anställningar för läkare får dock ske genom förordnande tills vidare, om det med hänsyn till den verksamhet som bedrivs vid enheten kan ske utan att utbildningens eller forskningens behov åsidosätts.

Skälen till att utredningen föreslår att bestämmelsen inte ska föras in i den nya förordningen är principiellt desamma som utredningen anför för att specialregleringen avseende visstidsanställningar för läkare med specialistkompetens utgår, se avsnitt 3.9.

4.1.5 Vårdgaranti

I förordning (2010:349) om vårdgaranti finns kompletterande bestämmelser avseende den vårdgaranti som enligt utredningens förslag ska regleras i 5 kap. 9–11 §§ organisationslagen. Utredningen föreslår att förordningen upphävs och att bestämmelserna till övervägande del införs i den nya förordningen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Förordningens 1 §, som bl.a. anger att de termer och uttryck som används i förordningen har samma betydelse som i HSL utgår. Att de termer och uttryck beträffande vårdgarantin som används i organisationslagen har samma betydelse i denna förordning framgår av inledningen till förordningen, och någon särskild erinran är inte nödvändig. Vad gäller förordningens 3 § så har utredningen utgått från den förändrade lydelse som föreslås i utredningens tidigare delbetänkande SOU 2013:2. Bemyndigandet för Socialstyrelsen i nuvarande förordningens 5 § att utfärda vidare föreskrifter föreslås införas i kap. 8 i den nya förordningens.

4.1.6 Övriga bestämmelser

I detta kapitel föreslår utredningen att vissa bestämmelser kan införas som i dag regleras i lag, genom HSL.

Detta gäller

- bestämmelserna i 18 d § andra och femte stycket HSL, avseende läkemedelsförrådets innehåll samt landstingets kostnadsansvar vid rekvirering ur dessa förråd,
- reglerna om förskrivningsrätt avseende förbrukningsartiklar i 3 d § HSL och 18 c § HSL, samt
- regler avseende innehållet i individuella planer enligt 3 b § och 18 b § HSL samt enligt 3 f § HSL.

Se vidare avsnitt 3.5.3. och 3.7.1. beträffande motivering till dessa förändringar.

4.1.7 Bemyndiganden

Bemyndiganden har samlats i ett eget kapitel sist i förordningen.

I förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. finns i dag bemyndiganden samlade som grundas på bestämmelser i en mängd olika lagar, bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL), patientdatalagen (2008:355), lagen (1995:831) om transplantation m.m. Utredningen föreslår att de bemyndiganden i förordningen som är grundade på bestämmelser i HSL, det vill säga 2 § 1 och 4 § 2, ska överföras till förordningen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

I kapitlet finns också ett bemyndigande avseende förskrivningsrätt beträffande förbrukningsartiklar som återfinns i nuvarande bestämmelser i HSL och som utredningen föreslår i fortsättningen ska finnas i förordning. Slutligen finns också ett bemyndigande från förordningen om vårdgaranti.

Kapitlet kan naturligtvis utökas om det uppstår behov av ytterligare bemyndiganden som avser organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

5 Jämlik vård

5.1 Inledning

Patientmaktsutredningen har i uppdrag att föreslå hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor och hur regionala skillnader i vårdinnehåll och vårdresultat kan uppmärksammas och hanteras så att kvinnor och män i alla åldrar i hela befolkningen erbjuds en likvärdig och jämlik tillgång till vård av god kvalitet.¹

Utredningen kan konstatera att det, sedan regeringen i mars 2011 beslutade om direktiv till utredningen, har tagits många olika initiativ som har relevans för uppdraget. Det finns också ett antal rapporter och kartläggningar som beskriver jämlik/ojämlik hälso- och sjukvård i en svensk kontext. I syfte att beskriva nuläget och den pågående debatten kring jämlik och likvärdig vård kommer inledningsvis dessa studier och initiativ samt vad de hittills har utmynnat i för resultat kortfattat beskrivas.

5.2 Kartläggningar och rapporter m.m.

5.2.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har i lägesrapporter och fokusrapporter belyst de, medicinskt omotiverade, skillnader som kan skönjas i vården. Enligt Socialstyrelsens definition innebär jämlik hälso- och sjukvård att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande till alla oavsett bland annat bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.²

¹ Dir. 2011:25 *Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning.*

² Socialstyrelsen (2011) *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården.*

Tematisk rapport om jämlik vård 2011

I rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* som Socialstyrelsen lämnade i december 2011 har myndigheten sammanfattat kunskapsläget inom några centrala områden, identifierat de viktigaste utmaningarna samt gett förslag på fortsatta analyser och åtgärder.³

Ett område som lyfts fram i rapporten är regionala skillnader – olikheter som behöver harmoniseras landstingen emellan. Här pekar Socialstyrelsen bl.a. på den varierande tillgången på olika typer av specialister inom exempelvis psykiatri och geriatrik. Det är enligt myndigheten centralt att nationell och mellanregional remittering fungerar väl för att utjämna tillgången till specialiserad vård. Regionala prioriteringar och kostnadsskäl kan emellertid bidra till att remittering inte sker och att ojämlikheter uppstår.

Ett annat område är sociala skillnader i hälsa och vård – som enligt Socialstyrelsen ofta är större än de regionala. Myndigheten visar att risken för förtida död är mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning, vilket gäller både kvinnor och män. Det gäller bl.a. dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, alkoholrelaterad sjuklighet, diabetes och sjukdomar i andningsorganen. Män och utlandsfödda har högre dödlighet i behandlingsbara sjukdomar jämfört med kvinnor och svenskfödda. Av rapporten framgår att det även finns socialt betingade skillnader i tillgång till olika vårdinsatser – t.ex. behandling med läkemedel eller remittering till specialist där man kan se att lågutbildade och utlandsfödda missgynnas. Enligt Socialstyrelsen kan kostnaderna för skillnader i förtida död och undvikbar slutenvård mellan hög- och lågutbildade uppgå till minst cirka en miljard kronor per år i direkta sjukvårdskostnader och ytterligare fem miljarder kronor per år i indirekta kostnader i form av produktionsbortfall. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att många av de skillnader som finns i bemötande och behandling mellan grupper troligen beror på omedvetna ageranden – men att mer uttalad diskriminering även förekommer. Styrelsen menar därför att verksamheter och vårdgivare behöver utveckla strategier för att motverka diskriminering.

Socialstyrelsen lämnar i rapporten ett antal rekommendationer till å ena sidan sjukvårdshuvudmännen, å andra sidan riksdag och regering. Bland annat rekommenderas huvudmännen att fortsätta utveckla vården i utsatta områden, förstärka samarbetet mellan

³ A.a.

psykiatrisk och somatisk vård och att använda befintlig kunskap om förbättringsarbete för att uppnå en mer jämlig hälsa och vård. Regering och riksdag rekommenderas bl.a. överväga att se över hur den etiska plattformen och prioriteringsriktlinjerna kan få ökad praktisk tillämpning samt att utveckla en ny modell i samarbete med sjukvårdshuvudmännen med syfte att uppnå större harmonisering mellan olika delar av landet inom kritiska områden såsom skillnader i tillgång till kompetens etc.

Mätning av väntetider i cancervården

Socialstyrelsen har 2011 och 2012 presenterat ingående mätningar av väntetider inom vården av tio olika cancerformer.⁴ Den väntetid som mäts är tiden mellan remiss och behandling. I 2012 års rapport har även tidpunkten för information om diagnos till patienten lagts till.

Av rapporterna framgår att väntetiderna i cancervården är betydande – i många fall oacceptabla – och att de regionala skillnaderna är stora. Rapporten visar bl.a. att för vissa cancerformer får patienterna i vissa delar av landet vänta tre gånger så lång tid från remiss till behandling som i andra delar av landet.

Socialstyrelsen avser att under 2013 fördjupa analysen av väntetider i cancervården.

Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom

Under 2011 publicerade Socialstyrelsen en rapportserie om den somatiska vården och sjukligheten vid samtidig psykisk sjukdom. I olika rapporter analyserade styrelsen skillnader i bl.a. dödlighet och hälsoutfall mellan personer med eller utan samsjuklighet i psykisk sjukdom.⁵ Socialstyrelsen konstaterar att personer med psykisk sjukdom har sämre förutsättningar att få en tillräckligt god vård

⁴ Socialstyrelsen (2011) *Väntetider i cancervården – från remiss till diagnos och behandling. Rapport november 2011*, Socialstyrelsen (2012) *Väntetider i cancervården – från remiss till diagnos och behandling. Rapport oktober 2012*.

⁵ Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes*.

Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke*.

Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer*.

Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt*.

Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – förlossning*.

och att detta kan ha flera olika orsaker – exempelvis att somatisk sjuklighet upptäcks senare hos psykiskt sjuka. Socialstyrelsen betonar hälso- och sjukvårdens ansvar att nå gruppen av psykiskt sjuka personer med somatisk sjuklighet i samma grad som övriga.

I rapporterna har Socialstyrelsen bl.a. funnit tydliga skillnader i hälsoutfall och läkemedelsanvändning mellan diabetespatienter med eller utan samsjuklighet i psykisk sjukdom. Gruppen av psykiskt sjuka patienter hade en förhöjd risk för amputation av delar av benet på grund av allvarliga komplikationer i sin diabetes samt hade en ökad dödlighet – även då andra dödsorsaker exkluderades från analyserna. Vidare har myndigheten funnit att 75 procent av cancerpatienter utan psykisk sjukdom överlever två år efter diagnos, medan motsvarande andel psykiskt sjuka cancerpatienter endast överlever cirka ett år.

Lägesrapport 2013

Socialstyrelsen publicerade i februari 2013 rapporten *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, Lägesrapport 2013*. I rapporten konstateras inledningsvis att befolkningens medellivslängd fortsätter att öka och att dödligheten i de flesta sjukdomar sjunker, men att man fortfarande kan se sociala skillnader i dödlighet och att vården ibland är ojämlik. En specifik grupp som lyfts fram i rapporten är personer som får insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.⁶ Socialstyrelsens analyser visar att om personer med insatser enligt LSS insjuknar i cancer så dör de i högre utsträckning jämfört med andra cancerpatienter. Även när andra dödsorsaker än cancer utslutits (så kallad orsaksspecifik dödlighet), så kvarstår en mer än fördubblad risk att dö för personer med LSS-insatser.

Socialstyrelsens analys visar att kvinnor med insatser enligt LSS många gånger får sin diagnos och behandling för bröstcancer i ett senare stadium än övriga bröstcancerpatienter. De riskerar därför en sämre prognos än övriga patienter med bröstcancer. Resultaten indikerar att kvinnor med insatser enligt LSS troligen inte går på screening i samma utsträckning som andra kvinnor. Enligt rapporten liknar resultaten för kvinnor med insatser enligt LSS motsvarande resultat för kvinnor med psykisk sjukdom eller psykisk funktions-

⁶ Socialstyrelsen (2013) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013*, s. 106 f.

nedsättning. Socialstyrelsen avser att fortsätta studera jämlikheten i sjukvården för personer med funktionsnedsättning, även när det gäller andra sjukdomstillstånd än cancer.

Nationella utvärderingar m.m.

I mars 2013 publicerade Socialstyrelsen en öppen jämförelse och nationell utvärdering av bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervården.⁷ Utvärderingen är gjord utifrån indikatorerna i Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancervård som publicerades 2007. I rapporten har ett särskilt fokus legat i att belysa kvaliteten utifrån socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå, födelseland och om det finns skillnader mellan landstingen när det gäller patientens tillgång till de åtgärder inom diagnostik och behandling som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Utvärderingen visar på stora skillnader i resultat mellan landstingen för flera indikatorer. För samtliga indikatorer inom kolorektalcancervården hade personer med en lägre utbildningsnivå ett sämre resultat än högt utbildade. Utvärderingen pekar på att hälso- och sjukvården kan bli mer jämlik genom att landstingen ökar tillgången till diagnostik, behandling och stödjande åtgärder för patienter med sämre socioekonomisk ställning.

Samtidigt med utvärderingen offentliggjorde Socialstyrelsen preliminära uppdaterade nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård.⁸ Bland de nya rekommendationerna kan nämnas att Socialstyrelsen anser att samtliga patienter med de aktuella cancersjukdomarna ska bedömas vid multidisciplinära konferenser. En annan rekommendation som gäller samtliga patienter med de aktuella sjukdomarna är att de ska bli erbjudna en kontaktsjuksköterska eller motsvarande, för uppföljning, råd och stöd.

Under 2011 publicerade Socialstyrelsen nationella utvärderingar av diabetesvård och strokevård. Myndigheten har aviserat nya utvärderingar av psykiatrisk vård och hjärtsjukvård under 2013.⁹

⁷ Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering 2013. Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård.*

⁸ Socialstyrelsen (2013) *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2013. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version.*

⁹ <http://www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering>.

5.2.2 Diskrimineringsombudsmannen

Diskrimineringsombudsmannen (DO) publicerade 2012 en rapport som fokuserar på ojämlikheter i vården utifrån diskrimineringsgrunderna.¹⁰ DO konstaterar bl.a. att svensk hälso- och sjukvård inte är jämlik och att det finns problem med diskriminering. DO ser svårigheter för enskilda patienter att dra gränsen mellan osaklig särbehandling och skälig bedömning av vårdbehov och vårdform. Det finns därmed behov av ett antal olika åtgärder såsom information, utbildning och metodprojekt för att utveckla arbetet så att vi får en sjukvård som inte tar ovidkommande hänsyn till kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning och sexuell läggning eller ålder.

Myndigheten anser att det offentliga bör vara ett föredöme när det gäller respekten för alla människors lika värde och rättigheter. Det är rimligt att varje enskild medborgare blir bemött, bedömd och behandlad på ett sätt som är fritt från diskriminering och trakasserier. DO ser ett behov av ett antal insatser på området och rekommenderar att

- diskrimineringsskyddet inom sjukvården även ska omfatta ålder,
- vårdprogram analyseras så att de inte utesluter grupper eller ger oönskade behandlingsresultat,
- strukturer i vården ses över, bl.a. ersättningssystemen,
- en nationell genomförandeplan tas fram för att säkra en jämlik sjukvård,
- öppna jämförelser av statistik inom hälso- och sjukvården kompletteras med mer kvalitativa mätmetoder,
- uppmuntra till mer forskningsbaserad kunskap om förekomsten av diskriminering och trakasserier inom sjukvården,
- området ojämlik sjukvård lyfts i både grundutbildning och fortbildning av sjukvårdspersonal,
- kravet på tvångssterilisering tas bort för personer som önskar ny juridisk könstillhörighet,
- lagändringen angående assisterad befruktning utvärderas,

¹⁰ Diskrimineringsombudsmannen (2012) *Rätten till sjukvård på lika villkor*.

- det sätts in omfattande insatser för att säkra att personer med psykiska funktionsnedsättningar får rätt vård för kroppsliga besvär,
- det blir krav på aktiva åtgärder i all offentlig verksamhet för att säkerställa människors lika rättigheter och möjligheter och för att förebygga diskriminering.

5.2.3 Fundamental Rights Agency

FRA – Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter är ett EU-organ, inrättat för att ge expertråd till institutionerna och medlemsstaterna och ska bidra till att skydda grundläggande mänskliga rättigheter för dem som är bosatta i unionen.

I januari 2010 påbörjade FRA ett arbete kring ”multipel diskriminering” i hälso- och sjukvården. Med multipel diskriminering avses att någon diskrimineras på flera grunder än en. Studien har som mål att

- identifiera barriärer och upplevelser av diskriminering som förhindrar tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster – bedöma hur lätt personer i skärningspunkten mellan faktorer som kön och/eller ålder och/eller etniskt ursprung och/eller funktionsnedsättning kan få hälso- och sjukvård,
- kartlägga politiska riktlinjer i medlemsstaterna som ska förbättra vården och hälsan för dessa grupper,
- fastställa hur hälso- och sjukvårdspersonal kan bemöta behoven av hälso- och sjukvård hos dessa grupper.

I mars 2013 publicerade FRA resultatet av arbetet i en rapport.¹¹ I rapporten tittar man närmare på hur multipel diskriminering behandlas i lagstiftning och går igenom relevant rättspraxis som särskilt rör vårdärenden. Vårdtagares och vårdgivares/vårdpersonals synpunkter och egna erfarenheter av diskriminering på grund av kön, ålder, funktionshinder och etniskt ursprung redovisas också. Undersökningen baseras på kvalitativa studier i fem medlemsstater, Österrike, Tjeckien, Italien, Sverige och Storbritannien.

¹¹ FRA European Union Agency for Fundamental Rights (2013) *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*.

FRA anser bl.a. att medlemsstaterna bör vidta åtgärder för att främja rätten till en jämlik vård. Rätten till språkligt stöd – dvs. språktolk, teckentolk och andra typer av stöd till personer med sensoriska eller intellektuella nedsättningar är enligt FRA avgörande för att en patient ska kunna lämna informerat samtycke. Vidare påpekar FRA att ojämlig behandling baserat på språk lätt kan resultera i diskriminering på grund av nationalitet. Vidare anser FRA att medlemsstaterna bör uppmuntra positiva åtgärder för personer som riskerar att drabbas av intersektionell diskriminering, bl.a. genom att tillmötesgå vissa kvinnors behov av att få bli behandlade av kvinnlig hälso- och sjukvårdspersonal. Hälso- och sjukvårdspersonal bör enligt FRA utbildas i frågor om diskriminering och multipel diskriminering, kulturell kompetens och olika funktionsnedsättningar.

I rapporten lyfts även goda exempel fram. Ett exempel är det dialogarbete som genomfördes med befolkningen i nordöstra Göteborg inför etableringen av Angereds närsjukhus. Ett annat exempel som redovisas i rapporten är ”AMEL-mottagningen” på Södersjukhuset i Stockholm dit kvinnor, skrivna i Stockholm, med problem orsakade av könsstympling kan komma utan remiss. Ett tredje exempel som kan nämnas är ett brittiskt företag som erbjuder telefontolkning från ett språk till ett annat, bl.a. inom sjukvårdssektorn. Tjänsten kan enligt rapporten vara särskilt användbar i situationer där en person (patient) av olika anledningar inte vill ha ytterligare personer närvarande i rummet. Det kan t.ex. handla om känsliga frågor som rör sexuell hälsa.

5.2.4 Kommissionen för jämlik vård

I januari 2012 lanserade branschorganisationen för de forskande läkemedelsföretagen, LIF, en fristående *Kommission för jämlik vård* med representanter från politik, forskning, fackliga organisationer och oberoende debattörer. Kommissionens uppdrag var att utreda, främja debatt och föreslå åtgärder. Kommissionen presenterade sina slutsatser och förslag sommaren 2012 i en slutrapport.¹²

I rapporten lyfter Kommissionen för jämlik vård fyra områden där åtgärder snarast bör vidtas för att bidra till en mer jämlik sjukvård av god kvalitet.

¹² Kommissionen för jämlik vård (2012) *Patienten eller landstinget – vem ska ha makten i svensk sjukvård?*.

- *Stärk patientens ställning i förhållande till sjukvården.* Att stärka patientens roll genom information och brukarmedverkan bör enligt Kommissionen ge en positiv inverkan på jämlikheten samt ge goda medicinska resultat.
- *Stärk sjukvårdens organisation.* Kommissionen för jämlik vård menar att mer än den högspecialiserade vården bör centreras till ett fåtal enheter för ökad kvalitet och patientsäkerhet. Regionala cancercentrum kan eventuellt bli en modell även för andra specialistområden.
- *Jämlik tillgång till läkemedel.* Kommissionen anser att nu gällande subventionssystem inte fungerar då Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) beslut överprövas ute i landsingen och då utifrån helt andra kriterier än de som ligger till grund för den statliga subventionen. Resultatet blir att tillgången till läkemedel skiljer sig åt i olika delar av landet.
- *Stärk positionen som ett forskningsintensivt och innovationsvänligt land.* En jämlik vård kräver, enligt Kommissionen, en bredare ansats och satsning på innovationer där idéer, forskning och utveckling blir till produkter och tjänster.

5.3 Pågående arbeten och initiativ

Nedan redogörs för ett urval satsningar på såväl nationell som regional nivå.

5.3.1 Nationell strategi för en god och mer jämlik vård

Regeringen presenterade i december 2012 *Strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016*.¹³ Strategin visar regeringens samlade arbete för jämlik vård. I strategin presenteras såväl insatser som redan genomförts, pågående satsningar samt framåtsyftande målsättningar. Regeringen lyfter bl.a. vikten av att åtgärda brister i bemötande, vård och behandling. Det finns stora utmaningar när det gäller värdegrundsarbetet i svensk hälso- och sjukvård. Regeringen anser vidare att det finns behov av ökad kunskap och att metoder behöver

¹³ Dnr S2012/8959/FS.

utvecklas för att ge bättre tillgång till vård för de som inte söker vård trots ett upplevt behov.

Regeringens insatser för en jämlik vård görs utifrån fem fokusområden

1. Synliggöra och analysera skillnader.
2. Bättre infrastruktur.
3. Strategier och åtgärder inom särskilda områden.
4. Stöd och stimulans till utveckling.
5. Dialog och samverkan med hälso- och sjukvårdens aktörer samt företrädare för olika grupper.

I strategin formuleras även en värdegrund för hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården ska utgå från att varje människa är unik och att alla personer har samma absoluta och okränkbara värde. Den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården ska vara behovsstyrd och den ska kännetecknas av jämlikhet och kvalitet. Vården, liksom omsorgen, måste ta hänsyn till kroppsliga, själsliga, sociala och andliga behov och bemöta människor med respekt.

Regeringen presenterar i strategin även ett antal tidigare och pågående insatser samt aviserar bl.a. uppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för vårdanalys med syfte att öka kunskapen om jämlikhet i vården.

5.3.2 Överenskommelse om insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting tecknade i juni 2011 en första överenskommelse om insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård.¹⁴ Satsningen syftar till att bidra till ett ökat nyttiggörande av öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och därmed bidra till en mer jämlik hälso- och sjukvård av högre kvalitet och effektivitet. Satsningen ska också syfta till att öka kunskapen om hur man kan arbeta för en mer jämlik vård för särskilda grupper.

Överenskommelsen omfattar bl.a. följande insatser

¹⁴ Dnr S2011/5879/FS (delvis).

1. Påbörja ett arbete med att tydliggöra och organisera landstingens resurser för verksamhetsutveckling, patientsäkerhet och innovation.
2. Påbörja ett arbete med att ta fram landstingsvisa analyser av 2011 års öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.
3. Skapa ett nationellt stöd till landstingen för att bl.a. genomföra punkterna 1 och 2.
4. Undersöka möjligheterna att göra vissa aggregerade data ur de Nationella kvalitetsregistren tillgängliga med minimal tidsfördröjning.
5. Undersöka hur data ur de nationella kvalitetsregistren kan redovisas för patienter och medborgare på en enkel och sökbar hemsida.
6. Beskriva vilken information brukare och patienter har nytta av vid val eller erhållande av hjälpmedel t.ex. sortiment och egenkostnader.
7. Undersöka hur information enligt punkten 6 kan redovisas för patienter och medborgare på en enkel och sökbar hemsida.
8. Genomföra ett pilotarbete med första linjens vård för att identifiera innovativa sätt att öka jämlikheten i vården för människor i socioekonomiskt utsatta områden. Arbetet sker genom Lärandeprojektet Vård på lika villkor och pågår under perioden 2011–2014.

Parterna tecknade i december 2011 en överenskommelse om fortsatta insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård, 2012.¹⁵ Överenskommelsen gäller ett fortsatt genomförande av Lärandeprojektet Vård på lika villkor, under 2012. Enligt överenskommelsen är det angeläget att identifiera sätt att nå även de personer som behöver, men inte kommer till vården. Målgrupper för överenskommelsen är hela första linjens hälso- och sjukvårdssystem med ledning, beställare, personal, patienter och brukare.

I december 2012 tecknade parterna en tredje överenskommelse om ett fortsatt genomförande av Lärandeprojektet Vård på lika villkor, under 2013.¹⁶

¹⁵ Dnr S2011/11009/FS (delvis).

¹⁶ Dnr S2012/8766/FS (delvis).

Lärandeprojektet Vård på lika villkor

Projektet är ett pilotarbete för att öka jämlikhet i första linjens vård inom resurssvaga bostadsområden med ökad risk för ohälsa. Arbetet följs vetenskapligt och ska utvärderas av ett forskningslärosäte, knutet till projektet. Arbetet ska bl.a. syfta till att åstadkomma mätbara förbättringar över tid, sprida ny kunskap och erfarenheter till andra aktörer samt identifiera effektiva arbetssätt som kan bli föremål för implementering nationellt.

Projektets målområden är att förbättra

- tillgängligheten för de grupper som inte nås av vården i dag och är särskilt utsatta för ohälsa,
- kommunikationskompetensen inom vården,
- tillgängligheten till hälsofrämjande och förebyggande insatser,
- patientnöjdheten.¹⁷

I projektet deltar team från nio verksamheter spridda över landet, i huvudsak vårdcentraler men även en barnmorskemottagning/BVC. Det som verksamheterna bl.a. har lagt fokus på inom ramen för projektet är olika vägar in till vården, ökad förståelse för patienten samt förståelse för normer och värderingar inom oss som individer och som påverkar mötet med olika människor.

5.3.3 Utveckling av Öppna jämförelser

Öppna jämförelser är återkommande indikatorbaserade jämförelser av kvalitet och resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och folkhälsa och som redovisas på regional-, landstings-, kommun-, eller enhetsnivå. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen presenterar gemensamt den öppna redovisningen av hälso- och sjukvårdens resultat och effektivitet.

Rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* publicerades för första gången 2006 och har sedan dess redovisats årligen. De öppna jämförelserna syftar till¹⁸

¹⁷ www.skl.se

¹⁸ Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen (2012) *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, jämförelser mellan landsting 2012*.

- att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn. Allmänheten har rätt att få information om verksamhetens kvalitet och effektivitet,
- att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. Goda resultat, mindre goda resultat och direkta brister lyfts fram i ljuset på ett mera strukturerat sätt. Jämförelser sporrar landstingen till fördjupade analyser och förbättringar och bidrar till lärande mellan dem,
- att bidra till förbättrad datakvalitet och förenklad dataåtkomst avseende resultat och prestationer i hälso- och sjukvården.

Rapporten syftar för närvarande inte till att stödja patienters val av utförare.¹⁹

Öppna jämförelser 2012

Rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2012 är den sjunde i serien. I rapporten lyfts inledningsvis resultaten för några av de största folksjukdomarna. Det gäller bl.a.

- *Rörelseorganens sjukdomar*. Exempel på iakttagelser är att kvinnor som har haft benskörhetsfraktur fortfarande behandlas med läkemedel i för liten omfattning – trots att indikatorn uppmärksammas i flera års rapporter.
- *Diabetesvård*. Här konstateras att för flera behandlingsmål når färre än hälften av patienterna de nivåer som nationella riktlinjer anger. Det är emellertid svårt att ange hur stor andel av patienterna som *kan* nå behandlingsmålen, eftersom det saknas den typen av målnivå.
- *Hjärtsjukvård*. Enligt rapporten finns områden i den akuta hjärtinfarktvården som kan förbättras, men på flera områden ses förbättringar bl.a. vad gäller andelen som avlider efter sjukhusvårdad infarkt och att hjärtsviktspatienter i ökande grad får de läkemedel som rekommenderas i Nationella riktlinjer.

¹⁹ A.a. s. 13.

- *Strokesjukvård.* Här finns nu en hög grad av måluppfyllelse för flera processmål. Det finns emellertid skillnader mellan sjukhusen vad gäller andelen avlidna inom 90 dagar efter stroke.
- *Cancersjukvård.* Dödlighet/överlevnad inom fyra stora cancergrupper (tjocktarmscancer, ändtarmscancer, bröstcancer, lungcancer) visar på fortlöpande positiv utveckling. Man ser emellertid stora skillnader mellan landstingen när det gäller väntetider i cancervården.

Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser

Regeringen beslutade 2009 Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.²⁰ Bakom strategin står Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Famna. Målet med strategin är att de öppna jämförelserna ska omfatta de brukar- och patientgrupper som motsvarar den största delen av hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens kostnader och volymer. Jämförelserna ska vidare vara anpassade och tillgängliga för alla relevanta målgrupper.

En av utgångspunkterna för strategin är att samverka mellan de som utvecklar öppna jämförelser och professionerna är avgörande för att skapa legitimitet för jämförelserna. Det är yrkesgrupperna som kan ändra på vårdens vardag så att resultaten förbättras. Alla aktörer måste känna delaktighet och visa förtroende för innehållet.

En annan utgångspunkt är att de öppna jämförelserna ska vara tillgängliga för politiker, tjänstemän, berörda yrkesgrupper, journalister och medborgare på såväl nationell som lokal nivå. Utformning och presentation av de öppna jämförelserna ska vara anpassad så att de för det aktuella sammanhanget relevanta delarna enkelt kan visas upp.

²⁰ Dnr S2009/5130/SK.

Öppna jämförelser Jämlik vård

I mars 2013 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser inom bl.a. området jämlik vård.²¹ Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen så långt möjligt analysera om skillnaderna i vårdens genomförande påverkar hälsan för patienterna samt sprida kunskapen till aktörer i hälso- och sjukvården, patientorganisationer och andra intresserade. Utvecklingen ska regelbundet redovisas i en särskild rapport om jämlik vård inom serien Öppna jämförelser.

Överenskommelse om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2013

Inom ramen för den s.k. Dagmaröverenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting har parterna för 2013 kommit överens om att målgruppsanpassa och tillgängliggöra jämförelserna.²² I överenskommelsen konstateras att rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i dagsläget är allt för svår genomtränglig för patienter och medborgare. Som ett led i arbetet med att göra hälso- och sjukvårdens resultat öppna och tillgängliga för fler målgrupper, kommer delar av rapporten att sammanställas, bearbetas och eventuellt kompletteras med annan relevant information samt förklarande texter och därefter tillgängliggöras för bl.a. patienter och medborgare.

Datainsamling – hälsodataregister

För att jämförelserna och uppgifterna i Öppna jämförelser ska vara valida och trovärdiga krävs god och tillförlitlig data. Data för jämförelserna hämtas i dag från bl.a. dödsorsaksregistret, hälsodataregister, nationella kvalitetsregister och Statistiska Centralbyrån, SCB. För mått på förtroende och patienterfarenheter m.m. har Sveriges Kommuner och Landstings enkät Vårdbarometern och den nationella patientenkäten använts som källor. Det saknas emellertid data avseende bl.a. primärvården som står för en stor del av den hälso- och sjukvård som utförs.

²¹ Dnr S2013/1905/FS (delvis).

²² Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2013*.

Enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister får central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Genom bemyndigande i förordning får Socialstyrelsen behandla personuppgifter i Patientregistret, Medicinska födelseregistret, Cancerregistret, Läkemedelsregistret, Tandhälsoregistret samt registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.²³ Socialstyrelsen förvaltar även dödsorsaksregistret som ger underlag för den officiella statistiken om dödsorsaker i Sverige.

Ansvarskommittén konstaterade i betänkandet *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft* att uppföljningen av hälso- och sjukvården är en förutsättning för att kunna tillförsäkra medborgarna en likvärdig vård.²⁴ En sådan uppföljning förutsätter en tillgång till individrelaterade uppgifter om utfallet av vårdinsatser och andra kvalitetsindikatorer. Kommittén föreslog bl.a. att en ny utredning skulle tillsättas med uppdrag att lämna förslag om inrättande av ytterligare hälsodataregister och en utbyggnad av befintliga register så att den öppna redovisningen av hälso- och sjukvårdens resultat skulle bli mer heltäckande.

I mars 2012 överlämnade Socialstyrelsen rapporten Nationell datainsamling i primärvården – Förslag till utökning av patientregistret till regeringen.²⁵ I rapporten föreslår Socialstyrelsen att uppgifter om patienternas läkarbesök i primärvården ska rapporteras till patientregistret. Tillgång till information ger enligt rapporten bl.a. förutsättningar för att följa patienter med komplexa vårdbehov, underlag för forskning i allmänmedicin och uppföljning av behandlingsmetoder. Insamling av uppgifter är även den enskilda individen till nytta. Genom att hälso- och sjukvården utvecklas och förbättras kan den bli mer säker och jämlik, samtidigt som man får insyn i den gemensamt finansierade vården.

²³ Förordningarna (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen, (2001:708) om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen, (2001:709) om cancerregister hos Socialstyrelsen, (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen, (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

²⁴ SOU 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande från Ansvarskommittén*, s. 124 ff.

²⁵ Dnr S2010/7914/FS.

Nationella kvalitetsregister

Redan på 1970-talet började kvalitetsregister byggas upp i Sverige. Från början togs initiativen ofta av enskilda läkare och registren användes för att bl.a. kunna upptäcka vilka operationstekniker som fungerade dåligt. På 1990-talet bildade dåvarande Landstingsförbundet tillsammans med Socialstyrelsen, två registerhållare och en representant för Svenska Läkaresällskapet det som kom att benämnas Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister. För närvarande finns drygt 70 nationella kvalitetsregister i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten.²⁶

De nationella kvalitetsregistren innehåller personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling, och resultat. När ett register är fullt utbyggt blir det möjligt att följa upp vad som åstadkoms i sjukvården för alla patienter i landet på det område registret omfattar. Det är också möjligt att följa upp vad enskilda landsting, sjukhus eller kliniker åstadkommer.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting enades i september 2011 om utveckling av Nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.²⁷ Gemensam finansiering ska enligt överenskommelsen användas till att ge kvalitetsregister och registerhållare ökade resurser för ökad kompetens, tid för utveckling av kvalitetsregistren och för att arbeta med att förbättra datakvaliteten. Huvuduppgiften är att öka kvaliteten i och användningen av befintliga kvalitetsregister. Syftet med överenskommelsen är att utveckla nationella kvalitetsregister så att dess potential för vårdens utveckling kan realiseras. Enligt parterna ska överenskommelsen leda till

- en stabilare och snabbare utveckling av kvalitetsregistren,
- bättre samordning av IT-stöden och informatik,
- ökad integration med vårddokumentationen för att undvika dubbelarbete,
- tydligare rutiner för hur känsliga uppgifter får hanteras så att patientens integritet säkras,

²⁶ http://www.kvalitetsregister.se/om_kvalitetsregister.

²⁷ Dnr S2011/8471/FS *Överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och landsting (SKL) och staten – om utvecklingen och finansieringen av Nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.*

- tydligare riktlinjer för samverkan mellan kvalitetsregister och industrin.

En första utvärdering av kvalitetsregisterverksamheten ska genomföras 2014. Myndigheten för Vårdanalys har fått i uppdrag att utarbeta en utvärderingsplan för satsningen på nationella kvalitetsregister.²⁸

Utvärdering av Öppna jämförelser

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har utvärderat Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.²⁹ Ändamålet med arbetet har varit att bedöma i vilken utsträckning de tre uttalade syftena med Öppna jämförelser har uppnåtts. Vårdanalys har även analyserat om organisationen av arbetet med Öppna jämförelser har varit ändamålsenlig eller inte.

Myndigheten har sammanfattat utvärderingens resultat i fyra slutsatser

- Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården.
- Öppna jämförelser har medfört en ökad transparens avseende vårdens kvalitet men presentationsformen är inte lämplig för allmänhet och media.
- Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data.
- Organisationen måste utvecklas.

Vårdanalys ger utifrån utvärderingens resultat följande rekommendationer

- Utforma ett system för att sätta målnivåer.
- Stärk kommunikationsarbetet för att öka transparensen för patienter och medborgare.
- Driv på utvecklingen mot fler patientrapporterade utfallsmått.
- Öka aktualiteten i data.

²⁸ Dnr S2012/8958/FS.

²⁹ Myndigheten för vårdanalys (2012:4) *Grönt ljus för öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården.*

- Utveckla grunddata inom prioriterade områden.
- Utveckla och säkra datakvaliteten i register och undersökningar.
- Genomför ett strategiskt arbete och tydliggör syfte, mål, organisation och långsiktig finansiering för Öppna jämförelser.

5.3.4 Socialstyrelsens riktlinjearbete

Socialstyrelsen tar – utifrån aktuell forskning och beprövad erfarenhet – fram nationella riktlinjer som ett stöd för dem som fattar beslut om hur resurserna ska fördelas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I februari 2013 fanns beslutade riktlinjer för totalt 12 olika vård- och omsorgsområden

- rörelseorganens sjukdomar,
- sjukdomsförebyggande metoder,
- tandvård,
- lungcancer,
- schizofreni,
- demens,
- depression och ångest,
- diabetes,
- stroke,
- hjärtsjukvård,
- missbruk och beroende,
- bröst-, kolorektal- och prostatacancer.

Riktlinjerna visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder. De kan därmed bidra till att stärka människors möjlighet att få jämlik och god vård och socialtjänst.³⁰

³⁰ www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer

5.3.5 Nationell plattform för jämlik hälsa och vård

Ett antal myndigheter och organisationer, bl.a. Diskrimineringsombudsmannen, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdförbundet, Sveriges läkarförbund, Svenska Diabetesförbundet och Reumatikerförbundet tog 2011 initiativ till en gemensam *Nationell plattform för jämlik hälsa och välfärd*. Syftet med plattformen är att verka för att hitta system och metoder för att identifiera och åtgärda skillnader i hälsa, bemötande och tillgång till vård. Som en del av det gemensamma arbetet anordnade aktörerna i juni 2012 en nationell konferens på temat.

5.3.6 Stöd till grupper med stora behov m.m.

I flera landsting/kommuner pågår verksamheter som syftar till att ge riktat stöd till svaga grupper. Målgrupper för verksamheterna kan vara personer med psykisk ohälsa, äldre med komplexa vårdbehov eller personer med vissa kroniska sjukdomar som ofta uppsöker akutsjukvård (mångbesökare). Utredningen har valt att exemplifiera med verksamheter i två landsting.

Case management och mångbesökare i Kalmar

Ett exempel är Kalmar läns landstings arbete med ”Case Management”. Stödet riktar sig till personer 18 år eller äldre som lider av psykisk ohälsa som är eller kan tänkas bli av långvarig karaktär.³¹ Den psykiska ohälsan kan vara kombinerad med annan sjukdom eller nedsättning. Den enskilde ska ha svårt att få det samlade stödet som behövs från bl.a. kommunen och landstinget och svårigheterna ska påverka den enskildes livssituation och möjligheterna till ett självständigt liv i samhället. Samordnaren – Case managern – är utbildad i landstinget eller i kommunen och hjälper den enskilde att hålla samman stöd och insatser från olika håll. Personer som uppfyller kriterier för att få hjälp av en samordnare kan själv ansöka om stödet. verksamheten startade i november 2012.

Redan 2004 startade Kalmar ett projekt som gick ut på att undersöka vilka patienter som var mångbesökare på akuten. Utvärderingen visade på en betydande samsjuklighet mellan somatiska och psykiatriska sjukdomstillstånd samt en betydande frekvens av läkemedelsrelaterade problem. Arbetsmodellen permanentades 2006.

³¹ <http://www.ltkalmar.se/halsa-varld/psykiatri/case-management>

Aktiv hälsostyrning med vårdcoacher i Stockholm

Stockholms läns landsting erbjuder sedan 2010 Aktiv hälsostyrning med vårdcoacher till särskilda målgrupper. I januari 2013 har mer än 4 000 patienter erbjudits vårdcoach genom deltagande i forskningsstudier. Följande målgrupper inom landstinget erhåller i dagsläget vårdcoach³²

- *Mångbesökare* – patienter med tre eller fler akutbesök de senaste sex månaderna.
- *Hjärtsvikt* – patienter med en eller flera inläggningar på grund av hjärtsvikt inom de senaste 12 månaderna.
- *Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL)* – patienter som diagnostiserats med KOL inom öppen eller slutenvård på sjukhus de senaste 12 månaderna.
- *Barn* – småbarn, vars föräldrar söker upprepade gånger akut på grund av astma eller liknande tillstånd.
- *Patienter äldre än 65 år* – särskild anpassning av vårdcoachtjänsten.
- *Patienter med annat modersmål än svenska* – sedan hösten 2012 erbjuds patienter som talar arabiska, spanska och finska vårdcoach på sitt modersmål.

En förstudie för etablering av vårdcoacher för psykiatriska patienter har också genomförts.³³ Resultaten visar att det finns en liten grupp patienter med kombinerad psykiatrisk och somatisk vårdtyngd med mycket hög vårdkonsumtion. Ytterligare projekt som initierats syftar till att minska återinläggningar i akutsjukvård, genom uppföljande telefonkontakter med nyligen utskrivna patienter.

Vårdcoachen stöttar patienten så att denne bl.a. bättre ska förstå vilka symtom man ska uppmärksamma i tid, vilka insatser patienten själv kan vidta och var vården finns att söka när patienten är i behov av hälso- och sjukvård.

Resultat från studierna visar bl.a. att deltagande patienter har ett signifikant minskat behov av akut, oplanerad slutenvård med mellan 20 till 40 procent jämfört med patienter som inte erhållit

³² Stockholms läns landsting (2013) *Rapport Aktiv hälsostyrning – vårdcoacher 2012*.

³³ Stockholms läns landsting (2013) *Utveckling av aktiv hälsostyrning med vårdcoacher inom SLL*.

vårdcoach. Patienterna upplever ökad trygghet och ökad självskattad livskvalitet. Resultaten visar vidare att patienterna i synnerhet värdesätter den höga kontinuiteten i kontakten med vårdcoachen.

5.3.7 Angereds närsjukhus

Angereds närsjukhus (ANS) har sedan 2007 utgjort en del av den lokala närsjukvården i nordöstra Göteborg. Hälsotillståndet hos befolkningen i området är överlag sämre än i övriga delar av Västra Götalandsregionen. Etableringen av ANS är en följd av regionens arbete med att fördela resurserna för att främja vård på lika villkor.³⁴

Behovsanalyser har legat till grund för beslut om vilka verksamheter som ska innefattas i det nya sjukhuset. En första analys som genomfördes 2007 visade bl.a. att³⁵

- upp till 50 procent av befolkningen är födda utomlands och att majoriteten av dessa kommer från länder utanför Europa,
- fattigdomsindex och antalet arbetslösa är högre i jämförelse med länet,
- dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar, KOL, lungcancer samt alkoholrelaterad dödlighet är avsevärt högre i jämförelse med länet och riket.

I rapporten dras slutsatsen att ANS måste stärka det lokala hälso- och sjukvårdssystemet genom samverkan med övriga aktörer på vård- och omsorgsområdet samt att det finns behov av att arbeta särskilt med områdena

- hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes,
- andningsorganens sjukdomar,
- psykisk ohälsa/neuropsykiatri,
- kvinnosjukvård,
- barnsjukvård,
- smärta/rörelseorganens sjukdomar,

³⁴ Angereds Närsjukhus (2012) *Årsredovisning 2011*.

³⁵ Olsson, Panifilova, *Behovsanalys för Angereds närsjukhus – ur ett befolkningsperspektiv*.

- palliativ vård,
- särskilda insatser för vård av personer med flyktingbakgrund.

ANS fortsätter regelbundet att analysera behovet av vård i området för att anpassa verksamheter och resurser efter behovet.³⁶ Nya kompletterande behovsanalyser har genomförts både 2008 och 2010, med ingående redogörelser för demografi, socioekonomi och ohälsotal.

I avsnitt 5.4.2 redogörs kortfattat för arbetsätt och projekt som ANS drivit och som visat sig vara framgångsrika.

5.4 Överväganden jämlik vård

Av ovanstående kartläggningar och rapporter framgår att det finns skillnader i den hälso- och sjukvård som ges – såväl utifrån ett regionalt perspektiv som utifrån ett grupp- och individperspektiv. Utredningen konstaterar att alla skillnader inte nödvändigtvis är av ondo. Som exempel kan nämnas att hälso- och sjukvården hela tiden utvecklas med nya behandlingsmetoder och arbetsätt som förbättrar medicinska resultat och påverkar vårdutbudet positivt. Det innebär att det alltid kommer att vara någon eller några som ligger steget före och går i bräschen för utvecklingen. En förutsättning för att detta på sikt inte ska förstärka olikheter och ojämlik vård är emellertid att övriga vårdgivare tar del av resultaten och följer efter.

På individnivå kan skillnader i vården bero på personliga preferenser och hälso- och sjukvårdspersonalens förmåga att se patienten utifrån ett helhetsperspektiv, vilket i grunden är positivt. Vidare pågår en hel del initiativ i landet för att ge personer vård efter individuella behov, se föregående avsnitt.

Det finns emellertid enligt utredningens uppfattning omständigheter som i viss mån förstärker ojämlikhet på grupp- och individnivå. Det är viktigt att sätta ljuset på dessa förhållanden och fortsätta med det arbete som redan har påbörjats. Att möta olika individers behov utifrån deras egna förutsättningar skulle även på sikt kunna förebygga risk för exempelvis långtidssjukskrivningar och därigenom ökat utanförskap och andra negativa konsekvenser.

³⁶ Angereds Närsjukhus (2012) *Årsredovisning 2011*.

Nedan redogör utredningen för sina överväganden ur tre olika perspektiv – regionalt, system/organisation, och individ. Utredningens överväganden syftar till att, på micronivå, tydligt konkretisera och lyfta möjliga vägar framåt inom ramen för de olika perspektiven.

5.4.1 Ojämlighet ur ett regionalt perspektiv

Utredningens bedömning: Uppvisade brister och skillnader i medicinska resultat som framgår i Öppna jämförelser eller nationella utvärderingar bör i högre grad än i dag utgöra underlag för statliga tillsynsinsatser.

Patienter bör få bättre möjlighet att tillgodogöra sig den information om kvalitet och medicinska resultat som bl.a. finns i Öppna Jämförelser och i nationella utvärderingar. Bättre tillgång till data om vården bör påskyndas för att öka transparensen. Även förekomsten av patientklagomål bör komplettera kvalitetsjämförelser mellan olika enheter.

Förslagen i betänkandet Patientlag (SOU 2013:2) om ökad valfrihet i öppen vård kan skynda på en viss utjämning av oacceptabla skillnader mellan landstingen.

Att såväl utbud av behandlingsmetoder som vilka sjukdomstillstånd som prioriteras (inom givna ramar) ligger inom landstingens egen kompetens är tydligt och dessutom grundlagsreglerat. Det framgår av 1 kap. 1 § regeringsformen att den svenska folkstyrelsen förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statskick och genom kommunal självstyrelse. Enligt 14 kap. 2 § sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund.

Att däremot medicinsk kvalitet och medicinska resultat inom bl.a. de stora folksjukdomarna kan skilja så mycket mellan landstingen är – i ett land med cirka 10 miljoner invånare – vare sig rimligt eller något som måste accepteras med hänvisning till det kommunala självstyret.

Betydande regionala skillnader vad gäller medicinska resultat och kvalitet har liknats vid ett ”postkodlotteri”.³⁷ Är det rimligt att en av fem patienter med ändtarmscancer behöver riskera att omo-

³⁷ The Telegraph (26 maj 2012) *Diabetes treatment is a postcode lottery.*

pereras på grund av komplikation inom 30 dagar på ett sjukhus i landet medan risken endast är 5 av hundra på ett annat sjukhus?³⁸ Hur kan man motivera att relativ 5-årsöverlevnad för kvinnor med ändtarmscancer varierar mellan cirka 40 procent till drygt 70 procent beroende på i vilket landsting vården ges?³⁹ Frågorna är givetvis retoriska, men exemplen belyser ändå de obefogade skillnader som på vissa håll råder i sjukvården.

Alla invånare i Sverige är vid något tillfälle i sitt liv patient. Som invånare och skattebetalare bidrar patienter till den solidariska finansieringen av hälso- och sjukvården och bör därmed ha rätt att förvänta sig bästa möjliga kvalitet för sina pengar, oavsett var i landet han eller hon har valt att bo.

Underlag för tillsyn

Stora skillnader i medicinska resultat på landstings- eller enhetsnivå kan i vissa fall tyda på bristande patientsäkerhet och bör då, enligt utredningens mening, vara en fråga för Inspektionen för vård och omsorg – som bör ställa krav på att vårdgivarna utreder bakomliggande orsaker och vidtar eventuella åtgärder. Utredningen har emellertid erfarit att den här typen av resultat som uppmärksammas i rapporter och utvärderingar hitintills sällan har lett till insatser från tillsynen. I avsnitt 6.2.2 beskriver utredningen hur ansvarig myndighet måste tillföras extern information och underlag om brister i vården för att kunna bedriva en effektiv tillsyn. Det får tas för givet att en statlig myndighet tar till sig och använder viktig information som en annan myndighet sammanställer och offentliggör.

En förutsättning för att jämförelser ska kunna användas i tillsynen är att de i än högre grad bryts ned på enhetsnivå. Enligt utredningens mening är detta nödvändigt för att öka transparensen i hälso- och sjukvården. Ett landstings resultat kan i hög grad påverkas av enskilda enheters bristande – alternativt goda – kvalitet.

Enligt bestämmelser i patientsäkerhetslagen (2010:659) kan tillsynsmyndigheten vid vite förelägga en vårdgivare eller enhet att fullgöra sina skyldigheter vad gäller systematiskt patientsäkerhetsarbete. Om föreläggande inte följs och om missförhållandena utgör

³⁸ Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering 2013 – Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer vård. Indikatorer och underlag för bedömningar.*

³⁹ A.a.

en fara för patientsäkerheten eller annars är av allvarligt slag får myndigheten helt eller delvis förbjuda verksamheten.

Utredningen har erfarit att sådana kraftfulla åtgärder sällan vidtas. Sett utifrån ett rent patientsäkerhetsperspektiv bör enligt utredningens mening de verktyg som Inspektionen har till hands användas i fler fall.

Dags att öppna jämförelserna för patienterna

Utredningen har i flera sammanhang pekat på vikten av och behovet av patientinformation. Patienter behöver bl.a. få ökad kännedom om olika vårdgivares eller vårdenheters verksamheter för att kunna utnyttja de valmöjligheter som står till buds. I den information som patienter bör ha tillgång till ligger både frågor om tillgänglighet, utbud, personal/kompetens och kvalitetsparametrar i en vidare bemärkelse. Även information om medicinska resultat, förekomst av exempelvis vårdrelaterade infektioner och andra kliniska data bör vara av stort intresse för patientkollektivet. Det är ju de som i slutändan får ta konsekvenserna av eventuella brister i vården.

Det är därför enligt utredningens mening inte möjligt att undanhålla allmänheten den information om vårdens resultat och kvalitet som Öppna jämförelser och nationella utvärderingar ger.

Myndigheten för vårdanalys framhöll i sin utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården att få utanför hälso- och sjukvården känner till Öppna jämförelser och att det gäller såväl patienter som medborgare och medier.⁴⁰ Myndigheten fann att presentationen av jämförelserna är mer lämpad för tjänstemän i landstingen än för allmänhet och medier, vilka upplever materialet som svårgenomträngligt. Större fokus på ett offensivt kommunikationsarbete rekommenderades därför i rapporten.

Av *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården* framgår att jämförelserna ska vara anpassade och tillgängliga för alla relevanta målgrupper. Regeringen gav också i mars 2013 Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och publicera öppna jämförelser avseende hälso- och sjukvård, inklusive jämlik vård och läkemedel, se även avsnitt 5.3.3. I uppdraget ligger bl.a. att Socialstyrelsen, utifrån

⁴⁰ Myndigheten för vårdanalys (2013) *Grönt ljus för öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården*.

målgrupperna politiska beslutsfattare, professionella, brukare, patienter och övriga invånare ska göra en kommunikations- och målgruppsanalys för att anpassa redovisningarna för de olika målgruppernas behov och förutsättningar. Även inom ramen för den s.k. Dagmaröverenskommelsen lyfts frågan om att göra hälso- och sjukvårdens resultat mer tillgängliga för bl.a. patienter och medborgare, se avsnitt 5.3.3.

Utredningen instämmer i Myndigheten för vårdanalys slutsatser och ser regeringens uppdrag till Socialstyrelsen samt den ingångna överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting som led i utvecklingen att kommunicera iakttagelser och skillnader mellan landsting och enheter med patienterna. Utredningen ser liksom Myndigheten för vårdanalys och Socialstyrelsen ett behov av att förbättra datainsamlingen så att transparensen kan öka och på sikt möjliggöra jämförelser av exempelvis primärvårdens verksamheter.

Landets patientnämnder bör kunna bidra till att sprida information om jämförelserna samt om hur resultaten ser ut för specifika patientgrupper. Även patientorganisationerna bör – utifrån sin verksamhet – kunna kommunicera informationen till sina medlemmar.

För att ytterligare koppla patienternas egna upplevelser av vården till de medicinska resultaten bör även förekomsten av bl.a. patientklagomål till patientnämnder och Inspektionen för vård och omsorg, kunna visas och jämföras – nedbrutet på enhetsnivå.

Ökad valfrihet i öppen vård kan bidra till minskade skillnader

Patientmaktsutredningen har i delbetänkandet *Patientlag* föreslagit ett lagreglerat fritt val av utförare i öppen vård.⁴¹ Förslaget innebär att patienter under vissa förutsättningar kan välja primärvård och öppen specialiserad vård över landstingsgränserna. Utredningens bedömning är att möjligheten för patienter att på eget initiativ söka vård över landstingsgränserna i förlängningen kan leda till en utjämning av vårdutbudet i de olika landstingen.

Utredningen vill i sammanhanget peka på vikten av att hela tiden följa utvecklingen genom öppna jämförelser och andra uppföljnings- och utvärderingsinstrument. Något som givetvis måste granskas är på vilket sätt olika behandlingsutbud etc. kan komma

⁴¹ SOU 2013:2 *Patientlag*, s. 254.

att harmoniseras över landet. Det kan endast sägas vara positivt för patientkollektivet om utjämningen leder till att driva kvalitetsutvecklingen framåt – dvs. att landsting och kliniker etc. tar intryck av goda resultat och kalibrerar den egna verksamheten utifrån dessa.

Om däremot en utjämning eller ökad harmonisering innebär att "taket" sänks för alla – dvs. att de landsting och enheter som erbjuder en särskilt attraktiv hälso- och sjukvård rättar in sig i ledet och lägger sig på en lägre nivå än tidigare – drabbas patienterna negativt.

5.4.2 Ojämlighet ur ett systemperspektiv

Utredningens bedömning: Ett tydligare fokus på kompletterande vägar in i hälso- och sjukvården och ett mer personligt och patientcentrerat synsätt på organisatoriska lösningar bör ge förutsättningar för en mer jämlik tillgång till hälso- och sjukvård.

Inom ramen för upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling samt i de regelböcker som styr godkännande av leverantörer i valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem bör ersättningssystemen utformas för att ges utrymme och möjlighet för sådana kompletterande lösningar.

Under de senaste decennierna har hälso- och sjukvården – liksom många andra samhällsinstitutioner – utvecklat gränssnitt mot medborgare och patienter som ofta ställer krav och förväntningar på de som använder dem. Enligt utredningens uppfattning har vårdens processer m.m. blivit allt mer likriktade. Systemen kan många gånger ses som konstruerade för att främja effektivitet inom organisationen men inte alltid för att möta de mångfacetterade behov och förutsättningar som finns i patientkollektivet. Som exempel förutsätts många gånger att patienter kan boka och boka om mottagningstider via olika webbsidor med hjälp av dator och e-legitimation. Även information om vårdgivare och om hur hälso- och sjukvården är organiserad, finns till stor del på internet. Patienter ombeds många gånger att betala med kort så att personalen slipper hantera kontanter och vid telefonkontakt med en vårdcentral etc. händer det alltmer sällan att samtalet besvaras av en "riktig" männi-

ska. Istället ska patienten knappa in personnummer och sedan vänta vid telefonen för att bli uppringd.

För många innebär denna utveckling en bättre kontroll över bl.a. egna hälsouppgifter och -kontakter och är därför både eftersträvansvärd och praktiskt hanterbar. För andra kan den snarare innebära att hälso- och sjukvården blir mer svårtillgänglig och opersonlig. Även om en stor majoritet av befolkningen säkerligen har tillgång till dator, Bank-ID och egen telefon gäller det inte alla. En personlig kontakt i telefon eller möjlighet att på plats i receptionen på vårdmottagningen boka in sitt besök kan underlätta för exempelvis äldre personer eller den som inte har svenska som modersmål.

För att komma tillrätta med den här typen av ojämlikhet krävs enligt utredningens mening att beslutsfattare och chefer inom hälso- och sjukvårdens verksamheter kritiskt granskar de organisatoriska strukturer som finns på plats för att sedan överväga nya eller kompletterande lösningar så att alla patienter kan nå och möta vården på det sätt som passar var och en bäst. Något som flera har konstaterat i debatten om jämlik vård är att ”göra jämlikt är att göra skillnad”.

Nedan redogörs för några exempel på nya eller kompletterande lösningar som syftar till att göra vården mer tillgänglig och jämlik.

Västra Götalandsregionen och Angereds närsjukhus

Utredningen har tidigare redogjort för verksamheten vid Angereds närsjukhus i nordöstra Göteborg, se avsnitt 5.3.7. Av de som bor i sjukhusets närområde är cirka 50 procent utlandsfödda. Det talas fler än 40 språk i området och befolkningen har högre dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och KOL/lungcancer samt högre alkoholrelaterad dödlighet än övriga befolkningen i länet och i riket. Västra Götalandsregionen och Angereds närsjukhus har initierat flera projekt för att stödja befolkningen utifrån individuella behov.

- *Doulor*. Projektet ”Doula och kulturtolk” drivs av föreningen Födelsehuset.⁴² Doulor är kvinnor med invandrabakgrund och goda svensk-kunskaper som ger stöd till gravida kvinnor med samma bakgrund. Doulan kan även agera som språkstödjare mellan kvinnan och vårdpersonalen. För närvarande finns i

⁴² www.fodelsehuset.se

Göteborg 21 doulor/kulturtolkare som tillsammans talar nio olika språk. Verksamheten utvärderades 2009 och man fann då bl.a. att doulaprojektet bidrar till att skapa en transkulturell vård och kan leda till att hälsan och vården blir mer jämlik.⁴³

- *Ta med en vän.* År 2009 var den genomsnittliga täckningsgraden för cellprovstagning för upptäckt av livmoderhalscancer 60 procent i nordöstra Göteborg vilket ska jämföras med en genomsnittlig täckningsgrad på 82 procent i övriga Västra Götalandsregionen. I syfte att få fler kvinnor att ta cellprov genomfördes mellan 1 april 2011 och 31 mars 2012 projektet ”Ta med en vän” i området.⁴⁴ Projektet var ett samarbete mellan Angereds närsjukhus, Barnmorskemottagningarna i Angered, Bergsjön och Gamlestaden, Föreningen Födelsehuset, Kunskapscentrum för Jämlik Vård, Regionalt Cancercentrum Väst samt Västra Götalandsregionen.

Inom ramen för projektet använde man sig av icke-traditionella kanaler för att nå ut med information – det lokala föreningslivet, radiokanaler, internet (bl.a. Facebookkampanjen www.jag-bryr-mig.se) och allmänna platser var alla viktiga för informationsspridningen. Då många kvinnor i området inte var läs- eller skrivkunniga introducerades en särskild telefontjänst dit kvinnor kunde ringa och få ett telefonmeddelande med information på arabiska eller somaliska uppläst för sig. Doulorna fick också en central roll i att nå ut med informationen till kvinnorna i området.

Vidare användes under två månader en särskild cellprovsbuss som ställdes upp på torg i området där det vistades många människor, men där det saknades barnmorskemottagning.

Under den tid som projektet genomfördes ökade antalet cellprover i området med 42 procent (5 900 prover jämfört med 4 141 prover året innan).

⁴³ Västra Götalandsregionen (2009) *Utvärdering av projektet Utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkare.*

⁴⁴ Olsson, Lau (2012) *Slutrapport, Ta med en vän – ett projekt för att öka cellprovstagningen i nordöstra Göteborg.*

Vård på lika villkor

Lärandeprojektet Vård på lika villkor syftar till att identifiera innovativa sätt att öka jämlikheten i första linjens sjukvård för människor i socioekonomiskt utsatta områden. Projektet har initierats genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, se avsnitt 5.3.2. Nio verksamheter deltar i projektet, samtliga belägna i områden med hög andel utlandsfödd befolkning, hög arbetslöshet och hög sjuklighet. Inom ramen för projektet har flera av verksamheterna arbetat med att göra vården mer tillgänglig för bl.a. patienter som inte har svenska som modersmål eller som saknar tillgång till telefon.⁴⁵ Några av verksamheterna utreder möjligheten att arbeta med stöd i vårdprocessen och under vårdmötet – likt verksamheten med doulor i nordöstra Göteborg. I stort sett samtliga deltagande verksamheter undersöker vilka omgivande samhällsaktörer de kan samverka med för att bättre kunna nå de som inte nås av vården i dag – exempelvis intresseföreningar, skolan, arbetsförmedlingen och kommunen, centralt och lokalt.

Riktad information om psykisk sjukdom

Järvapsykiatrin bedriver psykiatrisk öppenvård i Stockholmsstadsdelarna Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista. Befolkningen i området består till cirka 70 procent av invandrare i första och andra generationen. Området präglas vidare av psykosociala problem såsom hög arbetslöshet, låg utbildningsgrad och hög andel socialbidragstagare m.m. De som är bosatta i området kommer i stor utsträckning från kulturer med en annan syn på psykisk sjukdom, det är ofta skamfyllt och tabubelagt att söka vård för psykiska besvär.

I syfte att bättre nå ut till befolkningen med information har verksamheten sedan 2006 arbetat med något som de kallar ”Home Information”. Två gånger per termin bjuder Järvapsykiatrin in till informationsträffar på kvällstid och oftast i hemmiljö. De som kommer till träffen får hemlagad middag och ges information om psykisk sjukdom, psykiatrins verksamhet, somatiska sjukdomar, sex och samlevnad m.m. Hittills har inte någon utvärdering av den riktade insatsen genomförts, men informationsträffarna har varit välbesökta och psykiatrin har noterat att allt fler personer söker

⁴⁵ http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/jamlika/lanandeprojektet/mal-och-resultat

allmänpsykiatrisk vård för lindrigare psykiska besvär och inte som tidigare sent i sjukdomsförloppet med allvarliga symtom.

Verksamheten arbetar på ett flexibelt och principlöst sätt för att nå ut till befolkningen – de kan träffa patienter på socialkontor, vårdcentraler och i hemmet m.m.

Ersättningsystem som stödjer kompletterande lösningar

För att det ska vara möjligt för olika vårdverksamheter att arbeta på ett sätt som är inkluderande och som motsvarar flera människors och patienters behov krävs dels att det faktiskt finns utrymme för alternativa/kompletterande lösningar i klinikens/mottagningens uppdrag, dels att verksamheten också kan få ersättning för det. Om t.ex. endast mottagningsbesök skulle ersättas kan det finnas anledning anta att antalet rådgivande telefonsamtal med patienter skulle minska radikalt – och tvärtom. Ett annat exempel kan vara att en vårdcentral bedömer att deras patientunderlag ser ut på det viset att en justering av mottagningens öppettider bättre skulle möta patienternas behov. I dagsläget är det inte möjligt i alla landsting då generella övergripande krav om ”kontorsöppettider” tillämpas i huvudmännens krav på utförarna.

Enligt utredningens mening bör huvudmännen därför vara vaksamma på att inte förfrågningsunderlag och ”regelböcker” blir så detaljerat utformade att det inte är möjligt att avvika från det gängse.

5.4.3 Ojämlighet i det personliga mötet

Utredningens bedömning: Vårdgivare bör genom ökad egenuppföljning granska vidtagna behandlingsinsatser utifrån bl.a. genus och socioekonomiska faktorer. Även huvudmännen bör agera för ökad egenuppföljning.

Verktyg för att underlätta kommunikation mellan patient och personal bör användas för patientgrupper som annars riskerar att förfördelas.

I grundläggande vårdutbildningar bör utbildning om diskriminering och likvärdig vård ingå.

En övervägande del av de beslut om vård och behandling som varje dag fattas i sjukvården, är resultat av ett personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.

Studier visar att resultaten av dessa möten kan gestalta sig olika beroende på underliggande faktorer som utbildningsnivå, kön och födelseland. Nedan redogörs för ett antal exempel på sådana olikheter.

- Sannolikheten för högutbildade att behandlas med nya, dyrare läkemedel vid hjärtsviktsbehandling är större än för lågutbildade och personer som är födda utanför EU.⁴⁶
- Trots att demens är vanligare bland lågutbildade använder högutbildade oftare demensläkemedel än lågutbildade. (Analysen avser personer 75–89 år).⁴⁷
- Man har i studier kunnat påvisa att lågutbildade patienter med schizofreni behandlas mindre ändamålsenligt än medel- och högutbildade patienter. Skillnaderna kvarstår även efter justeringar för andra faktorer så som kön och ålder.⁴⁸
- En studie från Karolinska Institutet visar att kvinnor som behandlats för cancer i fertil ålder i betydligt mindre utsträckning får information om hur behandlingen påverkat framtida möjligheter att få barn än vad manliga cancerpatienter får. Studien, som är publicerad i *Journal of Clinical Oncology*, visar bl.a. att 80 procent av männen i studien hade fått information om risker för infertilitet, medan färre än 48 procent av de kvinnliga patienterna fått motsvarande information.⁴⁹ En majoritet av männen fick vidare information om möjlighet till fertilitetsbevarande åtgärder, medan endast 14 procent av kvinnorna uppgett att de fick sådan information.
- En studie som ofta nämns i detta sammanhang är det s.k. Tvättsäcksprojektet. På en hudklinik i Stockholm hade man funnit att tvättsäckarna i de manliga patienternas duschrum alltid var mycket fullare och måste tömmas oftare än tvättsäckarna hos de kvinnliga patienterna. Författarna till studien fann – tidigare okända – skillnader mellan kvinnliga och manliga patienter vad

⁴⁶ Socialstyrelsen (2009) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*.

⁴⁷ A.a.

⁴⁸ A.a.

⁴⁹ Gabriela M. Armuand, Kenny A. Rodriguez-Wallberg, Lena Wettergren, Johan Ahlgren, Gunilla Enblad, Martin Höglund, Claudia Lampic. *Sex Differences in Fertility-Related Information Received by Young Adult Cancer Survivors*. *Journal of Clinical Oncology*.

gällde både ordinerad och utförd behandling för diagnoserna psoriasis och eksem.⁵⁰ Män fick i större utsträckning behandling på mottagning med ljusbehandling och smörjningshjälp, i samband med vilka de använde mottagningens duschar – medan kvinnorna oftare ordinerades egenbehandling och avslutade sina ljusbehandlingar efter färre gånger än männen, därav den ”halvfulla” tvättsäcken i kvinnornas duschrum. En kostnadsjämförande analys visade också avsevärt högre kostnader för männens behandling. Kvinnornas egenbehandling i hemmet kunde alltså sägas subventionera männens behandling. Data från studien presenterades och diskuterades tillsammans med hudklinikens medarbetare och ett år senare genomfördes en uppföljande studie som visade en jämnare könsfördelning av de patienter som ordinerats ljusbehandling. Antalet behandlingar var dock fortfarande högre för männen.

Förbättrad kommunikation – ett verktyg

Vad olikheter i exemplen ovan beror på är givetvis svårt att förklara men en väsentlig faktor är kommunikation. Alla patienter har inte förmågan att kunna förklara och förmedla sin egen upplevelse av sin sjukdom och sina symtom på ett begripligt sätt. Likaså har de flesta lättare att förstå och kommunicera med personer med liknande bakgrund som de själva har – dvs. talar ”samma språk”. Det gäller också hälso- och sjukvårdspersonal. Även om olika utbildningsinsatser för personalen vidtas och kännedomen om kommunikationens betydelse ökar så kommer välutbildade, svenskfödda patienter ha ett kommunikationsövertag.

Till viss del kan användning av olika verktyg underlätta för patienter att strukturera upp sin egen sjukdomsinformation. Ett exempel som kan nämnas är *Patientens Egen Registrering, PER*.⁵¹ PER är en tjänst för patienter som deltar i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). Patienten registrerar själv uppgifter om sin hälsa före läkarbesöket. Frågorna kan t.ex. handla om vad patienten klarar av i sitt vardagliga liv, smärta och livskvalitet. Genom att rutinfrågor besvaras i verktyget blir utrymmet för övriga frågor och samtal vid läkarbesöket större och patienten får ett stöd inför den

⁵⁰ Ingrid Osika, Birgitta Evengård, Lena Waernulf, Filippa Nyberg. *Tvättsäcksprojektet – genuskillnader in på bara skinnen*. Läkartidningen, nr. 40, 2005, volym 102.

⁵¹ <http://srq.nu/per/>.

fortsatta behandlingen. Verktuget bidrar således till att viktig information om patientens tillstånd enkelt når behandlaren.

Ett annat exempel är *Min guide till säker vård*.⁵² Guiden är till för personer som har eller kan få upprepade kontakter med vården. Den innehåller vägledning och råd som kan hjälpa patienter att få den information de behöver och att ge vårdpersonalen den information som de behöver. Den innehåller bl.a. en rad frågor om såväl hälsotillstånd som behandlingar som en patient bör tänka på att förbereda inför ett besök i vården.

Ökad egenuppföljning viktig för att se mönster och trender

Varje enskilt möte mellan patient och behandlande personal är unikt och leder till behandlingsrekommendationer som anses vara individuellt anpassade och rätt för just den patienten. Vad ovan nämnda studier pekar på är emellertid att summan av enskildheter kan visa tydliga mönster och trender som de inblandade varit omedvetna om.

Enligt en enkätundersökning som riktade sig till läkare verksam i primärvården, anser närmare 80 procent av respondenterna att de som läkare har ett ganska eller mycket stort ansvar för att svensk hälso- och sjukvård är jämlik och erbjuds på lika villkor för alla grupper i befolkningen.⁵³ Samtidigt menar 47 procent av läkarna i undersökningen att arbetsgivaren/beställaren *inte* agerar aktivt för att motverka ojämlikhet och sociala skillnader i vården medan 42 procent anser att arbetsgivare/beställare agerar aktivt.

Så som skedde i "Tvättsäcksprojektet" skulle en ökad egenuppföljning och gemensam diskussion kring resultaten på en klinik etc. kunna leda till att vissa trender bryts – och därigenom ökad jämlikhet uppnås. Även om så inte skulle vara fallet, eller om det vid en klinik inte skulle gå att se den här typen av avvikelser på aggregerad nivå, kan en ökad dialog bland hälso- och sjukvårdspersonalen bidra till bättre kunskap och förståelse för vilka effekter som vanligt mänskligt beteende kan ge.

Utredningen föreslår inte att resultat av sådan uppföljning ska redovisas offentligt, det är inte syftet, utan det viktiga är att frågan uppmärksammas och att det egna agerandet får ifrågasättas.

⁵² Socialstyrelsen (2011) *Min guide till säker vård*.

⁵³ Gullers grupp (2013) *Läkarundersökningen 2012, International Survey of Primary Doctors*.

Det är oerhört viktigt att vårdpersonalen anser att detta är deras ansvar – vilket undersökningen ovan indikerar. Utredningen menar att frågan dessutom måste uppmärksammas av verksamhetsledningen. Att se till att det finns fungerande rutiner för egenkontroll och uppföljningsmöten är en ledningsuppgift.

Även beställaren har ett ansvar för att hälso- och sjukvård ges på ett jämlikt sätt utan ovidkommande påverkan av kön eller socioekonomiska faktorer. Huvudmännen bör därför agera aktivt för att egenuppföljning ska ske som en del av den reguljära verksamhetsutvecklingen.

Vårdutbildningarnas roll

Utredningen anser att frågor om jämlik vård, diskriminering och hur man som vårdpersonal kan arbeta för ett bättre resultat bör behandlas i grundutbildningarna till yrken inom hälso- och sjukvården. FRA – Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter, redovisade i en rapport om diskriminering i hälso- och sjukvård att många vårdgivare är ovilliga att medge att diskriminering i hälso- och sjukvården existerar.⁵⁴ Ofta hänvisar de istället till att språk och organisatoriska hinder kan försvåra tillgången till hälso- och sjukvård för vissa grupper. FRA menar att vårdpersonalen bör utbildas i frågor om bl.a. diskriminering och att denna utbildning möjligen bör vara obligatorisk, se även avsnitt 5.2.3.

Regeringen beslutade i juni 2012 att ge ett uppdrag till Socialstyrelsen om att i samverkan med Diskrimineringsombudsmannen (DO) ta fram ett utbildningspaket för vårdpersonal om bemötande.⁵⁵ Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2013. Utbildningspaketet ska inkludera kunskap om de grupper som omfattas av lagstiftningens skydd mot diskriminering och som typiskt sett riskerar att utsättas för diskriminering. Även andra grupper som riskerar bristfälligt bemötande inom vården ska beaktas i utbildningspaketet. Det kan t.ex. röra sig om socioekonomiskt resurssvaga personer, personer med psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa eller de nationella minoriteterna. Utbildningspaketet ska bl.a. förmedla kunskap om

⁵⁴ FRA European Union Agency for Fundamental Rights (2013) *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*.

⁵⁵ Dnr S2012/4531/FS (delvis).

- vikten av att inte ta ovidkommande hänsyn till kön, könsidentitet och könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder, socioekonomisk tillhörighet eller psykisk ohälsa, eller annan omständighet som rör den enskilde som person,
- vikten av att särskilt uppmärksamma att dessa omständigheter inte ska utgöra hinder för en persons tillgång till likvärdig vård som alla andra, t.ex. att personer med psykisk sjukdom eller ohälsa ges likvärdig somatisk vård som alla andra, och
- hur diskriminering kan ta sig uttryck inom vården.

Uppdraget och utbildningen är av stor vikt för de personer som redan är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården. För dem som ännu inte arbetar i vården bör emellertid denna kunskap förmedlas redan i den grundläggande vårdutbildningen. Den fyller en viktig roll genom att lägga grunden för vilka värderingar som ska genomsyra hälso- och sjukvården i framtiden.

6 Patientklagomål

6.1 Inledning

För att hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas, både vad gäller kvalitet och effektivitet, måste patienten få möjlighet att göra sin röst hörd. Patienten är ofta den enda som vid varje enskilt tillfälle har möjlighet att iaktta och följa ett vårdförlopp från början till slut. Övriga aktörer varierar från sjukvårdsupplysningen, distrikts-sköterskan och vårdcentralens läkare, via enskilda specialister till sjukhusets stora mängd av läkare och andra vårdprofessioner. Patienternas erfarenheter och synpunkter på vården är således mycket viktiga underlag i sjukvårdens utvecklings- och förbättringsarbete.

Det finns många olika sätt som man kan fånga in patienternas synpunkter på vården. Det handlar bl.a. om den nationella patientenkäten (NPE). NPE är en återkommande mätning av patientupplevd kvalitet som genomförs varje år. Resultaten ska användas för att utveckla och förbättra vården utifrån ett patientperspektiv. Det är även ett underlag för jämförelser, ledning och styrning samt för information till medborgare och patienter. Första undersökningen med NPE genomfördes inom primärvården 2009 och inom den specialiserade vården 2010. Mätningar genomförs nationellt samordnat vartannat år inom respektive område.

Vidare finns på webbplatsen 1177.se tjänsten *Hitta och jämför vård*.¹ På tjänsten finns även uppgifter om vad de som besökt en mottagning tycker om den. Ett urval av de personer som har besökt en viss mottagning har fått svara på frågor om till exempel hur bra bemötande de tyckte att de fick, hur delaktiga de kände sig i sin vård och behandling, vilket förtroende de kände, om de rekommenderar mottagningen till andra och vilket helhetsintryck de fick av mottagningen.

¹ 1177.se är en gemensam webbplats för råd om vård från Sveriges landsting.

Även vårdgivarna – offentliga såväl som privata – använder patientenkäter etc. för att få veta vad patienterna anser om vården. Det förekommer också enklare system för att fånga in patientsynpunkter på vården, t.ex. att patienter får välja att ange hur nöjda de är genom att trycka på en grön, orange eller röd knapp när de är på en mottagning.

Vid sidan av dessa sätt har patienterna också möjlighet att framföra sina synpunkter på vården genom klagomål. Med tanke på den stora mängd besök, undersökningar m.m. som varje år görs i hälso- och sjukvården utgör klagomålen en mycket litet antal totalt sett i vården. Å andra sidan kan patienterna i ett klagomål på eget initiativ ta upp precis vad de vill. De är inte styrda av förutbestämda frågor etc. Det är därför viktigt att komplettera olika patientundersökningar med en systematisk klagomålshantering.

Utredningens uppdrag

I Patientmaktsutredningens direktiv konstaterar regeringen att en systematisk insamling och bearbetning på nationell nivå av de patientberättelser som kommer in till Socialstyrelsen och patientnämnderna skulle bidra med värdefull information i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården. Det handlar enligt regeringen om att identifiera och uppmärksamma bristfälliga rutiner för att effektivisera och förbättra vårdprocessen. Mot den bakgrunden ska Patientmaktsutredningen föreslå en modell för systematisk insamling och bearbetning av patientberättelser i klagomåls- och anmälningsärenden. Patientmaktsutredningens uppdrag är således begränsat till klagomåls- och anmälningsärenden.

Utredningen om rätt information i vård och omsorg har däremot i uppdrag att föreslå en modell för webbaserad inrapportering av patientupplevd kvalitet.² Syftet är att alla patienter ska ges förutsättningar att dela med sig av sina upplevelser av vården genom en enkel webbaserad tjänst. Det är angeläget att på ett strukturerat sätt ta till vara patientens upplevelser av vården och att patienten ges förutsättningar att vara en medproducent av information i vården. Det är enligt direktiven viktigt att tjänsten utformas så att olika kategorier av patienter kan använda sig av den, t.ex. barn, äldre, kvinnor och män, personer med funktionshinder och personer som

² Dir. 2012:23 Tilläggsdirektiv till Utredningen om förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m. (S 2011:13).

inte talar svenska. Utredningen om rätt information i vård och omsorg har således i uppdrag att föreslå en modell för att mer allmänt fånga in patienternas synpunkter – positiva såväl som negativa – på vården.

6.1.1 Hantering av klagomål i vården

Den första instans en patient bör vända sig till om man inte är nöjd med eller har frågor om vården är den mottagning/verksamhet där han eller hon har fått sin vård eller behandling. Många gånger kan de frågor eller motsättningar som uppkommit bäst hanteras i direkt anslutning till vårdtillfället, antingen av behandlande personal eller av t.ex. verksamhetschefen vid enheten. Det handlar om att lyssna till patientens synpunkter och på ett respektfullt och professionellt sätt förklara vad som eventuellt brustit i vården och – i förekommande fall – be om ursäkt.

Sådana möten kan te sig obehagliga för berörd hälso- och sjukvårdspersonal och därför något som man drar sig för. Inte desto mindre är möjligheten till ett direkt samtal ofta av vital betydelse för att patienten ska kunna gå vidare och bearbeta det han eller hon har varit med om. Sveriges Kommuner och Landsting har tagit fram verktyg och vägledningar till hälso- och sjukvårdspersonalen om hur dessa kan bjuda in patienten till samtal och vad man bör tänka på vid kommunikation mellan personal och patient.

Patientklagomål kan också, som tidigare nämnts, ses som en källa för att utveckla hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.³ Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska vidare enligt föreskrifterna sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

I den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) tydliggörs vad som ska gälla om en patient drabbas av en vårdskada. Enligt 3 kap. 8 § ska vårdgivaren då snarast informera patienten om vad som har inträffat samt vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Vårdgivaren är också skyldig att informera patienten om patientnämndernas verksamhet,

³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

om möjligheten att anmäla klagomål till tillsynsmyndigheten och om möjligheten att begära ersättning från patient- eller läkemedelsförsäkringen.

6.1.2 Patientnämnderna

Enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska det i varje landsting eller kommun finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter 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 kommuner eller enligt avtal med kommuner 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 eller helt eller delvis finansieras av landsting.

Nämnderna ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet 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.

Patientmaktsutredningen föreslog i delbetänkandet *Patientlag* att den första punkten i patientnämndernas uppdrag ska förtydligas så att det framgår att nämnderna ska erbjuda patienter den information de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården.⁴

Patientnämnderna ska enligt 2 § andra stycket lagen om patientnämndsverksamhet m.m. informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet. Bestämmel-

⁴ SOU 2013:2 *Patientlag*.

sen trädde i kraft den 1 januari 2011.⁵ Patientsäkerhetsutredningen som föregick propositionen lämnade i december 2008 betänkandet *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?*.⁶ Utredningen hade bl.a. i uppdrag att överväga hur patientnämnderna uppfyller sitt åtagande och vad detta åtagande bör omfatta. Utredningen konstaterade att patientnämndernas verksamhet, trots förhållandevis stora informationsinsatser, fortfarande inte var tillräckligt känd. Detta gällde särskilt inom den kommunala vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen tycktes också generellt sett vara i behov av mer kunskap om patientnämndernas verksamhet. Fortlöpande information om patientnämndernas verksamhet bedömdes vara av väsentlig betydelse. Informationsinsatser kunde enligt utredningen generera fler ärenden, vilket i sin tur kunde ge bättre förutsättningar för en strukturerad återföring till vårdgivare och vårdenheter.

Patientnämnderna ska senast den sista februari varje år lämna en redogörelse över föregående års verksamhet till Socialstyrelsen. I och med att Inspektionen för vård och omsorg inrättades den 1 juni 2013 utökades patientnämndernas skyldighet till att också lämna årliga redogörelser till inspektionen.⁷ Nämnderna ska också göra tillsynsmyndigheten uppmärksam på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn. Även denna skyldighet är ny och trädde i kraft den 1 januari 2011. Från och med den 1 juni 2013 ska nämnderna i sådana ärenden vända sig till Inspektionen för vård och omsorg. Såväl regeringen som Patientsäkerhetsutredningen menade med lagändringen den 1 januari 2011 att patientnämnderna inte skulle ha någon uppgift av tillsynskaraktär. Icke desto mindre konstaterades att ett utökat erfarenhetsutbyte mellan patientnämnderna och tillsynsmyndigheten skulle kunna bidra till en säkrare vård. Information om risker för patientsäkerheten som patientnämnderna genom sin verksamhet får kännedom om bedömdes kunna vidareförmedlas till tillsynsmyndigheten inte enbart genom den årliga verksamhetsredogörelsen, utan när anledning härtill förelåg.⁸

Enligt 7 kap. 6 § patientsäkerhetslagen ska Inspektionen för vård och omsorg systematiskt tillvarata den information som pati-

⁵ Regeringens proposition (2009/10:210) *Patientsäkerhet och tillsyn*.

⁶ SOU 2008:117 *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?*.

⁷ Regeringens proposition (2012/13:20) *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

⁸ Regeringens proposition (2009/10:210) *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 156 och SOU 2008:117 *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?*, s. 402.

entnämnderna lämnar.⁹ Bestämmelsen innebär att inspektionen ska ha ett system för att ta till vara informationen från patientnämnderna. Myndigheten ska samla in, sammanställa och göra informationen användbar dels i sin egen tillsyn, dels för vårdgivare och andra som önskar ta del av den.¹⁰

Förslagen från patientsäkerhetsutredningen bl.a. om att nämnderna ska informera om sin verksamhet tycks ha haft en viss effekt. Det totala antalet ärenden till patientnämnderna har på 11 år stigit från 18 546 ärenden till 23 381 år 2011. Under 2012 ökade siffran ytterligare till 29 217 ärenden.¹¹ Ökningen kan, enligt Socialstyrelsen, bero på att patienterna har större kännedom om vart de kan vända sig.¹² Patientnämnderna beskriver att de har en ökad utåtriktad information till allmänheten/patienter om sin verksamhet, dessutom har vårdgivarna informationsskyldighet i samband med att en vårdskada inträffar enligt patientsäkerhetslagen. Medial uppmärksamhet bidrar, enligt myndigheten, troligen också till en ökad ärendeinströmning.

6.1.3 Socialstyrelsen och numera Inspektionen för vård och omsorg – ny ingång för anmälningar mot vården och dess personal

Den 1 januari 2011 ändrades lagstiftningen så att Socialstyrelsen efter anmälan skulle pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Vid samma tidpunkt upphörde Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) att efter anmälan pröva disciplinärenden mot hälso- och sjukvårdens personal. Socialstyrelsens uppdrag att hantera klagomål har den 1 juni 2013 gått över till Inspektionen för vård och omsorg.¹³

Tillsynsmyndigheten får i vissa fall överlämna klagomål till patientnämnden för åtgärd. Detta gäller enligt 7 kap. 10 § patientsäkerhetslagen bl.a. om klagomålet avser brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen. Till skillnad mot vad som gällde enligt tidigare lagstiftning, behöver patienten inte veta

⁹ Regeringens proposition (2012/13:20) *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

¹⁰ Regeringens proposition (2009/10:210) *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 215.

¹¹ Sammanställning av förvaltningen vid Stockholms patientnämnd.

¹² Socialstyrelsen (2012) *Sammanställning av Patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsen för år 2011.*

¹³ Regeringens proposition (2012/13:20) *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

eller peka ut vem som bär ansvar för det inträffade. Det ska istället vara tillräckligt att ange vilken händelse som klagomålet avser samt var någonstans händelsen inträffat.

Under 2011 fick Socialstyrelsen in 6 689 klagomål som rörde hälso- och sjukvården. Under år 2012 hade denna siffra ökat till 7 123.

Patientberättelser i lex Maria-anmälningar

När en patient drabbas av en allvarlig skada eller utsätts för allvarliga risker i hälso- och sjukvården skulle händelsen tidigare anmälas till Socialstyrelsen enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (lex Maria). Numera ska anmälan göras till Inspektionen för vård och omsorg.

Även av lex Maria-anmälningar kan patienterfarenheter framgå. Antalet anmälningar enligt lex Maria har i stort sett legat på samma nivå sedan 2009. År 2012 gjordes 2 143 anmälningar.

6.1.4 Patientförsäkringen

Om man som patient drabbas av en personskada i vården kan man under vissa förutsättningar ha rätt till patientskadeersättning. Med personskada förstås både fysisk och psykisk skada. Ett villkor som måste vara uppfyllt är att skadan har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. De närmare förutsättningar som ska vara uppfyllda för att ersättning ska lämnas finns förtecknade i patientskadelagen (1996:799). För kroppsskada som uppstått vid vård utomlands som en patient fått efter remiss från landstinget och under förutsättning att landstinget svarar för vårdkostnaden, kan patienten få ersättning ur en frivillig försäkring som tecknats av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF).

Samtliga vårdgivare är enligt patientskadelagen skyldiga att ha en patientförsäkring som täcker ersättning för skador som omfattas av lagen. Om verksamheten drivs av en privat vårdgivare som har avtal med en offentlig vårdgivare (enligt lagen statlig myndighet, landsting och kommun), är det den offentliga vårdgivaren som ska teckna försäkringen.

De försäkringsbolag (försäkringsgivare) som meddelar patientförsäkring ska ingå i en patientförsäkringsförening. Om det vid skadetillfället skulle visa sig att ansvarig vårdgivare saknar försäkring, svarar de försäkringsgivare som ingår i föreningen solidariskt

för den patientskadeersättning som skulle ha lämnats, om en patientförsäkring hade funnits. Det innebär att patienten inte ska riskera att bli lidande av att vårdgivaren saknar försäkring. Patientförsäkringsföreningen får ta ut en avgift från en vårdgivare för den tid som denne saknat försäkring.

Lagen är tvingande. Den enda tillåtna inskränkningen är sådan som beror på omständighet som inträffat efter skadehändelsen och som enligt försäkringsavtalslagen (2005:104) kan medföra begränsning av försäkringsgivarens skyldighet att utge försäkringsbelopp. Som exempel anger förarbetsuttalandena att den skadelidande inte tillräckligt begränsat sin skada.¹⁴

Endast skador av viss omfattning ersätts. Enligt patientskadelagen avräknas ett belopp om 5 procent av det prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken som gäller när ersättningen bestäms. Det innebär för 2012 en självrisk om 2 200 kronor. Vidare finns i lagen vissa begränsningar för hur mycket som kan lämnas i patientskadeersättning för varje enskild skadehändelse.

Enligt uppgift från LÖF inkom 2010 drygt 10 000 anmälningar till bolaget.¹⁵ Under 2011 inkom närmare 12 000 anmälningar och det går att se en viss fortsatt ökning. År 2012 anmäldes cirka 12 900 skador. LÖF bedömer att ökningen delvis kan vara en följd av den nya patientsäkerhetslagen. Lagen innebär – som tidigare nämnts – bl.a. en utökad upplysningsskyldighet från vårdgivare till patient och närstående vid vårdskada. Andelen ersättningskrav från patienter som beviljas ligger på omkring 40 procent. Under 2012 betalades det ut cirka 476 miljoner kronor i ersättning till patienter och efterlevande.

I de fall en patient eller annan skadelidande, vårdgivare eller domstol begär det ska en patientskadenämnd yttra sig över enskilda ersättningsfall. Regeringen utser en majoritet av nämndens ledamöter, varav hälften särskilt ska företräda patienternas intressen.¹⁶ Det är de försäkringsgivare som ingår i patientförsäkringsföreningen som tillsammans ska upprätthålla och bekosta nämnden och dess verksamhet.

¹⁴ Regeringens proposition (1995/96:187) *Patientskadelag m.m.*, s. 77

¹⁵ LÖF försäkrar samtliga landsting/regioner i Sverige, totalt cirka 90 procent av Sveriges vårdgivare.

¹⁶ Förordning (1996:992) om *Patientskadenämnden*.

6.1.5 Läkemedelsförsäkringen

Läkemedelsförsäkringen är en frivillig, kollektiv försäkring och är i motsats till patientförsäkringen inte reglerad i lag.¹⁷ Ersättning från försäkringen lämnas, enligt ett frivilligt åtagande från läkemedelsindustrins sida, under vissa förutsättningar för läkemedelsbiverkningar. En grundläggande förutsättning för att få ersättning för en läkemedelsskada från försäkringen är att tillverkaren eller importören av det skadebringande läkemedlet är medlem i Läkemedelsförsäkringsföreningen (LFF). Så gott som samtliga läkemedelsföretag som tillverkar eller importerar läkemedel till Sverige är medlemmar i föreningen. Täckningsgraden är f.n. 99 procent beräknat på andelen omsatta läkemedel. Ett tiotal läkemedelsbolag är inte anslutna.

Läkemedelsförsäkringen omfattar

- läkemedel som har köpts genom ett apotek i Sverige som är godkänt av Läkemedelsverket,
- läkemedel som används i svensk sjukvård,
- läkemedel som används i klinisk läkemedelsprövning,
- läkemedel som sålts av butik med tillstånd att sälja receptfria läkemedel.

Försäkringen gäller inte

- läkemedel som köpts på internet annat än via ett apotek som Läkemedelsverket godkänt,
- naturläkemedel eller homeopatiska läkemedel,
- receptbelagda läkemedel som har förskrivits till någon annan.

Beslut från Svenska läkemedelsförsäkringen AB, som är den instans som hanterar ansökningar om ersättning, kan överklagas till Läkemedelsskadenämnden. Nämnden behandlar också ärenden som är av principiellt intresse. Såväl den skadelidande som försäkringsgivaren kan lämna ärenden vidare till nämnden. Nämnden är en oberoende instans sammansatt av medicinskt sakkunniga, lekmän och jurister. Den består av åtta ledamöter jämte lika många suppleanter. Fyra ledamöter samt ordförande utses av regeringen. Två av dem ska företräda medicinsk sakkunskap och två patientintressen. Svenska läkemedelsförsäkringen AB utser tre ledamöter. Ordförande har

¹⁷ Uppgifterna i avsnittet är hämtade från www.lff.se

utslagsröst. Nämnden är rådgivande. Om försäkringsgivaren och den skadelidande inte blir överens kan ärendet överklagas till allmän domstol.

Antal anmälningar till Läkemedelsförsäkringen har under de senaste åren legat runt 500–750 per år. Ungefär en fjärdedel av de anmälda skadorna brukar bedömas som ersättningsbara. Det finns främst tre anledningar till att skador avböjs, nämligen

- utredningen bedömer att det saknas övervägande sannolikhet att läkemedlet orsakat skadan,
- patientens grundsjukdom bedöms vara svårare än den skada läkemedlet orsakat,
- sjukskrivningsperioden har varit kortare än tre månader.

6.2 Överväganden

6.2.1 Intresse och incitament för att tillvarata patienternas synpunkter

Det finns således en hel del erfarenheter att ta del av i olika former av patientklagomål. Det är samtidigt viktigt att understryka att patientklagomålen förmodligen är toppen på ett isberg. Socialstyrelsens vårdskademätning visar att det kan vara så många som drygt 100 000 patienter som skadas varje år i vården och så många som 3 000 som dör till följd av en vårdskada.¹⁸ Siffrorna kan exempelvis jämföras med att hälso- och sjukvården endast gör cirka 2 100 lex Maria-anmälningar per år och att det 2012 anmäldes 12 900 skador till Patientförsäkringen LÖF. Mot denna bakgrund är det angeläget att ta alla tillfällen i akt att ta tillvara patienternas synpunkter från de olika instanser de kan vända sig till med sina klagomål. Patienternas anmälningar behövs för att få en mer komplett bild av verkligheten.

Patientförsäkringen LÖF

Ett exempel på hur patientberättelser konkret används är LÖF:s arbete med patientsäkerhet/skadeförebyggande verksamhet utifrån det de ser i anmälningar till patientförsäkringen. Varje år återför

¹⁸ Socialstyrelsen (2008) *Vårdskador inom somatisk slutenvård*.

LÖF uppgifter om beslutade skadeanmälningar.¹⁹ LÖF skickar ut material till landstingen i syfte att man ska lära av skadorna och förhindra att de inträffar igen. Informationen finns också i ett interaktivt program som redovisas på landstings- och sjukhusnivå. Statistiken bygger på patienternas egna rapporter om vad som har hänt. Den är oberoende av vårdpersonalens rapportering. Volymen i databasen av anmälda och utredda skador är större än i något annat system i Sverige. Materialet ger en överblick av inträffade skador inom svensk sjukvård.

Utifrån analyser av anmälningsärendena arbetar LÖF med olika projekt för att minska skadorna i vården. Projekten handlar t.ex. om Säker förlossningsvård, Checklista för säker Kirurgi och Mot läkemedelsförväxlingar. Incitamentet för LÖF:s patientsäkerhetsarbete handlar naturligtvis bl.a. om att minska försäkringstagarnas (landstingens) skadekostnader genom att få ner antalet vårdskador.

The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust

Ett annat exempel på vikten av att lyssna till patienter kommer från Storbritannien. I februari 2013 publicerades en omfattande utredning om missförhållanden vid sjukhuset i Stafford.²⁰ Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, som är en del av det statliga engelska sjukvårdssystemet National Health Service (NHS) är den organisation som är ansvarig för sjukhuset. Bakgrunden till utredningen var att det hade uppdagats allvarliga missförhållanden i vården på sjukhuset mellan 2005 och 2009. Rapporten bygger på över 250 vittnesmål och över en miljon sidor dokumentation. I rapporten konstateras att patienterna hade utsatts för allvarliga brister framför allt i den basala omvårdnaden. De mest grundläggande kvalitetskraven följdes inte. Äldre och sårbara patienter lämnades otvättade, utan mat och dryck. De fick inte hjälp med matning, toalettbesök etc. och bemöttes inte med värdighet och respekt.

Ett av syftena med utredningen var att undersöka varför dessa brister, som förelegat under flera år, inte upptäcktes tidigare. De allvarliga missförhållandena upptäcktes först i samband med att dödsfallsstatistiken visade att antalet dödsfall vid sjukhuset avvek kraftigt i förhållande till jämförbara sjukhus. Återkommande kla-

¹⁹ Informationen är hämtad från www.patientforsakringen.se

²⁰ Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust. Public Inquiry (2013).

gomål från en grupp patienter och deras närstående bidrog också till att missförhållandena avslöjades.

I rapporten konstateras att stiftelsen hade ignorerat varnings-signaler på en dålig vård och satt stiftelsens egenintresse och kostnads kontroll framför patienterna och deras säkerhet. Men det är inte bara stiftelsen som ifrågasätts i rapporten utan hela hälso- och sjukvårdssystemet. Frågan ställs varför den undermåliga vården kunde fortgå och inte upptäcktes tidigare i ett genomreglerat sjukvårdssystem som det engelska med en lång rad kvalitets- och kontrollinstrument.

Rapporten avslutas med 290 rekommendationer för att ändra på den kultur som rått och för att skapa en gemensam patientcentrerad kultur inom hälso- och sjukvårdsorganisationen.

En bättre klagomålshantering

Utredningen konstaterar i delbetänkandet *Patientlag* att patienten historiskt sett har haft en svag ställning gentemot hälso- och sjukvården och vårdprofessionerna.²¹ Man kan fundera över om det är patientens historiska underordning i hälso- och sjukvården som återspeglas i att patientens synpunkter inte tillvaratas i tillräcklig omfattning i hälso- och sjukvården. Många gånger hävdas det att patientens synpunkter rör ”mjuka” bemötandefrågor. Som utredningen också framhåller i delbetänkandet kan emellertid negativa och kränkande bemötanden i vården leda till otrygghet, frustration och även i vissa fall medicinskt sämre resultat.²² Av patientnämndernas statistik framgår dessutom att det inte är bemötandearärenden utan behandlingsärenden som dominerar bland nämndernas ärenden.

Det finns självfallet många skäl till att ta tillvara patientsynpunkter i klagomåls- och anmälningsärenden. Alla klagomål handlar inte om att en skada faktiskt inträffat, utan kan röra vitt skilda kvalitets- och säkerhetsbrister som patienten har upplevt. Många företag i andra branscher arbetar aktivt med klagomålshantering och ser det som en möjlighet för att förstå sina kunders behov och att införa konkreta förbättringar i företaget. Den enskilda vårdenheten kan således ha mycket att lära av klagomålen. I Stockholm leder t.ex. 22 procent av patientnämndernas ärenden till förbättringsåtgärder hos vården. I en studie i Storbritannien konstateras

²¹ SOU 2013:3 *Patientlag*, s. 65.

²² A. a. s. 71 ff.

att patienter kan identifiera faktorer som bidrar till att vården blir osäker.²³ I studien fick patienter beskriva sin senaste vårdepisod utifrån ett strukturerat underlag. Svaren kodades och analyserades. På 13 av 20 områden kunde patientberättelsen bidra till en ökad patientsäkerhet. Det var särskilt lokala arbetsförhållanden som kommunikation, tillgänglighet och utrustning som kommenterades av patienterna.

Förutom att den enskilda vårdenheten tar till sig och arbetar med patientklagomål är det angeläget att denna stora kunskapsmassa systematiskt ställs samman och analyseras. På regional nivå kan underlaget t.ex. användas för styrning och uppföljning, bl.a. för uppföljning av ingångna avtal där hälso- och sjukvård upphandlats från privata vårdgivare. Utredningen har fått del av exempel från patientnämnderna där ärendena har använts på detta sätt. Patientnämndsärenden har också lett till förändringar i regelverk och rutiner som i sin tur ökade patientsäkerheten och ibland också minskade kostnaderna för landstingen.

I ett nationellt perspektiv kan systematiska sammanställningar och analyser exempelvis visa på problem inom något specialistområde som förekommer på många olika håll i landet eller uppmärksamma helt nya företeelser eller riskområden.

6.2.2 Nationellt perspektiv

Utredningens bedömning: Regeringen bör ge Inspektionen för vård och omsorg i uppdrag att utveckla system för att aggregera, analysera, sammanställa och återföra erfarenheter från bl.a. anmälnings- och klagomålsärenden.

Socialstyrelsens arbete med patientnämndernas årliga redogörelser

Skyldigheten för patientnämnderna att lämna årliga redogörelser till Socialstyrelsen har funnits sedan lagen om patientnämndsverksamhet m.m. trädde i kraft 1999. Hur Socialstyrelsen skulle hantera redogörelserna berördes inte i propositionen.²⁴ Den 1 januari 2011 skärptes lagstiftningen genom att det i patientsäkerhetslagen

²³ Developing a patient measure of safety (PMOS), Sally J Giles, Quality and Safety in Health Care 2013;0:1–9.

²⁴ Regeringens proposition (1998/99:4) *Stärkt patientinflytande*.

(2010:659) infördes en bestämmelse om att Socialstyrelsen systematiskt skulle tillvarata den information som patientnämnderna lämnar (7 kap. 6 §). Bestämmelsen innebär att myndigheten ska ha ett system för att ta till vara informationen från patientnämnderna.²⁵

I praktiken har rapporteringen från nämnderna till Socialstyrelsen gått till så att de årliga verksamhetsberättelser som de flesta patientnämnder utarbetar har skickats till Socialstyrelsen. Fram t.o.m. 2010 skickades också en särskild blankett med vissa statistiska uppgifter till Socialstyrelsen.

Hitintills har Socialstyrelsen – med några enstaka undantag – inte sammanställt informationen på nationell nivå. En svårighet har varit att redovisningarna har sett så olika ut. Under 2011 inleddes en översyn av vad patientnämnderna ska leverera till Socialstyrelsen. I och med att Inspektionen för vård och omsorg inrättades den 1 juni 2013 utökades nämndernas skyldighet att lämna årliga redogörelser också till inspektionen. Det är inspektionen som enligt 7 kap. 6 § patientsäkerhetslagen numera ska svara för att systematiskt ta tillvara den information som patientnämnderna lämnar.

Socialstyrelsens arbete med tillsynsaterföring

Vid sidan av patientnämndernas årsredogörelser hanterade Socialstyrelsen fram till den 31 maj 2013 patientklagomål och lex Maria-anmälningar. Tillsammans med patientnämndernas ärenden blir detta ett relativt stort antal klagomåls- och anmälningssärenden. Det finns ett stort värde med att sammanställa mer generaliserbara synpunkter ur patientberättelser och anmälningssärenden på en aggregerad nivå. Anmälningar till patientförsäkringen och läkemedelsförsäkringen är inte generellt tillgängliga för någon myndighet utan hanteras av försäkringsbolag. Detta hindrar inte att ett samarbete kan inledas på en mer övergripande nivå.

Det handlar om att kunna kategorisera ärendena bl.a. med avseende på vilka verksamheter klagomålet/anmälan avser, vad klagomålen/anmälningarna har handlat om, de åtgärder som vidtagits samt att identifiera områden där utvecklingen framstår som oroande ur kvalitets- eller patientsäkerhetssynpunkt.

Socialstyrelsens *system* för att på en aggregerad nivå ta tillvara erfarenheter från tillsynen har emellertid varit outvecklat. Socialstyrelsen hade tidigare en riskdatabas med alla lex Maria-ärenden

²⁵ Regeringens proposition (2009/2010:210) *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 215.

sedan 1992 och alla HSAN-beslut i nämnd sedan 1996. År 2004 innehöll databasen sammanlagt 20 000 händelser. Riskdatabasen lades emellertid ner i mitten av 2000-talet, p.g.a. bristande funktionalitet. Under 2006 startades ett arbete med att ta fram en ny databas/ett nytt riskregister – Klara. Klara var tänkt som ett IT-stöd för vård och omsorg som skulle öka lärandet mellan olika verksamheter. I Klara skulle användaren kunna läsa lex Maria-beslut och söka efter händelser, orsaker och effektiva åtgärder i den egna och andras verksamheter. En förutsättning för Klara var att landstingen ville medverka och använda databasen vid sin avvikelshantering. Då intresset från landstingens sida var begränsat avslutades projektet under 2010.

Myndigheten har samtidigt arbetat med att bygga upp ett nytt dokumenthanteringssystem (DHS). Under senare år har ett utvecklingsarbete påbörjats för att med stöd av DHS också kunna förbättra tillsynsåterföringen på en aggregerad nivå.

Detta betyder inte att Socialstyrelsen inte har arbetat med att återföra erfarenheter från tillsynen, framför allt med utgångspunkt från ”manuella” genomgångar av lex Maria-anmälningar. Man har i olika former publicerat händelser som man sett i tillsynen. I dag finns en särskild ingång för patientsäkerhet på Socialstyrelsens webb-plats.²⁶ Myndigheten har också sedan 2010 i uppdrag av regeringen att senast den 1 maj varje år lämna årliga tillsynsrapporter. I tillsynsrapporten som rör 2011 års tillsyn redovisas bl.a. Socialstyrelsens klagomålshantering.²⁷ Patientsynpunkter redovisas också från annan typ av tillsyn, t.ex. från samtal med äldre personer vid äldretillsynen.

Inspektionen för vård och omsorg

När nu Inspektionen för vård och omsorg sedan den 1 juni 2013 har tagit över tillsynsuppgifterna från Socialstyrelsen är det angeläget att myndigheten bygger upp system för att aggregera, analysera, sammanställa och föra ut vad man har sett i tillsynen. Detta gäller både för klagomåls- och anmälningsärenden som för annan form av tillsyn.

För att få en större kritisk massa är det önskvärt att den information som patientnämnderna lämnar, som inspektionen har ansvar

²⁶ www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

²⁷ Socialstyrelsen (2012) *Tillsynsrapport 2012*.

för att systematiskt ta tillvara och förmedla, kan sammanställas på motsvarande sätt eller inordnas i systemet.²⁸

Det ligger helt i linje med regeringens ambitioner i den proposition där inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg föreslås.²⁹ Regeringen konstaterar i propositionen att den nya tillsynsmyndigheten enligt regeringens bedömning behöver utveckla metoder, statistik, uppföljning och andra insatser i tillsynen. Vidare är det regeringens uppfattning att kunskapsåterföringen av tillsynens iakttagelser är viktig och behöver utvecklas.³⁰ Slutligen konstaterar regeringen att myndigheten behöver utveckla rutiner för att bättre än i dag kunna planera tillsyn grundad på egen riskanalys och riskbedömning när indikatorer på allvarliga kvalitetsproblem finns.³¹

Det handlar om att använda tillsynens erfarenheter för att utveckla tillsynen och bidra till en god och säker vård. Tillsynsprocessen skulle kunna illustreras som i bilden nedan.

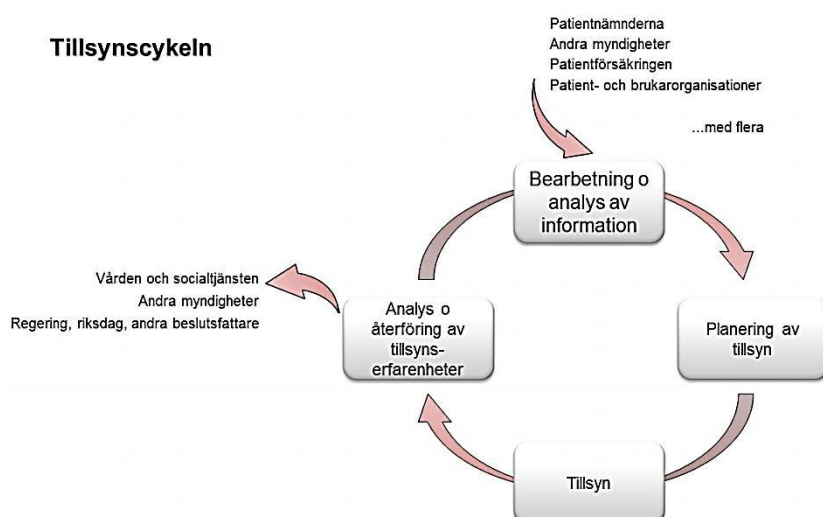
²⁸ Se avsnitt 5.2.3.

²⁹ Regeringens proposition (2012/13:20) *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

³⁰ A. prop. s. 91.

³¹ A. prop. s. 92.

Figur 1 Tillsynsnyckeln



Källa: Socialstyrelsen.

Tillsynens egna erfarenheter, bl.a. utifrån patientklagomålen, kan tillsammans med andra underlag vara ett inflöde när inspektionen ska utveckla den riskbaserade tillsynen. Det kan handla om en rad underlag från olika aktörer, exempelvis från patientnämnderna, uppföljnings- och utvärderingsrapporter från landstingen och olika myndigheter, patient- och läkemedelsförsäkringen, patient- och brukarorganisationer etc. Utflödet i processen är tillsynsåterföring till en rad olika mottagare för att de ska kunna medverka till att vården och omsorgen utvecklas.

Det behövs robusta system för att hantera så stora informationsmängder som det här är fråga om. Som beskrivits ovan har Socialstyrelsen på olika sätt försökt bygga upp sådana system. Enligt utredningens bedömning är det viktigt att Inspektionen för vård och omsorg får ett tydligt uppdrag och de resurser som behövs för att åstadkomma en långsiktigt stabil struktur för tillsynsplanering och tillsynsåterföring. En sådan funktion bör samarbeta med patientnämnderna och skulle också kunna stödja patientnämnderna med analys av data på regional nivå. Många av patientnämndernas förvaltningar är knappt bemannade och saknar resurser och/eller kunskaper för att analysera sina ärenden på en aggregerad nivå.

6.2.3 Regionalt perspektiv

Utredningens bedömning: Patientnämndernas erfarenheter bör i större utsträckning tas till vara i ett styrnings- och ledningsperspektiv i landsting och kommuner.

Inspektionen för vård och omsorg bör, i samverkan med patientnämnderna, arbeta fram en modell så att man systematiskt kan tillvarata den information som patientnämnderna lämnar.

Patientnämnderna arbetar aktivt med att återföra händelser till de vårdgivare som har fått klagomål på sin verksamhet. Ärenden som kommer till patientnämnderna återkopplas vanligen till verksamhetschef/motsvarande med begäran om ett muntligt eller skriftligt yttrande. Yttrandena återkopplas i sin tur till anmälaren.

Utredningen har genom en enkät till landstingens patientnämnder kartlagt hur nämnderna på en mer aggregerad nivå arbetar med att återföra sina erfarenheter regionalt. Av 21 patientnämnder besvarade 20 utredningens förfrågan.

Av svaren framgår att patientnämndernas kunskap och erfarenheter efterfrågas aktivt av verksamheterna i cirka hälften av landstingen. De används som underlag i det egna kvalitetsarbetet, till patientsäkerhetsberättelser och som en del i övriga avvikelssystem. Patientnämnderna medverkar också i personalutbildning, vid ledningsgruppsmöten och arbetsplatsträffar etc. Det handlar om att redovisa avidentifierade ärenden och statistik. Vad gäller statistiska uppgifter skiljer det sig mellan nämnderna med vilka tidsintervall sådana uppgifter redovisas till respektive verksamhet. Vissa nämnder redovisar statistiken löpande, andra per kvartal, per halvår eller en gång per år. Utredningens intryck är att den nya patientsäkerhetslagen har inneburit ett större intresse från verksamheterna att få del av patientnämndernas erfarenheter. Några patientnämnder samarbetar även med landstingets patientsäkerhetsfunktion.

Att andra beslutsnivåer i landsting och kommuner, t.ex. region/landstingsstyrelse, hälso- och sjukvårdsnämnd, socialnämnd eller landstingsledningen efterfrågar nämndernas erfarenheter är mindre vanligt. Patientnämnderna sprider visserligen sina årliga verksamhetsberättelser till ett stort antal mottagare i landstingen och kommunerna, men många nämnder har liten kunskap om hur berättelserna hanteras på olika nivåer. Det förekommer emellertid att nämnderna medverkar och föredrar delårs- och årsrapporter

t.ex. i landstingsfullmäktige, landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Intresset från kommunerna är extremt lågt.

Många patientnämnder informerar – på eget initiativ – olika politiska nämnder och även på tjänstemannanivå om iakttagelser av större vikt. Det kan exempelvis handla om problem som rör flera olika verksamheter som att bevaka och meddela patienter svar efter undersökningar/provtagning och om barnperspektiv i vården.

Patientnämndernas kanslier har mycket olika bemanning, vilket naturligtvis påverkar deras möjlighet att arbeta proaktivt. En patientnämnd framför t.ex. följande i sitt enkätsvar. ”På grund av begränsade personella resurser (två utredare, varav en chef) görs ganska försiktig ”reklam” för möjligheten till mer aktiv återföring och deltagande, eftersom en kraftigt ökad efterfrågan skulle vara svår att tillgodose p.g.a. negativ påverkan på telefontillgängligheten för patienter och närstående. Det är en mycket svår avvägning mellan olika delar i kansliets uppdrag.”

Avslutningsvis anser en majoritet av nämnderna att deras erfarenheter tas tillvara i alldeles för liten utsträckning i styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården, såväl inom landstingen som inom kommunerna. Utredningen delar patientnämndernas uppfattning i denna del. Nämndernas kunskap och erfarenheter bör kunna tas tillvara i betydligt större utsträckning i landstingen och kommunerna. Den stora erfarenhet nämnderna besitter är unik i sitt slag och borde vara ett viktigt redskap vid styrning och utveckling av vården.

Utredningen har övervägt om det i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. bör föras in en bestämmelse om att nämnderna ska rapportera iakttagelser till landstingsfullmäktige, landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnd etc. Utredningen anser emellertid inte att en sådan lagändring skulle få någon större effekt. Det är svårt att kommendera fram ett samarbete lagstiftningsvägen. En positiv utveckling skulle i stället kunna uppnås genom att man i hälso- och sjukvården verkligen inser nyttan av och värdet med att ta del av patienternas synpunkter för att utveckla hälso- och sjukvården. Inte minst visar exemplet från sjukhuset i Stafford på vikten av ett sådant förhållningssätt.³²

Patientnämnderna samarbetar i ett nationellt nätverk. Inom ramen för detta samarbete pågår ett projekt som handlar om hur man ska kunna utveckla nämndernas ärenderegistrering, så att den

³² Se avsnitt 6.2.1.

blir mer enhetlig. Arbetet kompliceras emellertid av landstingens självständiga ställning. Bland patientnämndernas kanslier finns en stor efterfrågan på ett nationellt enhetligt system, för att få en jämförbar och transparent bild av patienternas upplevelser av brister i hälso- och sjukvården. Det har gjorts försök att få Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att arbeta med frågan på samma sätt som de har byggt upp den landstingsgemensamma väntetidsdatabasen. Enligt utredningens uppfattning är det en angelägen uppgift för Inspektionen för vård och omsorg att, i samverkan med patientnämnderna, arbeta fram en modell så att man kan uppfylla lagstiftningens krav att systematiskt tillvarata den information som patientnämnderna lämnar.³³ På så sätt kan man använda erfarenheter från de cirka 30 000 patientärendena.³⁴

³³ Se avsnitt 6.2.2.

³⁴ Sammanställning av förvaltningen vid Stockholms patientnämnd.

7 Konsekvenser av förslagen

7.1 Inledning

Enligt 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) ska en utredning redovisa vilka konsekvenser som utredningens förslag får för kostnader och intäkter för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda. En beräkning av eventuella konsekvenser samt, i förekommande fall, förslag till finansiering ska också redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ska dessa redovisas.

Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen, ska detta också redovisas.

Om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler ska föreskrifternas konsekvenser redovisas i en konsekvensutredning i enlighet med bestämmelserna i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

7.2 Ekonomiska konsekvenser

<p>Utredningens bedömning: Utredningens förslag medför inga nämnvärda kostnader för staten, landsting eller kommuner.</p>
--

Patientmaktsutredningens förslag till en ny lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen) innebär – utöver förslaget om ökat planeringsansvar – i sak inga nämnvärda nya åtaganden för vare sig staten eller sjukvårdshuvudmännen. Utred-

ningens förslag i kapitel 3 innebär att vissa bestämmelser från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) förs över i stort sett oförändrade till organisationslagen, medan andra bestämmelser endast har omarbetats språkligt och/eller redaktionellt. I begränsad utsträckning föreslås nyskrivna bestämmelser i organisationslagen. Dessa har i huvudsak tillkommit i förtydligande syfte – t.ex. föreslås vissa nya definitioner i organisationslagen – eller som en konsekvens av utredningens förslag i delbetänkandet *Patientlag*.¹

I organisationslagen förs in en ny bestämmelse om att barnets bästa ska beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 6 § patientlagen (2013:000). För att tydliggöra att detta även är ett organisatoriskt ansvar har utredningen ansett det befogat att föra in bestämmelsen även i organisationslagen. Enligt utredningens mening bör förslaget inte medföra några väsentliga konsekvenser för hälso- och sjukvårdens verksamheter. Det får förutsättas att vårdgivare redan i dag arbetar med barnets bästa framför ögonen.

Utredningen föreslår i 4 kap. 2 § lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet att landstinget ska planera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet med utgångspunkt i behovet av vård hos de som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. Förslaget är en konsekvens av utredningens förslag i delbetänkandet *Patientlag* om ett fritt val av utförare i öppen vård utanför landstingsgränserna, men också en konsekvens av att landstingens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård har utökats under senare år. Landstingen har numera bl.a. ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till förmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 m.fl. Landstingen ansvarar även för att erbjuda hälso- och sjukvård åt vissa utlänningar enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd.² Utredningens förslag i detta delbetänkande innebär att landstingets planeringsansvar utvidgas till att gälla alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

Liksom vid all planering av hälso- och sjukvård kan det finnas betydande osäkerhetsfaktorer som kan försvåra en planering. Enligt utredningens mening finns det emellertid också situationer som landstinget har en bättre överblick över. Det kan t.ex. handla om

¹ SOU 2013:2 *Patientlag*.

² Prop. 2012/13:109, bet. 2012/13:SoU20, rskr. 2012/13:230.

vårdsökande från ett närliggande landsting där kommunikationerna gör det smidigare för patienterna att söka vård på andra sidan landstingsgränsen. Att ha en viss framförhållning för sådana situationer borde underlätta landstingets möjlighet att ge dessa patienter en god vård. I delbetänkandet *Patientlag* redovisar utredningen statistik från Sveriges Kommuner och Landsting som visar att utomlänsvården svarar för cirka 4 procent av den totala nettokostnaden för samtliga landstings hälso- och sjukvård.³ I den summan ligger även hälso- och sjukvård i annat landsting efter remiss från hemlandstinget, akutvård, transporter och resor som bekostas när en patient remitteras till vård i annat landsting samt slutna vård. Enligt utredningens bedömning innebär förslaget en mindre utökning av landstingets planeringsansvar, som inte bör innebära någon nämnvärd ökad kostnad för landstinget.

Utredningens förslag om att 4 § lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter m.m. ska upphävas innebär enligt utredningens uppfattning inga ekonomiska konsekvenser för landstingen. Bestämmelsen innebär en möjlighet att visstidsanställa läkare med specialistkompetens. Som utvecklas i avsnitt 3.9 finns det genom annan lagstiftning möjlighet för landstingen att visstidsanställa arbetstagare utan att det behöver regleras i särskild ordning.

7.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Utredningens bedömning: Förslaget om ett ökat planeringsansvar för landstinget medför viss konsekvens för den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen i den kommunala självstyrelsen bedöms dock som godtagbar för att uppnå att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård ska erbjudas en god vård på lika villkor.

Som framgår i avsnitt 7.2 innebär utredningens förslag i detta delbetänkande att landstingets planeringsansvar utvidgas till att gälla alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. Förslaget är dels en konsekvens av utredningens förslag i delbetänkandet *Patientlag*, dels en konsekvens av att landstingens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård har utökats under senare år.

³ SOU 2013:2 *Patientlag*, s. 251 ff.

Även om förslaget i och för sig medför konsekvenser för den kommunala självstyrelsen är det enligt utredningens bedömning proportionerligt med hänsyn till de ändamål som har föranlett förslaget. Syftet är att de patienter som landstinget – enligt tidigare beslut och förslag – ansvarar för att erbjuda en god vård på lika villkor också bör omfattas av landstingets planering av hälso- och sjukvård.⁴

7.4 Övriga konsekvenser

Utredningens bedömning: Utredningens förslag i betänkandet får inte någon inverkan på de områden som i övrigt nämns i kommittéförordningen.

Som nämndes inledningsvis innebär utredningens förslag till ny lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet få nya materiella bestämmelser.

Utredningen gör bedömningen att den lagtekniska översyn som utredningen gjort inte får någon påverkan på brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning 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.

⁴ A.a., s. 256 ff.

8 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Lagförslagen träder i kraft den 1 januari 2015.

En särskild övergångsbestämmelse förs in i lagen om upphävande av lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter, m.m., med innebörden att den upphävda lagen fortsatt ska tillämpas på beslut om anställningar som fattats enligt lagen.

Utredningens bedömning: Några övergångsbestämmelser bör inte vara nödvändiga beträffande förslaget till lag (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen).

Patientmaktsutredningen föreslog i betänkandet SOU 2013:2 *Patientlag* att den nya patientlagen ska träda i kraft den 1 januari 2015, för att ge samtliga aktörer goda förutsättningar att förbereda inför ikraftträdandet. I slutbetänkandet föreslår utredningen en ny lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet som ska ersätta nu gällande hälso- och sjukvårdslag (1982:763, HSL), en lag om upphävande av lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter, m.m., samt ett antal följdändringar i annan lagstiftning.

Organisationslagen innehåller i huvudsak befintliga bestämmelser från HSL och kräver i sig inte något långt genomförande.

Övergångsbestämmelser

Utredningen bedömer inte att det behövs några särskilda övergångsbestämmelser till den nya organisationslagen.

Vad gäller utredningens förslag till lag om upphävande av lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m. har utredningen erfarit att det finns ett fåtal läkare anställda enligt bestämmelserna i den lag som föreslås upphävas. Utredningen gör bedömningen att förutsättningarna för redan ingångna avtal inte bör förändras, och föreslår därför en övergångsbestämmelse med innebörden att den upphävda lagen även fortsättningsvis ska tillämpas avseende avtal som har ingåtts med stöd av bestämmelserna i den upphävda lagen. I övrigt gör utredningen bedömningen att det inte behövs ytterligare övergångsbestämmelser till lag om upphävande av lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m.

9 Författningskommentar

9.1 Förslaget till lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

AVDELNING I INLEDANDE BESTÄMMELSER

1 kap. Innehåll, definitioner m.m.

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om

- 1. vårdgivarens ansvar, (2–3 kap.)*
- 2. landstingets ansvar som huvudman, (4–8 kap.)*
- 3. kommunens ansvar som huvudman, (9–12 kap.)*
- 4. gemensamma bestämmelser för huvudmännen, (13–16 kap.)*
- 5. bemyndiganden och befogenheter, (17–18 kap.)*

Bestämmelsen är ny och utgör en översiktlig innehållsförteckning.

2 § Målet för hälso- och sjukvårdsverksamheten i landet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Begreppet hälso- och sjukvård i lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet, organisationslagen, behandlas i avsnitt 3.3.1.

Paragrafen motsvarar 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, med något ändrad språklig utformning. I första stycket har begreppet ”hälso- och sjukvård” bytts ut mot ”hälso- och sjukvårdsverksamheten i landet”, i avsikt att uppnå överensstämmelse med definitionen av hälso- och sjukvård i organisationslagen (se 4 § nedan). Det nya begreppet avser att tydliggöra att målsättningsparagrafen omfattar samtliga aktörers verksamhet inom hälso- och

sjukvårdsområdet, personal, vårdgivare, huvudmän och även statliga myndigheters olika insatser på området. Någon förändrad innebörd av paragrafen är inte avsedd.

Två redaktionella ändringar har också gjorts i *andra stycket*. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 20 ff. och s. 112 ff. samt i prop. 1996/97:60 s. 40 f.

3 § Vad som sägs i denna lag om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting.

Bestämmelserna i lagens avdelning IV gäller de kommuner som inte ingår i ett landsting enbart i de fall det är särskilt föreskrivet.

Paragrafens *första stycke* motsvarar i sak 3 § första stycket fjärde meningen HSL, med redaktionella ändringar. Förarbeten till detta stycke finns i 1981/82:97 s. 32 ff.

Paragrafens *andra stycke* motsvarar i sak 17 § HSL, med vissa redaktionella ändringar. Förarbeten till detta stycke finns i prop. 1990/91:14 s.152.

4 § Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna.

I fråga om tandvård finns särskilda bestämmelser

Bestämmelsen motsvarar 1 § HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 110 ff. och prop. 1991/92:152 s. 11 ff.

5 § Med huvudman avses i denna lag den som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 3.3.2.

Syftet med den nya bestämmelsen är att definiera begreppet huvudman. Begreppet är tillsammans med vårdgivarbegreppet avgörande i fördelningen av ansvar mellan de olika aktörerna inom vårdområdet. Av definitionen följer att det centrala i huvudmannabegreppet är ansvaret för att vård erbjuds. Huvudmannen har inte någon skyldighet att bedriva vården i egen regi utan utförandet av vården kan överlåtas på annan. Huvudmannen har dock alltid kvar det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt geogra-

fiska område. I denna lag regleras landstingens och kommunernas huvudmannansvar.

6 § Med vårdgivare avses i denna lag statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen bedriver samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 3.3.3.

Syftet med bestämmelsen är att definiera vem som är vårdgivare. Vårdgivarna har ett särskilt ansvar för patienter och andra i samband med den direkta hälso- och sjukvården. Definitionen omfattar samtliga utförare av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vårdgivare som är underställda de offentliga huvudmännen likställs med vårdgivare som arbetar i annan regi. Även vårdgivare som är underställda en huvudman vars verksamhet inte regleras i organisationslagen, exempelvis vårdgivare som tillhandahåller elevhälsa åt en skolhuvudman eller en statlig myndighet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, omfattas av definitionen och ska uppfylla kraven i organisationslagen i tillämpliga delar. Vårdgivare med helt privat finansiering omfattas också av lagens bestämmelser, såvida inte något annat anges.

7 § Med sluten vård avses i denna lag hälso- och sjukvård som ges till en patient som är inlagd vid en vårdinrättning.

Paragrafen motsvarar 5 § första stycket andra meningen HSL, med vissa redaktionella ändringar i syfte att modernisera språket och tydliggöra vad som avses. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 72 f. och s. 120 f. samt i prop. 1994/95:195 s. 80 f.

8 § Med öppen vård avses i denna lag annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

Paragrafen motsvarar 5 § första stycket tredje meningen HSL med vissa språkliga ändringar i syfte att modernisera språket. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 72 f. och s. 120 f. samt i prop. 1994/95:195 s. 46 f. och s. 80 f.

9 § Med rikssjukvård avses i denna lag hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting med tillstånd enligt 18 kap. 3 § och som samordnas med landet som upptagningsområde.

Rikssjukvårdens reglering i organisationslagen behandlas i avsnitt 3.3.4.

Paragrafen motsvarar i sak 9 a § första stycket HSL, förutom hänvisningen till 18 kap., och utgör en definition av rikssjukvård. I nu gällande bestämmelser i HSL finns tillståndskravet i omedelbar anslutning till övriga materiella regler om rikssjukvård. I utredningens förslag till organisationslag har Socialstyrelsens tillståndsgivning istället reglerats separat i ett kapitel innehållande befogenheter för statliga myndigheter. Därmed finns ett behov av en hänvisning dit. Bestämmelsen i nuvarande HSL om att rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas flyttas till förordning. Någon ändring i sak är inte avsedd. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2005/06:73 s. 16 ff.

10 § Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Paragrafen motsvarar 5 § första stycket fjärde meningen HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1994/95:195 s. 46 ff. och s. 80 f.

11 § Hälso- och sjukvårdsverksamheten i landet ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Paragrafen motsvarar i sak 2 c § HSL enligt förslaget i SOU 2013:2. En redaktionell ändring har gjorts i syfte att uppnå överensstämmelse med definitionen av hälso- och sjukvård. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1984/85:181 s. 94 ff.

Särskilt ansvar avseende barn

12 § Barnets bästa ska beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn.

Bestämmelsen är ny och behandlas i avsnitt 3.3.5.

Paragrafen motsvarar 1 kap. 6 § i patientlagen enligt förslaget i SOU 2013:2. Bestämmelsens placering innebär att den är tillämplig både på huvudmän och på vårdgivare.

Syftet med bestämmelsen är att fastslå att principen om barnets bästa måste beaktas vid alla beslut som rör barn och överallt där hälso- och sjukvård ges till barn, även vid beslut om organisatoriska frågor. Vad barnets bästa är måste avgöras i det enskilda fallet, och överväganden avseende detta ska vara en del i samtliga beslutsprocesser där barn berörs.

13 § Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

- 1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,*
- 2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller*
- 3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.*

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.3.5.

Paragrafen motsvarar i sak 2 g § HSL med en redaktionell ändring i syfte att undvika konflikt med definitionen av hälso- och sjukvård. Förarbeten till paragrafen finns i prop. 2008/09:193 s. 10 ff.

14 § Hälso- och sjukvårdsverksambeter ska på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.3.5.

Paragrafen motsvarar i sak 2 f § första meningen HSL. 2 f § har delats upp i två separata paragrafer för att underlätta läsning, se efterföljande paragraf.

Förslaget innehåller en mindre redaktionell ändring för att uppnå överensstämmelse med definitionen av hälso- och sjukvård. I

nu gällande lydelse innehåller 2 f § även hänvisningar till bestämmelser i andra lagar om tystnadsplikt, sekretess och anmälnings- skyldighet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) är av fundamental betydelse för alla som arbetar inom hälso- och sjukvårdens verksamheter och har betydelse i många varierande situationer. Hänvisningarna i fråga rör etablerade skyldigheter som får förutsättas vara väl kända inom hälso- och sjukvårdsverksamheter och för dess personal, och har utgått ur lagstiftningen. Någon förändring i sak är inte avsedd. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2002/03:53 s. 62 ff.

15 § Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.3.5.

Bestämmelsen motsvarar i sak 2 f § andra stycket HSL med redaktionella ändringar i syfte att uppnå överensstämmelse med socialtjänstlagens bestämmelser. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2002/03:53 s. 62 ff.

AVDELNING II VÅRDGIVARENS ANSVAR

2 kap. Verksamheten

1 § Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera sin verksamhet på ett sätt som leder till att patienten får en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet och att övriga krav i denna avdelning uppfylls.

Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.4.1.

Paragrafens första stycke har inte någon direkt motsvarighet i HSL. Paragrafen omfattar emellertid 2 a § första meningen och 1, delar av 2 a § 5 samt delar av 28 § HSL.

I bestämmelsen anges vad vårdgivarens övergripande verksamhetsansvar innebär. Syftet är att tydliggöra och lagfästa vårdgivarens ansvar för vårdkvalitet och uppfyllande av andra lagenliga skyldigheter gentemot patienterna. Utredningen har valt att inte längre definiera god vård i lagtexten utan har i stället framhållit

vikten av att den vård som ges är god, säker och av hög kvalitet. Samtliga krav som ställs på vårdgivaren ska uppfyllas, och utredningen har inte ansett att vissa särskilda krav bör framhållas som mer väsentliga för en god vård än andra.

Detaljerad reglering av de krav som ställs på vården görs med fördel även fortsättningsvis av berörda myndigheter, med stöd av de bemyndiganden som förs över till organisationslagen från HSL.

Den skyldighet att organisera ledningen av hälso- och sjukvården i syfte att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet som i dag framgår av 28 § HSL innefattas nu av denna paragraf, och innebär att det är ledningen för vårdgivaren som ska leda och organisera sin verksamhet så att god kvalitet och hög patientsäkerhet uppnås. Något specifikt krav på hur ledningen ska vara organiserad ställs inte.

Bestämmelsen är i övrigt utformad på liknande sätt som som 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Paragrafens *andra stycke* motsvarar del av 28 § HSL. Utredningen föreslår dock att kravet på främjande av kostnadseffektivitet begränsas till att endast omfatta offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet. Kraven på vårdgivare vars verksamhet finansieras enbart med privata medel, genom vårdavgifter eller på annat sätt, framgår av annan lagstiftning. En redaktionell ändring har gjorts med anledning av begränsningen. Förarbeten finns i prop. 1981/82:97 s. 114 ff. och prop. 1995/96:176 s. 54 ff. och s. 103.

Angivandet av vårdgivarens övergripande verksamhetsansvar i paragrafen har medfört behov av redaktionella ändringar i de överförda paragrafer i kapitlet i övrigt där det tidigare angavs att vårdgivaren hade ansvar för att det aktuella kravet skulle uppfyllas.

2 § Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.

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

Första stycket motsvarar 2 a § 2 HSL, med en språklig justering i samband med att regleringen flyttas. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 117 f.

Andra stycket motsvarar i sak 2 a § sista stycket HSL. En redaktionell ändring har gjorts för att skrivningen ska överensstämma med definitionen av hälso- och sjukvård samt i syfte att modernisera språket. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97

s. 55 ff. och s. 114 ff., prop. 1984/85:181 s. 94 ff. samt 1996/97:60 s. 44.

3 § Patienter och närstående ska få information i enlighet med 2 kap. patientlagen (2013:000) och ges möjlighet till samtycke och delaktighet i enlighet med 3 och 4 kap. samma lag.

Paragrafen motsvarar delvis 2 a § 3 HSL och 2 b § HSL i dess lydelse enligt SOU 2013:2. Det materiella innehållet avseende informationsskyldigheten samt patienters rätt till självbestämmande och integritet regleras hädanefter enligt utredningens förslag endast i patientlagen. Hänvisningen till patientlagens regler i denna del samt avseende patienters delaktighet utgör en erinran om att vårdgivaren ska organisera sin verksamhet på sådant sätt att skyldigheterna enligt patientlagen uppfylls. Förarbeten finns i prop. 1981/82:97 s. 55 ff. och s. 114 ff., prop. 1984/85:181 s. 94 ff., prop. 1998/99:4 s. 23 ff. samt i prop. 2009/10:210 s. 250.

4 § Patientens behov av trygghet och kontinuitet samt goda kontakter med hälso- och sjukvårdspersonalen ska tillgodoses.

Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Första stycket i paragrafen motsvarar i sak delvis 2 a § 1 HSL samt 2 a § 4 och 5 HSL, med vissa redaktionella ändringar.

Andra stycket motsvarar 2 a § andra stycket andra meningen HSL.

Paragrafen beskriver hur den hälso- och sjukvård som patienten ges ska utformas för att möjliggöra en vårdupplevelse där patientens rättigheter respekteras. Begreppen trygghet, kontinuitet och goda kontakter med hälso- och sjukvårdspersonalen, är nära förbundna med varandra. För att tydliggöra behovet av ett helhetstänkande när vården utformas har kraven sammanförts i en paragraf. Någon förändring i sak av vårdgivarens ansvar i dessa delar är inte avsedd. Samordningskravet i paragrafen har behållits i nära anslutning till kraven på kontinuitet och trygghet, i likhet med uppbyggnaden av 2 a § HSL.

Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 55 ff. och s. 114 ff., prop. 1984/85:181 s. 94 ff., samt prop. 2005/06:115 s. 27 ff. och 46 ff.

5 § Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. En god hygienisk standard ska hållas i verksamheten.

Paragrafens första mening motsvarar i sak 2 e § HSL med en redaktionell ändring i syfte att åstadkomma överensstämmelse med definitionen av hälso- och sjukvård.

Andra meningen motsvarar i sak delvis 2 a § 1 HSL.

Förarbeten till bestämmelserna finns i prop. 1995/96:176 s. 52 f. och s. 103, prop. 1998/99:4 s. 12 samt i prop. 2005/06:50 s. 26 f.

6 § Innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas ska metoden ha bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter.

Paragrafen motsvaras i sak av 2 h § HSL med en redaktionell ändring i syfte att undvika konflikt med definitionen av hälso- och sjukvård. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2009/10:83 s. 20 ff.

7 § Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Paragrafen motsvarar i sak 31 § HSL med en redaktionell ändring. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1995/96:176 s. 53 f. och s. 104.

3 kap. Ledningens organisation

1 § Där hälso- och sjukvård ges ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).

Paragrafen motsvarar i sak 29 § första stycket första meningen HSL. För att uppnå överensstämmelse med definitionen av hälso- och sjukvård har en språklig redigering gjorts. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1995/96:176 s. 54 ff. och s. 103 f.

2 § Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Paragrafen motsvarar 29 a § första meningen HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i proposition 2009/10:67 s. 62 f. och s. 80.

3 § Verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Paragrafen motsvarar i sak 29 § första stycket andra meningen HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1995/96:176 s. 54 f. och s. 103 f.

4 § Ansvaret för ledningsuppgifter rörande psykiatrisk tvångsvård samt isolering enligt 5 kap. 1 och 3 §§ smittskyddslagen (2004:168) utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens ska ledningsuppgifterna fullgöras av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller, vad gäller smittskydd, av en befattningshavare som förordnats enligt 5 kap. 24 § smittskyddslagen.

Paragrafen motsvarar i sak 29 § andra och tredje stycket HSL, med vissa redaktionella ändringar. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1995/96:176 s. 54 ff. samt i prop. 1997/98:109 s. 133 ff. och s. 179.

5 § Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Paragrafen motsvarar 30 § HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1995/96:176 s. 57.

AVDELNING III LANDSTINGETS ANSVAR SOM HUVUDMAN

4 kap. Ledning, planering och organisation

1 § Ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i landstinget ska utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900).

Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Paragrafen motsvarar 10 § HSL, med redaktionella ändringar. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1984/85:98 s. 7, prop. 1990/91:117 s. 138 samt i prop. 2002/03:20 s. 22 ff.

2 § Landstinget ska planera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

Planeringen ska avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av samtliga vårdgivare inom landstingets geografiska område.

Landstinget ska även planera verksamheten så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.5.1.

Paragrafens *första stycke* motsvarar delvis 7 § första stycket HSL. Landstingens planeringsansvar utvidgas till att gälla alla de som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. Planeringsansvaret kommer därmed även att gälla de som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner här enligt förordning nr 883/2004 och i viss utsträckning även asylsökande. Ansvaret gäller enligt utredningens förslag i SOU 2013:2, se s. 213 ff., även patienter som väljer öppen vård i landstinget men som omfattas av ett annat landstings grundläggande ansvar för hälso- och sjukvård. Ett visst ansvar för personer som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd kommer också att införas enligt förslag i prop. 2012/13:109.

Ändringen är således en konsekvens av att gruppen som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård utökats och föreslås utökas ytterligare. Även redaktionella ändringar har gjorts.

Paragrafens *andra stycke* motsvarar delvis 7 § andra stycket HSL. Ett förtydligande om att planeringen ska omfatta samtliga vårdgivare inom landstingets geografiska ansvarsområde förs in. Formuleringen är avsedd att omfatta såväl vård i egenregi som upphandlad vård oavsett driftsform, men även exempelvis skolhälsovård och privat finansierad vård som utförs inom landstinget eller kommunen. Vidare har en redaktionell ändring gjorts.

Tredje stycket i paragrafen motsvarar 7 § tredje stycket HSL, med en redaktionell ändring.

Förarbeten till bestämmelserna finns i prop. 1981/82:97 s. 59 ff. och s. 122 ff. samt i prop. 2001/02:158 s. 74 ff.

3 § I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvårdsverksamheten ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.5.1.

Paragrafen motsvarar delvis 8 § HSL med en föreslagen redaktionell ändring för att uppnå överensstämmelse med definitionen av hälso- och sjukvård. Landstingens samverkansansvar utökas till att gälla alla vårdgivare, inte enbart de privata. Förändringen syftar i huvudsak till att lagstiftningsmässigt likställa vårdgivare under offentlig ledning med andra vårdgivare. Utredningen förutsätter att landstinget redan tidigare har samverkat med samtliga vårdgivare inom sitt ansvarsområde och ändringen bör därför inte medföra någon förändring i sak. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 59 ff. och s. 123 ff.

4 § Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Paragrafen motsvarar 5 § andra – fjärde stycket HSL enligt förslaget i SOU 2013:2. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1997/98:189 s. 31 f. samt i prop. 2008/09:74 s. 51 f.

5 § För hälso- och sjukvård som kräver inläggning vid vårdinrättning ska det finnas sjukhus.

Paragrafen motsvarar i sak 5 § första meningen första stycket HSL. Bestämmelsen har ändrats språkligt i syfte att modernisera språket. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 72 f. och s. 120 f. samt i prop. 1994/95:195 s. 46 f. och s. 80 f.

6 § Landstinget svarar för att det inom landstinget finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel inrättade för hälso- och sjukvård.

Paragrafen motsvarar i huvudsak 6 § HSL, med vissa språkliga redigeringar.

”Sjukhus eller läkare” har bytts ut mot ”vårdinrättning”. Detta har gjort i syfte att modernisera och för att undvika låsningar vid nuvarande strukturer. I regel torde dock transporter av detta slag alltid gå till sjukhus eller läkare, vilka båda omfattas av uttrycket vårdinrättning. Någon ändring i sak är inte avsedd. Vidare har ”särskilt inrättade för ändamålet” bytts ut mot ”inrättade för hälso- och sjukvård”. Detta är endast avsett som ett förtydligande av det redan gällande ansvaret för en ändamålsenlig inrättning av transportmedel för sjuktransporter.

Ansvaret för den hälso- och sjukvård som ges under transporter av nu aktuellt slag omfattas av landstingets ordinarie ansvar för hälso- och sjukvård.

Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 121 f., prop. 1990/91:102 s. 12 och prop. 2002/03:119 s. 82 ff.

7 § När regeringen har föreskrivit att landsting ska ingå i en region ska landstingen samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård som bedrivs av regionen.

Paragrafen motsvarar i sak 9 § andra stycket HSL med vissa redaktionella ändringar i anledning av att bemyndigandet för regeringen har flyttats till kap. 17 i organisationslagen. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 93 ff. och s. 124 f.

8 § Landstinget får träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget ska bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Paragrafen motsvarar 3 § fjärde stycket HSL med en redaktionell ändring i sista meningen. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2002/03:132 s. 41 ff.

5 kap. Ansvar för hälso- och sjukvård

1 § Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget.

Även i övrigt ska landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

Paragrafen motsvarar 3 § första stycket första till tredje meningen HSL. Bestämmelsen har delats upp i två stycken för att underlätta läsning. Den särskilda bestämmelse som finns i samma paragraf om att landstingets ansvar inte utgör hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård är inte längre nödvändig enligt utredningens mening och utgår därmed. Någon förändring i sak är inte avsedd. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 32 ff. och 114 ff. samt i prop. 1997/98:9 s. 49 f.

2 § Landstinget ska även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt

1. dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och

2. dem som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning.

Vården ska erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, ska familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 1 §.

Paragrafen motsvarar i sak 3 c § HSL. Redaktionella ändringar har gjorts i syfte att underlätta läsning. Förarbeten till bestämmelsen

finns i prop. 1994/95:88 s. 22 f. och s. 35 f. samt i prop. 2009/10:223 s. 25 f. och s. 30.

3 § Varje landsting ska erbjuda patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård öppen vård. Vården ska ges på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna.

Det landsting som ansvarar för att patienten får hälso- och sjukvård enligt 1 § svarar för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Detta gäller endast under förutsättning att det betalande landstingets remissregler följs.

Paragrafen är ny i förhållande till gällande bestämmelser i HSL, men bygger på utredningens förslag i SOU 2013:2.

Paragrafens första stycke motsvarar 4 § andra stycket HSL, enligt SOU 2013:2.

Andra stycket motsvarar 4 § tredje stycket HSL enligt SOU 2013:2, med en mindre redaktionell ändring.

Motiveringen till bestämmelsen finns i SOU 2013:2 s. 213 ff. och 286 ff.

4 § Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska landstinget erbjuda sådan vård.

Paragrafen motsvarar 4 § första stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i proposition 1981/82:97 s. 119 f.

5 § Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård, om landstingen kommer överens om det, eller om hälso- och sjukvården är rikssjukvård.

Bestämmelsen behandlas, avseende rikssjukvården, i avsnitt 3.3.4.

Paragrafen motsvarar 4 § fjärde stycket HSL enligt förslaget i SOU 2013:2, med ett tillägg till sista meningen. Av tillägget framgår att landstinget får erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av ett annat landstings ansvar i de fall då hälso- och sjukvården utgör rikssjukvård. Syftet med tillägget är endast att ge ett tydligt lagstöd för landstinget att erbjuda rikssjukvård, och någon förändring i sak är inte avsedd.

Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1989/90:81 s. 43 f., och motivering i nämnda betänkande s. 213 ff. och 286 ff.

6 § Landstingets ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 10 kap. 1 § eller 13 kap. 1 §.

Paragrafen motsvarar 3 § andra stycket HSL, med redaktionella ändringar. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1990/91:14 s. 150 f.

7 § Särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl och i lagen (2013:000) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Särskilda bestämmelser om landstings ansvar för behövliga smittskyddsåtgärder finns i smittskyddslagen (2004:168).

Bestämmelsen är i stora delar ny, och behandlas i avsnitt 3.5.2.

Paragrafens första stycke motsvarar delvis 4 § tredje stycket HSL. Utredningen föreslår att en hänvisning även ska göras till lagen (2013:000) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, som föreslås träda i kraft den 1 juni 2013. Förarbeten till bestämmelsens första led finns i prop. 2007/08:105 s. 40.

Andra stycket är nytt. Hänvisningen till smittskyddslagens bestämmelser är en ren upplysningsbestämmelse. Landstingets ansvar för smittskyddsåtgärder regleras i sin helhet i smittskyddslagen (2004:168).

Val av behandlingsalternativ

8 § Landstinget ska ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 5 kap. 1 § patientlagen (2013:000).

Paragrafen motsvarar 3 a § första stycket HSL enl. SOU 2013:2. Ändringen innebär att det materiella innehållet beträffande möjligheten att välja behandlingsalternativ hädanefter endast regleras i patientlagen. Förarbeten till bestämmelserna om behandlingsalternativ finns i prop. 1998/99:4 s. 25 ff. och prop. 2009/10:67 s. 34 ff.

Vårdgaranti

9 § Landstinget ska erbjuda dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 1 och 2 §§ vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

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

Paragrafen motsvarar 3 g § 1 st HSL enligt SOU 2013:2, med redaktionella ändringar i anledning av upphävandet av HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2009/10:67 s. 78 f.

10 § Om landstinget inte uppfyller besöksgarantin eller behandlingsgarantin enligt 9 § 3 eller 4 ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Paragrafen motsvarar 3 h § HSL. Endast hänvisningarna är ändrade. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2009/10:67 s. 51 ff. och s. 79.

11 § Landstinget ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas.

Paragrafen motsvarar 3 i § första stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2009/10:67 s. 44 ff.

Förnyad medicinsk bedömning

12 § Landstinget ska ge patienten möjlighet att få en förnyad medicinsk bedömning enligt vad som anges i 6 kap. 1 § patientlagen (2013:000).

Paragrafen motsvarar 3 a § andra stycket HSL enl. SOU 2013:2. Ändringen innebär att det materiella innehållet hädanefter endast regleras i patientlagen. Förarbeten till bestämmelsen om förnyad medicinsk bedömning finns i prop. 1998/99:4 s. 29 ff. och prop. 2009/10:67 s. 65 ff.

6 kap. Särskilda insatser

1 § Landstinget ska erbjuda dem som omfattas av 5 kap. 1 §,

- 1. habilitering och rehabilitering,*
- 2. hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning, och*
- 3. tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade.*

Landstinget ska, i samverkan med den enskilde, upprätta en individuell plan vid tillhandahållande av insatser enligt punkterna 1 och 2.

Landstingets ansvar enligt punkterna 1 och 2 gäller inte dem som omfattas av en kommuns ansvar enligt 11 kap. 1 §. Landstingets ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.5.3.

Paragrafen motsvarar i stort 3 b § HSL. Ordningsföljden mellan andra stycket och tredje stycket har kastats om.

I första stycket görs vissa språkliga förändringar.

I andra stycket har skyldigheten att upprätta en individuell plan förtydligats. Enligt skrivningen i HSL ska habilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel planeras i samverkan med den enskilde. I förarbetena understryks vikten av att en plan, som utgår från den enskildes mål, behov och intressen, faktiskt upprättas. Planen ska vid behov och efter godkännande kunna utväxlas mellan olika aktörer som är inblandade i processen. Skyldigheten att upprätta en individuell plan framgår i förslaget direkt av lagtexten och inte enbart av förarbetena. Planen ska vara skriftlig. Detaljerna avseende vad planen ska innehålla har överförs till förordning.

Tredje stycket beskriver begränsningar av landstingets ansvar. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1992/93:159 s. 115 ff., s. 121 och s. 200 ff.

2 § Landstinget får erbjuda den som får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) läkemedel utan kostnad.

Paragrafen motsvarar 3 e § HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2001/02:63 s. 72 ff. och s. 96.

3 § Landstinget får på framställning av en kommun inom landstinget erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till

- 1. den som får hemsjukvård genom kommunens försorg, och*
- 2. samtliga som bor i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453).*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.5.3.

Paragrafen motsvarar i sak 18 d § första samt tredje–fjärde stycket HSL. Bestämmelsen har redigerats språkligt i syfte att underlätta läsning.

Bestämmelsen ger landstinget lagstöd för att i vissa fall avvika från likabehandlingsprincipen, avseende kostnadsfria läkemedel ur läkemedelsförråd. Regleringen i 18 d § har delvis överförts till förordning, bl.a. andra stycket om olika former av läkemedelsförråd samt erinran i femte stycket om att landstinget svarar för kostnader för de läkemedel som rekvireras till förråden. Den tidigare geografiska begränsningen i första stycket avseende läkemedelsförrådets placering föreslås utgå.

Beträffande punkten 2 anser inte utredningen att det finns behov av att särskilt uttrycka att även den som bor i en del av en sådan boendeform omfattas av bestämmelsen och detta led i bestämmelsen har därför utgått. Samtliga boendeformer som definieras som särskilt boende enligt 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) omfattas av bestämmelsen, liksom tidigare, och ingen förändring i sak är avsedd.

Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2001/02:63 s. 72 ff.

4 § Landstinget ska i andra fall än som avses i 11 kap. 2 § erbjuda dem som omfattas av 5 kap. 1 § förbrukningsartiklar som fortlöpande behövs vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.5.4.

Paragrafen motsvarar i sak delvis 3 d § HSL. De befintliga föreskrifterna avseende förskrivningsrätt föreslås hädanefter regleras genom förordning. Ett korresponderande bemyndigande införs i 17 kap. 2 § 5. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1996/97:27 s. 50 ff. och s. 113 f.

7 kap. Bestämmelser avseende anställningar och utbildning

1 § I landstinget ska det finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Anställning för allmäntjänstgöring ska ske för viss tid.

I landstinget ska det också finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring enligt nämnda lag i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

Den förändring som föreslås i bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.8.1.

Paragrafen motsvarar i sak 15 § HSL. Bemyndigandet i nuvarande andra stycket andra meningen utgår dock, som en följd av de förslag som lämnas avseende lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m. Vidare görs en redaktionell ändring. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1997/98:5 s. 11 f. och s. 22 f.

8 kap. Överlämnande av uppgifter

1 § Ett landsting får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska då ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.5.5.

Paragrafen motsvarar 3 § 3 st HSL, med en språklig ändring, samt ändringen att ”med bibehållet huvudmannaskap” har inskjutits i första meningen. Tillägget syftar till att tydliggöra att ett avtal med annan vårdgivare om att tillhandahålla viss vård inte medför att landstingets huvudmannaskap för vården övergår på vårdgivaren. Landstinget har således kvar ett övergripande ansvar för att dess medlemmar får en god vård, vilket kan säkerställas bl.a. genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de privata utförarna.

Detta har redan tidigare gällt vid överlämnande av uppgifter, och något förändrat ansvarsförhållande i sak är inte avsett. Vidare har en redaktionell ändring gjorts i syfte att modernisera språket.

Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1992/93:43 s. 4 ff. och s. 22.

AVDELNING IV KOMMUNENS ANSVAR SOM HUVUDMAN

9 kap. Ledning, planering och organisation

1 § Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer. Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Paragrafen motsvarar i sak 22 § HSL första stycket.

Redaktionella ändringar har gjorts i syfte att åstadkomma överensstämmelse med definitionen av hälso- och sjukvård och i anledning av upphävandet av HSL.

Paragrafens *andra stycke* utgår såsom överflödigt, då det framgår redan av 1 kap. 3 § att bestämmelser avseende landsting gäller även kommuner som inte ingår i ett landsting.

Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1990/91:14 s. 63 ff. samt i prop. 2002/03:20 s. 22 ff.

2 § Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård.

Planeringen ska avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av samtliga vårdgivare inom kommunens ansvarsområde.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.6. och 3.5.1.

Paragrafens *första stycke* motsvarar 20 § 1 st HSL, med vissa föreslagna redaktionella ändringar.

Andra stycket motsvarar delvis 20 § 2 st HSL. Ett förtydligande om att planeringen ska omfatta samtliga vårdgivare inom kommunens ansvarsområde förs in. Formuleringen är avsedd att omfatta såväl vård i egen regi som upphandlad vård oavsett driftsform samt i förekommande fall även privat finansierad vård som utförs inom

kommunen. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1990/91:14 s. 61 ff.

3 § I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvårdsverksamheten ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.6. och 3.5.1.

Paragrafen motsvarar delvis 21 § HSL med en föreslagen redaktionell ändring för att uppnå överensstämmelse med definitionen av hälso- och sjukvård.

Kommunens samverkansansvar utökas till att gälla alla vårdgivare, inte enbart de privata. Förändringen syftar i huvudsak till att lagstiftningsmässigt likställa vårdgivare under offentlig ledning med andra vårdgivare. Utredningen förutsätter att kommuner redan tidigare har samverkat med samtliga vårdgivare inom sitt ansvarsområde och ändringen bör därför inte medföra någon förändring i sak. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1990/91:14 s. 61 ff. och s. 153.

4 § Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en sjuksköterska som svarar för

1. att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,

2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna, och

3. att det finns rutiner för rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en sjukgymnast eller en arbetsterapeut fullgöra uppgifter som sägs i första stycket.

Första och andra styckena gäller sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som avses i 10 kap. 1 och 2 §§ i en kommun som inte ingår i ett landsting, om det i verksamheten inte finns någon läkare.

Bestämmelsens tredje punkt är ny, och behandlas i avsnitt 3.6.1.

Paragrafen motsvarar delvis 24 § HSL. Punkten 3 var tidigare utformad för att utgöra det första ledet i anmälan enligt den s.k. Lex-Maria. Rutinerna för sådana anmälningar har emellertid ändrats. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) har numera all

hälso- och sjukvårdspersonal skyldighet att anmäla händelser som avses i 6 kap. 4 § till vårdgivaren. Det kan emellertid finnas anledning att låta medicinskt ansvarig sjuksköterska svara för att det finns rutiner för sådan rapportering.

I tredje stycket har redaktionella ändringar gjorts.

Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1990/91:14 s. 68 ff. och s. 155 f.

10 kap. Ansvar för hälso- och sjukvård

1 § Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket 1 § första stycket 2 eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

Bestämmelsen motsvarar 18 § första stycket HSL.

Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1990/91:14 s. 56 ff., prop. 1996/97:27 s. 50 ff. och s. 114., prop. 1996/97:124 s. 195 samt i prop. 2005/2006:115 s.40 ff.

2 § En kommun får erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård.

Bestämmelsen motsvarar i sak 18 § andra stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1990/91:14 s. 59 f och s. 152 f.

3 § Kommunens ansvar enligt 1 § detta kapitel och 13 kap. 1 § samt befogenhet enligt 2 § detta kapitel omfattar, med undantag för vad som anges i 14 kap. 1 § tredje stycket, inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Bestämmelsen motsvarar i sak 18 § fjärde stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1990/91:14 s. 58 f. och s. 152 f.

Val av behandlingsalternativ

4 § Kommunen ska ge den som omfattas av kommunens ansvar enligt 1 § och befogenhet enligt 2 § möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 5 kap. 1 § patientlagen (2013:000).

Paragrafen motsvarar 18 a § HSL enligt SOU 2013:2. Ändringen som föreslås i nämnda betänkande innebär att det materiella innehållet beträffande möjligheten att välja behandlingsalternativ hädanefter endast regleras i patientlagen. Förarbeten till bestämmelserna om behandlingsalternativ finns i prop. 1998/99:4 s. 25 ff. och prop. 2009/10:67 s. 34 ff.

11 kap. Särskilda insatser

1 § Kommunen ska i samband med hälso- och sjukvård enligt 10 kap. 1 eller 2 § eller 13 kap. 1 § erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

Kommunen ska, i samverkan med den enskilde, upprätta en individuell plan vid tillhandahållande av insatser enligt första stycket.

Bestämmelsen behandlas närmare i avsnitt 3.6. och 3.5.3.

Paragrafen motsvarar första och tredje stycket 18 b § HSL. Redaktionella ändringar har gjorts dels i anledning av upphävandet av HSL, dels i syfte att modernisera språket. Skyldigheten att upprätta en individuell plan har förtydligats språkligt, men någon materiell förändring är inte avsedd. Förändringen behandlas i författningskommentaren till 6 kap. 1 §. Detaljerna avseende vad planen ska innehålla har överförs till förordning. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1992/93:159 s. 115 ff.

2 § Kommunen ska i samband med hälso- och sjukvård enligt 10 kap. 1 § erbjuda förbrukningsartiklar som avses i 6 kap. 4 §.

Bestämmelsen behandlas närmare i avsnitt 3.6. och 3.5.4.

Paragrafen motsvarar 18 c § första meningen HSL, med redaktionella ändringar. Regleringen av förskrivningsrätt för förbrukningsartiklar har, som framgår av kommentaren till 6 kap. 4 §, flyttats till förordning (se även övervägandertexterna enligt ovan). Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1996/97:27 s. 50 ff.

12 kap. Överlämnande av uppgifter

1 § En kommun får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag och ska då ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.6. och 3.5.5.

Paragrafen motsvarar 18 § femte stycket HSL med en språklig ändring samt ändringen att ”med bibehållet huvudmannaskap” har inskjutits i första meningen. Tillägget syftar till att tydliggöra att ett avtal med annan vårdgivare om att tillhandahålla viss vård inte medför att kommunens huvudmannaskap för vården övergår på vårdgivaren. Kommunen har således kvar ett övergripande ansvar för att dess medlemmar får en god vård, vilket kan säkerställas bl.a. genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de privata utförarna. Detta har redan tidigare gällt vid överlämnande av uppgifter, och något förändrat ansvarsförhållande i sak är inte avsett. Vidare har en redaktionell ändring gjorts i syfte att modernisera språket.

Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1992/93:43 s. 6 ff. samt i prop. 2004/05:89 s. 19 ff.

AVDELNING V GEMENSAMMA BESTÄMMELSER FÖR HUVUDMÄNNEN

13 kap. Överlåtelse av ansvar mellan huvudmännen

1 § Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård om landstinget och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får även avse ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 6 kap. 4 §.

Om en överlåtelse har skett enligt första stycket får landstinget lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

Paragrafens första stycke motsvarar 18 § tredje stycket HSL, med vissa föreslagna redaktionella ändringar. Förarbeten till bestämmel-

sen i denna del finns i prop. 1990/91:14 s. 56 ff., prop. 1996/97:27 s. 115, prop. 1996/97:124 s. 195 samt i prop. 2005/06:115 s. 40 ff.

Paragrafens *andra stycke* motsvarar 19 § första stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen i denna del finns i prop. 1990/91:14 s. 152 f.

2 § Ingår samtliga kommuner inom ett landstings område i en överlåtelse av ansvar för hemsjukvård enligt 1 § får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för kostnadsutjämnning mellan kommunerna.

Paragrafen motsvarar i sak 19 § andra stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2007/08:1 UO9 s. 127.

3 § Landstinget får även utan samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 § träffa överenskommelse med en kommun inom landstinget om att kommunen ska ha ansvar för hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

Paragrafen motsvarar 18 b § andra stycket HSL med en språklig ändring. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1992/93:159 s. 115 ff.

14 kap. Samverkan

1 § Landstinget ska till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 10 kap. 1 §. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för vården enligt 10 kap. 2 §.

Landstinget ska med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget.

Paragrafen motsvarar i sak 26 d § HSL. Förarbeten till bestämmelserna finns i prop. 2005/06:115 s. 40 ff. och s. 178 f.

2 § Landstinget och kommunen ska samverka så att en enskild som kommunen enligt 10 kap. 1 eller 2 § har ansvar för, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 6 kap. 4 § som hans eller hennes tillstånd fordrar.

Paragrafen motsvarar i sak 26 e § HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2005/06:115 s. 51 ff. och s. 179.

3 § Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Paragrafen motsvarar 8 a § HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2008/09:193 s. 13 ff. och s. 31.

4 § När den enskilde har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om den enskilde samtycker till det och om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.7.1.

Paragrafen motsvarar delvis 3 f § HSL. Gällande detaljbestämmelser avseende innehållet i en individuell plan, närståendes delaktighet samt att arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål föreslås flyttas till förordning. Ingen förändring i sak är avsedd. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2008/09:193 s. 17 ff.

15 kap. Avgifter

1 § Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som omfattas av ett landstings eller en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 5 kap. 1–3 §§ eller 10 kap. 1 och 2 §§ ska behandlas lika.

Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för sluten vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.7.4.

Paragrafen motsvarar i stort 26 § första stycket. HSL. Personkretsen som ska likabehandlas vid avgiftsuttag enligt bestämmelsen har emellertid utökats något. I konsekvens med förslaget enligt SOU 2013:2 om ett utökat ansvar för landstinget att erbjuda öppen vård på lika villkor till patienter som omfattas av ett annat landstings primära ansvar, föreslås här även en skyldighet att likabehandla patienter avseende vårdavgifter inom öppen vård och vid uteblivande från avtalat besök.

Bestämmelsen har delats upp i två stycken. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:79 s. 133 ff., prop. 1994/95:88 s. 22 f., i bet. 1997/98:SoU1 s. 61 och bilaga 4 samt i prop. 2012/13:1 UO9 s. 93 ff.

2 § Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller

2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Paragrafen motsvarar 26 § andra–fjärde stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2009/10:88 s. 17 ff.

3 § Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen vård enligt denna lag i andra fall än som avses i 10 kap. 1 §, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 6 kap. 4 § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Paragrafen motsvarar 26 a § första stycket HSL, med vissa redaktionella ändringar. Vissa förslag till ändringar i 26 a § HSL har lagts genom Ds 2012:6. Utredningen har emellertid valt att i denna del utgå från gällande rätt. Förarbeten till bestämmelsen i nuvarande lydelse finns i prop. 1996/97:27 s. 68 ff. och 115 f. samt i prop. 1997/98:112 s. 29 ff. och prop. 2012/13:1 UO9 s. 93 ff.

4 § Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt 3 § sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Avgiftsbefrielse gäller under den tid som avses i 3 § även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även familjehemsförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.

Paragrafen motsvarar i sak 26 a § andra–fjärde stycket HSL. Förarbeten till bestämmelserna finns i prop. 1996/97:27 s. 68 ff. och 115 f. samt i prop. 1997/98:112 s. 29 ff. och prop. 2012/13:1 UO9 s. 93 ff.

5 § Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Paragrafen motsvarar 26 § femte stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1992/93:129 s. 13 ff. och s. 23 f.

6 § Avgifter för vård enligt 10 kap. 1 eller 2 §§, för vård enligt 12 kap. 1 § eller 13 kap. 1 §, för förbrukningsartiklar enligt 11 kap. 2 § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet.

Avgifterna enligt första stycket får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnads-kostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget enligt första stycket och förbehållsbeloppet enligt andra stycket ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

Paragrafen motsvarar i sak 26 § sjätte och sjunde styckena HSL, med vissa redaktionella ändringar i anledning av upphävandet av HSL. Det tidigare sjätte stycket har också delats upp i två för att underlätta läsning. Förarbeten till bestämmelserna finns i prop. 1992/93:129 s. 13 ff. och s. 23 f., prop. 1996/97:27 s. 115 samt i prop. 2000/01:149 s. 62 och prop. 2012/13:1 UO9 s. 93 ff.

16 kap. Övrigt

Underrättelseskyldighet

1 § Om en nämnd som utövar ledning enligt 4 kap. 1 § eller 9 kap. 1 § i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för missbruksändamål eller att ändringar sker i missbruksmönster av kända medel, ska nämnden utan dröjsmål anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

Paragrafen motsvarar i stort 31 a § HSL. I enlighet med vad som föreslås i proposition 2012/13:116 har utredningen förutsatt att Folkhälsomyndigheten kommer att bildas och överta Statens folkhälsoinstituts arbetsuppgifter. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1997/98:183 s. 41 ff.

Forskning

2 § Landstingen och kommunerna ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Paragrafen motsvarar 26 b § HSL, med vissa språkliga ändringar. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1996/97:5 s. 176 f.

Hälso- och sjukvård vid extraordinära händelser i fredstid

3 § Personer som tas emot från en annan kommun eller ett annat landsting enligt 4 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap omfattas av mottagande kommuns eller landstings skyldigheter enligt denna lag.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.7.2.

Paragrafen motsvarar i sak 26 c § första stycket sista meningen HSL med redaktionella ändringar. Utredningen föreslår att bestämmelsen i övrigt utgår ur organisationslagen då regleringen inte bedöms nödvändig i denna lag. Hälsa- och sjukvård vid extraordinära händelser i fredstid föreslås i övrigt hädanefter regleras genom lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

En särskild reglering av mottagande landstings eller kommuns skyldigheter i förhållande till patienter som tas emot i samband med en extraordinär händelse har dock ansetts fortsatt behövas i lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2001/02:184 s. 21 ff. och s. 29 f. samt i prop. 2005/06:133 s. 176.

AVDELNING VI BEMYNDIGANDEN OCH BEFOGENHETER

17 kap. Bemyndiganden

1 § Regeringen får meddela föreskrifter om

1. att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting,

2. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara,

3. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.8.

Paragrafen samlar befintliga bemyndiganden för regeringen från nuvarande HSL.

Punkten 1 motsvarar 9 § första stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 124 f.

Punkten 2 motsvarar 33 § HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 137 f.

Punkten 3 motsvarar delvis nuvarande 32 § första stycket HSL.

32 § har delats upp på två bemyndiganden, då en del av gällande bestämmelse utgörs av ett bemyndigande för regeringen ensam och en del tillåter subdelegation. En språklig ändring har gjorts i syfte att uppnå överensstämmelse med definitionen av hälso- och sjukvård. Någon ändring i sak är inte avsedd. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 124 f.

2 § *Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om*

- 1. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda,*
- 2. behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvårdsverksamhet och tillsättning,*
- 3. de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt föreskrifter i övrigt om vårdgarantins innehåll,*
- 4. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser,*
- 5. att förbrukningsartiklar enligt 6 kap. 4 § och 11 kap. 2 § får förskrivas av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare,*
- 6. landstingens rapporteringskyldighet enligt 5 kap. 11 §,*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.8. och 3.8.1.

Paragrafen samlar i HSL införda bemyndiganden för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter.

Punkten 1 motsvarar delar av 32 § första stycket samt hela andra stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 136 f.

Punkten 2 motsvarar 16 § HSL och 25 § HSL. Bemyndigandena har sammanförts till ett. Av förarbeten till 16 § HSL kan uttolkas att det då paragrafen infördes fanns en avsikt att bemyndigandet skulle omfatta samtliga tjänster inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.¹ Bemyndigandets placering i HSL har dock orsakat viss tveksamhet i denna del. Genom att hänvisningen till den kommu-

¹ Se regeringens proposition 1981/82:97 s. 132

nala sjukvården utgår avser utredningen förtydliga att bemyndigandet omfattar all hälso- och sjukvård.

Bemyndigandet för Socialstyrelsen har ersatts av ett generellt bemyndigande för regeringen att bestämma vilken myndighet som får meddela föreskrifterna, i syfte att underlätta vid eventuellt förändrade myndighetsstrukturer i framtiden. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 132 f. och prop. 1990/91:14 s. 155 f.

Punkten 3 motsvarar i sak 3 g § andra stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2009/10:67 s. 79.

Punkten 4 motsvarar i sak 32 a § HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2001/02:158 s. 74 ff.

Den föreslagna *punkten 5* är ny, och behandlas i avsnitt 3.8.2.

Punkten 5 motsvarar delvis den behörighet för Socialstyrelsen som i dag finns i 3 d § sista ledet andra delen HSL. Utredningen föreslår dock ett normgivningsbemyndigande för regeringen eller utpekad myndighet i stället för den befintliga behörigheten. Ett generellt bemyndigande för regeringen att bestämma vilken myndighet som får meddela föreskrifterna underlättar vid eventuella förändrade myndighetsstrukturer. Ett bemyndigande för Socialstyrelsen föreslås införas i den nya förordningen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Förarbeten till 3 d § HSL finns i prop. 1996/97:27 s. 114 och i prop. 2005/06:115 s. 178.

Punkten 6 motsvarar i sak 3 i § andra stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2009/10:67 s. 44 ff.

18 kap. Befogenheter för vissa statliga myndigheter

Riksrevisionen

1 § Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen enligt 4 kap. 8 §. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

Paragrafen motsvarar 3 § femte stycket. HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2002/03:132 s. 41 ff. och 2003/04:152 s. 283.

Socialstyrelsen

2 § Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård enligt 1 kap. 9 §.

Paragrafen motsvarar 9 a § andra stycket HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2005/06:73 s. 17 ff.

3 § Socialstyrelsen beslutar, efter ansökan från det landsting som avser att bedriva verksamheten, om tillstånd att bedriva rikssjukvård. Tillståndet ska vara tidsbegränsat och förenat med villkor.

Paragrafen motsvarar i sak 9 b § första och andra styckena HSL. En redaktionell ändring har gjorts. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2005/06:73 s. 17 ff.

4 § Socialstyrelsens beslut i ärenden om rikssjukvård enligt denna lag får inte överklagas.

Paragrafen motsvarar i sak 9 b § tredje stycket HSL. Den ursprungliga bestämmelsen har delats i två för att underlätta läsning. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 2005/06:73 s. 17 ff.

9.2 Förslaget till lag om upphävande av lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m.

Härigenom föreskrivs att lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m., ska upphöra att gälla vid utgången av 2014. Den upphävda lagen gäller fortfarande för beslut om anställningar som fattats enligt lagen.

Utredningens förslag om upphävande av lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m. kommenteras i avsnitt 3.9.

Bestämmelserna i den nu gällande lagen föreslås till viss del fortsättningsvis regleras genom förordning. En bestämmelse, avseende skyldigheter för läkare vid upplåtta enheter att ta visst ansvar för undervisning vid enheterna, flyttas till patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ytterligare en bestämmelse, innehållande möjligheter att visstidsanställa specialistläkare, förelås utgå helt. Utredningen har erfarenhet att bestämmelsen om visstidsanställningar av specialistläkare inte längre används i någon större utsträckning, men att ett mindre antal läkare innehar sådana visstidsanställningar. Den övergångsbestämmelse som föreslås innebär att anställningsavtal som ingåtts med stöd av 4 § lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m. fortlöper utan att påverkas av upphävandet av lagen. I föreslås inga övergångsbestämmelser.

9.3 Förslaget till lag om ändring i föräldrabalken (1949:381)

6 kap.

13 a § Står barnet under vårdnad av två vårdnadshavare och samtycker endast den ena till en åtgärd till stöd för barnet, får socialnämnden besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller

1. psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

2. behandling i öppna former som ges med stöd av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453),

3. utseende av en kontaktperson eller en familj som avses i 3 kap. 6 b § första stycket socialtjänstlagen eller

4. en insats enligt 9 § 4, 5 eller 6 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Ett beslut enligt första stycket får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kamrarrätt.

Beslut i frågor som avses i första stycket gäller omedelbart. Rätten får dock bestämma att dess beslut ska gälla först sedan det har vunnit laga kraft.

I *första stycket 1* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.4 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

8 a § Vid tillämpningen av 8 § ska landstinget särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller

2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 10 kap. 1 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

b) får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller

c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Landstinget ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Landstinget ska vidare se till att tandvård kan erbjudas

1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och

2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Första stycket 2 a) skrivs om, som en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

15 a § Tandvård som avses i 7 § 1 ska vara avgiftsfri för patienten. Uppkommer kostnader med anledning av att patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som landstinget bestämmer. Landstinget får också ta ut avgift, om patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller

2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2 och 3 får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstingsfullmäktige bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

Vid tandvård som avses i 8 a § samt vid undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser gäller bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Patienten ska ha rätt att välja om sådan tandbehandling som avses i 8 a § ska utföras av folktandvården eller av en enskild näringsidkare, ett bolag, eller en annan juridisk person vars vård kan berättiga till ersättning enligt *lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd*.

I *fjärde stycket* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.5 Förslaget till lag om ändring i *lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård*

4 § Ersättning för somatisk långtidssjukvård vid en inrättning som tillhör ett landsting lämnas antingen med ett belopp som motsvarar landstingets genomsnittliga årliga självkostnad för den aktuella vårdformen eller, om landstinget och samtliga kommuner i landstinget kommer överens om det, med belopp som svarar mot olika vårdplatsers kvalitet. Beloppen omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i landstinget.

Regeringen fastställer de belopp som avses i första stycket.

En kommun och ett landsting får komma överens om att landstinget ska *ta emot* de avgifter som patienterna ska *betala* till kommunen enligt *15 kap. 5 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

I *tredje stycket* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs, samt två språkliga moderniseringar.

9.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

1 § Landsting och kommuner som inte tillhör något landsting (sjukvårdshuvudmän) ska, i fråga om personer som är försäkrade för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. socialförsäkringsbalken, lämna ersättning för resekostnader

1. i samband med öppen hälso- och sjukvård som anordnas av ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting eller i samband med sjukhusvård,

2. i samband med rådgivning om födelsekontrollerande verksamhet m.m. som ersätts enligt föreskrifter som regeringen meddelat,

3. vid resor till och från sjukhus eller läkare som föranleds av en undersökning enligt förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m.,

4. i samband med tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad,

5. i samband med tandvård som avses i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd,

6. vid besök som med anledning av sjukdom görs hos läkare inom studerandeorganisationernas hälsovård, för vilken statsbidrag betalas ut av högskolestyrelse,

7. i samband med konvalescentvård som ges i konvalescenthem som har tagits upp på förteckning som fastställs av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer,

8. vid besök för sjukvårdande behandling som ges i omedelbart samband med insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

9. vid besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso- och sjukvården i *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

I fråga om resekostnader enligt första stycket 2 ska ersättning lämnas även när rådgivningen bedrivs av organisationer med tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg.

För resekostnader som avses i första stycket 1 behöver ersättning lämnas endast om vården eller behandlingen getts med anledning av sjukdom eller förlösning.

Sjukvårdshuvudmännen ska också lämna ersättning för resekostnader vid vård enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersätt-

ning och vid sjukgymnastik enligt lagen(1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

I *första stycket* 9 görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

2 § Föreskrifterna i *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* och patientlagen (2013:000) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Vad som sägs i denna lag om ett landsting gäller även en kommun som inte ingår i ett landsting.

Med chefsöverläkare avses i denna lag chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven.

I *första stycket* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.8 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

2 § Föreskrifterna i *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* om skyldighet för ett landsting att erbjuda hälso- och sjukvård gäller även rättspsykiatrisk vård.

Vad som sägs i denna lag om ett landsting gäller också en kommun som inte ingår i ett landsting.

Med chefsöverläkare avses i denna lag chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven.

I *första stycket* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.9 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

24 § En patient som för en viss tid har uppnått avgiftsbefrielse enligt 15 kap. 3 eller 4 §§ lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.10 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

23 § En patient som för en viss tid har uppnått avgiftsbefrielse enligt 15 kap. 3 eller 4 §§ lagen (2015:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.11 Förslaget till lag om ändring i lagen (1995:831) om transplantation m.m.

13 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om

1. att ingrepp enligt denna lag får utföras endast på sjukhus som avses i 4 kap. 5 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet eller vid annan enhet inom hälso- och sjukvården eller det medicinska området i övrigt, och

2. att ett sådant sjukhus eller en sådan enhet, där ingrepp för transplantation får utföras, ska ha tillgång till en donationsansvarig läkare och en kontaktansvarig sjuksköterska med uppgift att förbereda för donationer och ge stöd och information till avlidnas närstående.

I paragrafens *första stycke 1* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs. Vidare görs en redaktionell ändring i *första stycket 2*.

9.12 Förslaget till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799)

5 § I denna lag avses med

hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*, tandvårdslagen (1985:125) eller *lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar*, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),

vårdgivare: statlig myndighet, landsting eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare)

I *första stycket* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.13 Förslaget till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister

6 § Personuppgifterna i receptregistret får behandlas om det är nödvändigt för

1. expediering av läkemedel och andra varor som förskrivits,
2. registrering av underlaget för tillämpningen av bestämmelserna om läkemedelsförmåner vid köp av läkemedel m.m.,
3. debiteringen till landstingen,
4. ekonomisk uppföljning och framställning av statistik hos Apotekens Service Aktiebolag,
5. registrering och redovisning till landstingen av uppgifter för ekonomisk och medicinsk uppföljning samt för framställning av statistik,
6. registrering och redovisning till förskrivare, till verksamhetschefer enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjuk-*

vårdsverksamhet och till läkemedelskommittéer enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer av uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården,

7. registrering och redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet,

8. registrering av recept och blanketter som används för flera uttag, samt registrering av dosrecept och elektroniska recept,

9. registrering och redovisning till Inspektionen för vård och omsorg av uppgifter om enskild läkares eller tandläkares förskrivning av narkotiskt läkemedel eller annat särskilt läkemedel, för inspektionens tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), och

10. registrering och redovisning av uppgifter för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets tillsyn över utbyte av läkemedel enligt 21 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Behandling av personuppgifter för ändamål som avses i första stycket 2 och 8, med undantag för registrering av elektroniska recept, får endast ske i fråga om den som har lämnat sitt samtycke till behandlingen. För ändamål som avses i första stycket 3 får uppgifter som kan hänföras till en enskild person inte omfatta annat än inköpsdag, kostnad, kostnadsreducering och patientens personnummer.

För ändamål som avses i första stycket 4, 6 och 10 får inga uppgifter redovisas som kan hänföras till en enskild person. Ändamålen enligt första stycket 5 får inte, med undantag för utlämnande av uppgifter enligt 14 §, omfatta några åtgärder som innebär att uppgifter som kan hänföras till någon enskild patient redovisas. Dock får uppgifter som kan hänföras till en enskild förskrivare ingå i redovisning enligt första stycket 6 till samma förskrivare och till verksamhetschefen vid den enhet där förskrivaren tjänstgör samt i redovisning enligt första stycket 9 till Inspektionen för vård och omsorg.

Förskrivningsorsak får redovisas endast för de ändamål som avses i första stycket 5 och 6.

I *första stycket 6* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.14 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

1 § I varje landsting och kommun ska det finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom

1. den hälso- och sjukvård enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting,

2. den hälso- och sjukvård enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner 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 eller helt eller delvis finansieras av landsting.

För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunalagen (1991:900).

Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

I *första stycket 1 och 2* görs följdändringar med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.15 Förslaget till lag om ändring i lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall

3 a § För den som har fått ersättning enligt denna lag ska tillgångar uppgående till ett belopp om etthundrasjuttiofemtusen (175 000) kr anses som förmögenhet och inte beaktas vid tillämpning av

1. bestämmelserna om bostadsbidrag i 97 kap. 6–10 §§ socialförsäkringsbalken,

2. bestämmelserna om bostadstillägg i 102 kap. 10–13 §§ samma balk,

3. 4 kap. 1 § och 8 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453),

4. 15 kap. 1, 2, 5 och 6 §§ *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*,

5. 19 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

I *första stycket 4* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.16 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

8 kap.

5 § Den enskildes avgifter får

1. för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 15 kap. 6 § första stycket lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvård, per månad uppgå till högst en tolftedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet,
2. för bostad i särskilt boende per månad uppgå till högst en tolftedel av 0,50 gånger prisbasbeloppet.

I första stycket 1 görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.17 Förslaget till lag om ändring i lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar

1 § Med omskärelse avses i denna lag ett sådant kirurgiskt ingrepp i syfte att helt eller delvis avlägsna förhud runt penis, som inte anses utgöra hälso- och sjukvård i den mening som avses i 1 kap. 4 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Denna lag ska tillämpas på omskärelse av pojkar upp till arton års ålder.

I första stycket görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs. I andra stycket görs en redaktionell ändring.

9.18 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

4 § Rätt till förmåner enligt denna lag har

1. den som är bosatt i Sverige, och
2. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom eller moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och

3. den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning.

Rätt till förmåner enligt 5 och 20 §§ med undantag för varor som avses i 18 § andra punkten har även den som i annat fall, utan att vara bosatt i Sverige, har anställning här.

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för

1. dem som får *sluten vård enligt 1 kap. 7 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*,

2. dem som får hemsjukvård enligt 6 kap. 2 § eller 3 § samma lag, och

3. dem som bor i sådan särskild boendeform som avses i 6 kap. 3 § samma lag.

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för dem som får *sluten vård enligt 1 kap. 7 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* samt för den som åtnjuter hemsjukvård som avses i 6 kap. 2 § eller 6 kap. 3 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet och för den som bor i sådan särskild boendeform som avses i 6 kap. 3 § samma lag.

I första stycket delas andra punkten upp i två och i tredje stycket görs texten om till en punktlista i avsikt att underlätta läsning. I paragrafen görs också följdändringar med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

15 § Ett receptbelagt läkemedel ska omfattas av läkemedelsförmånerna och inköpspris och försäljningspris ska fastställas för läkemedlet under förutsättning

1. att kostnaderna för användning av läkemedlet, med beaktande av bestämmelserna i 1 kap. 2 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet, framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhällsekonomiska synpunkter, och

2. att det inte finns andra tillgängliga läkemedel eller behandlingsmetoder som enligt en sådan avvägning mellan avsedd effekt och skadeverkningar som avses i 4 § läkemedelslagen (1992:859) är att bedöma som väsentligt mer ändamålsenliga.

I första stycket 1 görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.19 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.

1 kap.

2 § I denna lag används följande beteckningar med nedan angiven betydelse.

Beteckning	Betydelse
Biobank	Biologiskt material från en eller flera människor som samlas och bevaras tills vidare eller för en bestämd tid och vars ursprung kan härledas till den eller de människor från vilka materialet härrör.
Nämnd för forskningsetik	Nämnd som avses i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.
Huvudman för en biobank	Vårdgivare, forskningsinstitution eller annan som innehar en biobank.
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som omfattas av <i>lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet</i> eller tandvårdslagen (1985:125).
Människa	Levande eller avliden person eller foster.
Provgivare	Levande person från vilken vävnadsprov har tagits.
Vårdgivare	Fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård eller ett laboratorium som mottar vävnadsprover från vårdgivare och som bevarar proverna i en biobank.
Vävnadsprov	Biologiskt material från människa.

I tabellen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.20 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:546) om behandling av personuppgifter i den arbetsmarknadspolitiska verksamheten

1 § Denna lag tillämpas vid behandling av personuppgifter i Arbetsförmedlingens arbetsmarknadspolitiska verksamhet.

Lagen tillämpas också vid behandling av personuppgifter i ärenden om ersättning enligt lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare och i ärenden hos Arbetsförmedlingen om mottagande för bosättning av vissa nyanlända invandrare. Det som sägs i denna lag om behandling av personuppgifter i den arbetsmarknadspolitiska verksamheten ska även gälla behandling av personuppgifter i dessa ärenden.

Lagen ska inte tillämpas i den del av den arbetsmarknadspolitiska verksamheten som även utgör hälso- och sjukvård enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*. I den delen av verksamheten tillämpas i stället patientdatalagen (2008:355).

Lagen gäller endast om behandlingen är helt eller delvis automatiserad eller om uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier.

I *tredje stycket* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.21 Förslaget till lag om ändring i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

1 § Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra

1. landstingets uppgifter
 - enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso och sjukvårdsverksamhet*,
 - enligt tandvårdslagen (1985:125),
 - enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
 - enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,

- enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 - enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.,
 - enligt smittskyddslagen (2004:168), eller
 - som i annat fall enligt lag *ska* handhas av en sådan nämnd som avses i 4 kap. 1 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet, och
2. kommunens uppgifter
- enligt socialtjänstlagen (2001:453),
 - enligt lagen (2013:000) om hälso- och sjukvårdsverksamhet,
 - enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
 - enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
 - enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 - som i annat fall enligt lag *ska* skötas av socialnämnd.

I *punkten 1* görs två följdändringar med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs. Vidare görs en redaktionell ändring.

I *punkten 2* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen upphävs samt två redaktionella ändringar.

9.22 Förslaget till lag om ändring i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor

1 kap.

4 § Lagen gäller inte hälso- och sjukvård som avses i *lagen* (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.23 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

1 kap.

9 § I varje landsting *ska* det finnas en smittskyddsläkare.

En smittskyddsläkare utses av en sådan nämnd som avses i 4 kap. 1 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning *ska* denne verka under nämnden.

Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskydds-enhet eller vid en infektionsklinik inom landstinget att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt denna lag.

I *första stycket* görs en redaktionell ändring. I *andra stycket* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs samt en redaktionell ändring.

9.24 Förslaget till lag om ändring i lagen (2005:466) om beräkning av inkomstprövade socialförsäkrings-förmåner m.m. för neurosedynskadade

2 § För den som enligt regeringsbeslut fått ersättning för foster-skador som antas orsakade av de i Sverige sålda läkemedlen Neurosedyn eller Noxodyn *ska* tillgångar uppgående till ett belopp om femhundrausen (500 000) kronor anses som förmögenhet och inte beaktas vid tillämpningen av

1. 15 kap 1, 2, 5 och 6 §§ lagen (2015:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet,

2. 19 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

3. 97 kap. 6–10 §§ socialförsäkringsbalken,

4. [Upphävd g. Lag 2009:1057],

5. 2 kap. 7 § och 4 kap. 14 § studiestödslagen (1999:1395),

6. 4 kap. 1 § och 8 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453), samt

7. 102 kap. 10–13 §§ socialförsäkringsbalken.

I *punkten 1* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.25 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

4 kap.

1 § Kommuner och landsting får på begäran lämna hjälp till andra kommuner och landsting som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Om hjälp har lämnats har kommunen eller landstinget rätt till skälig ersättning av den andra kommunen eller landstinget.

När en enskild persons vistelse i en kommun är föranledd av en extraordinär händelse i fredstid, har vistelsekommunen rätt till ersättning från den kommun som drabbats av den extraordinära händelsen.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.7.2.

Utredningens förslag innebär att bestämmelsens *andra stycke* upphävs. Andra stycket i gällande lydelse innehåller en hänvisning till 26 c § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Utredningen gör bedömningen att den särskilda bestämmelsen i 26 c § HSL, om möjlighet att lämna hjälp i form av hälso- och sjukvårdsresurser till andra kommuner och landsting, inte behövs då regleringen i 4 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap omfattar även sådan hjälp. Någon ändring i sak är inte avsedd.

9.26 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap

2 kap.

4 § Kommuners och landstings skyldighet att ta hand om utrymmande och utlännningar som söker skydd i Sverige regleras i socialtjänstlagen (2001:453), *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* och lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.27 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

1 § I denna lag finns bestämmelser om landstingens skyldigheter att, utöver vad som följer av *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* samt tandvårdslagen (1985:125), erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård åt asylsökande och vissa andra utlänningar.

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

2 § De föreskrifter som gäller för vård som ges med stöd av *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*, patientlagen (2015:000) samt tandvårdslagen (1985:125) gäller även för vård som ges enligt denna lag, om inte något annat föreskrivs.

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.28 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

1 kap.

3 § I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

Uttryck	Betydelse
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i <i>lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet</i> , tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.
Journalhandling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.
Sammanhållen journalföring	Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.29 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands

2 § Med hälso- och sjukvård enligt denna lag avses detsamma som anges i 1 kap. 4 § första stycket lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Katastrofmedicinska insatser ska tillhandahållas av de landsting som anges i 6 § första stycket. Övriga landsting får tillhandahålla sådana insatser.

Det som sägs i denna lag om landsting ska också gälla en kommun som inte ingår i ett landsting.

I första stycket görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.30 Förslaget till lag om ändring i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter

3 kap.

2 § Kommuner får ingå avtal med landsting om att utföra sådana transporter som avses i 4 kap. 6 § lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Kommuner får även ingå avtal med landsting om att utföra hälso- och sjukvård i väntan på sådana transporter.

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.31 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

51 kap.

5 § Assistansersättning lämnas inte för sjukvårdande insatser enligt *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

I 106 kap. 24 och 25 §§ finns bestämmelser om när assistansersättning inte lämnas vid vistelse på institution m.m.

I *första stycket* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

9.32 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

1 kap.

1 § Denna lag syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bestämmelser om

- anmälan av verksamhet m.m. (2 kap.),
- vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (3 kap.),
- behörighetsfrågor (4 kap.),
- begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder (5 kap.),
- skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. (6 kap.),
- Socialstyrelsens tillsyn (7 kap.),
- prövotid och återkallelse av legitimation m.m. (8 kap.),
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (9 kap.), och
- straffbestämmelser och överklagande m.m. (10 kap.).

Allmänna bestämmelser om mål och krav på hälso- och sjukvården och tandvården finns i *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*, *patientlagen (2015:000)* och *tandvårdslagen (1985:125)*.

I *andra stycket* görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

2§ Med *hälso- och sjukvård* avses i denna lag verksamhet som omfattas av *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*, tandvårdslagen (1985:125), *lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar* samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt *lagen (2009:366) om handel med läkemedel*.

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

3 kap.

1 § Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att *kraven i 2 kap. lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet* respektive *god vård i tandvårdslagen (1985:125)* upprätthålls.

I paragrafen görs följdändringar med anledning av dels att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs, och dels förändrade skrivningssätt avseende krav på sjukvården i *lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

6 kap.

10 a § *Varje läkare som är anställd vid en enhet inom landstingens eller en landstingsfri kommuns hälso- och sjukvård som har upplåtits för högskoleutbildning för läkarexamen (upplåten enhet) är skyldig att biträda vid handledningen av medicine studerande.*

En specialistutbildad läkare som är anställd vid en upplåten enhet är, i den mån den eller de nämnder som utövar ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten vid enheten medger det, skyldig att inom sitt verksamhetsområde utföra den undervisning och den examination som behövs för att högskoleutbildning för läkarexamen ska kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.

Bestämmelsen är ny i patientsäkerhetslagen och behandlas i avsnitt 3.9.

Paragrafen motsvarar i sak 1 § samt 5 § *lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter*, m.m. Bestämmelsen innehåller allmänna skyldigheter för läkare anställda vid

upplåtna enheter. Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal har samlats i patientsäkerhetslagen (201:659), och denna bestämmelse bör därför införas här.

I *första stycket* definieras upplåten enhet. Med landstingsfri kommun avses en kommun som inte ingår i ett landsting. Ingen ändring i sak är avsedd.

Redaktionella ändringar har gjorts i *andra stycket* i syfte att tydliggöra vilken nämnd som avses och modernisera språket.

Förarbeten till bestämmelsen finns i proposition 1981/82:97 s. 85 f. och 139.

9.33 Förslaget till lag om ändring i lag (2013:000) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om skyldighet för landsting att, utöver vad som följer av *lagen (2013:000) om hälso- och sjukvårdsverksamhet* och tandvårdslagen (1985:125), erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård till vissa utlänningar som vistas inom ett landsting utan att vara bosatta där.

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

3 § De föreskrifter som gäller för sådan vård som ges med stöd av *lagen (2013:000) om hälso- och sjukvårdsverksamhet* och tandvårdslagen (1985:125) ska tillämpas även för vård som ges enligt denna lag, om inte något annat föreskrivs.

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävs.

Kommittédirektiv 2011:25

Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning

Beslut vid regeringssammanträde den 24 mars 2011

Sammanfattning

En särskild utredare ska föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas. En utgångspunkt för utredarens arbete ska vara att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård.

Utredaren ska bl.a. föreslå hur

- vården kan ges på mer likvärdiga villkor,
- patientens valmöjligheter i vården kan stärkas ytterligare,
- patientens behov av stöd, råd och information bör hanteras inom ramen för vårdgarantin och det fria vårdvalet,
- berörda myndigheter bör arbeta för att stärka patientens ställning, och
- informationsutbytet mellan patient och vårdgivare kan underlättas och utvecklas.

Utredaren ska också lämna förslag till en ny patientlagstiftning där bestämmelser med betydelse för patientens ställning samlas och föreslå de följdändringar som krävs i övrig lagstiftning på området.

Ett delbetänkande med förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas ska lämnas

senast den 30 juni 2012. En slutredovisning med förslag till en ny patientlag och följdändringar ska lämnas senast den 1 januari 2013.

Insatser hittills för att stärka patientens ställning

Regeringen har under senare år gjort ett flertal insatser för att stärka patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården. Särskilt kan nämnas reformer för ökad valfrihet för patienten, lagstadgad vårdgaranti, skärpt tillsyn av hälso- och sjukvården, samordnad tillsyn av hälso- och sjukvården och socialtjänsten med särskilt fokus på de mest sjuka äldre samt ökade satsningar på kvalitetsregister i landsting och kommuner. Även insatser som utvidgad rätt till förnyad medicinsk bedömning och rätt till fast vårdkontakt kan lyftas fram.

På psykiatriområdet är personalen numera skyldig att ta hänsyn till barns behov av bl.a. stöd om föräldern är psykiskt sjuk eller har en psykisk funktionsnedsättning. För kommuner och landsting har det tillkommit skyldigheter i fråga om samarbete och individuella planer när det gäller personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

Den 1 januari 2011 inledde Myndigheten för vårdanalys (MYVA) sin verksamhet. Myndigheten ska ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvården och delar av socialtjänsten.

Arbetet med öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har varit ett viktigt verktyg för att synliggöra skillnader i kvalitet och effektivitet och har därmed bidragit till att skapa förutsättningar för en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Uppdraget att stärka patientens ställning och inflytande över vården

Trots att åtskilliga insatser genomförts finns det fortfarande en rad områden där patientens ställning bör stärkas. En utgångspunkt för utredarens arbete ska vara att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård för kvinnor och män i alla åldrar i hela befolkningen.

Hur kan vården ges på mer likvärdiga villkor?

Ett av målen för hälso- och sjukvården i Sverige är enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. De regionala skillnader som förekommer kan medföra att patienter i dag får behandling och sjukvårdsinsatser av skiftande kvalitet beroende på var i landet de bor. Utbudet och anpassningen till individuella önskemål samt subventionsgraden kan också variera runt om i landet.

I takt med att landstingen utvecklar utbudet av vård och använder sig av nya behandlingsmetoder förbättras konstant hälso- och sjukvårdens kvalitet. Eftersom förbättringsarbetet går olika snabbt i de olika landstingen är det naturligt att en del landsting exempelvis uppvisar bättre medicinska resultat än andra. En del av skillnaderna kan dock betraktas som omotiverade, t.ex. där kvaliteten på behandlingen i ett landsting år efter år är låg i förhållande till övriga landsting. I dessa fall kan det finnas vinster med att en viss harmonisering av landstingens verksamhet sker i syfte att ge människor en jämlik och likvärdig tillgång till vård av god kvalitet oberoende av bostadsort.

Utredaren ska därför

- föreslå hur regionala skillnader i vårdinnehåll och vårdresultat kan uppmärksammas och hanteras så att kvinnor och män i alla åldrar i hela befolkningen erbjuds en likvärdig och jämlik tillgång till vård av god kvalitet.

Hur kan patientens valmöjligheter i vården stärkas ytterligare?

I 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) regleras vårdvalssystemet enligt vilket landstinget bland annat ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt samma bestämmelse ska, när landstinget beslutat om vårdvalssystem, lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) tillämpas. Dessa bestämmelser har främst inverkan på patientens möjlighet att få tillgång till vårdgivare inom det egna landstinget. I Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) (dåvarande Landstingsförbundet) rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (A 00:56) regleras den enskildes möjligheter att välja planerad vård. Enligt rekommendationen ska patienten erbjudas möjlighet att välja planerad vård inom såväl det

egna landstinget som i ett annat landsting efter det att patientens behov fastställts i hemlandstinget. Alla landsting har åtagit sig att följa SKL:s rekommendation om det fria vårdvalet.

Utredningen om patientens rätt diskuterade frågan om en reglering av det fria vårdvalet som ett led i arbetet med att förbättra valfriheten för patienter i delbetänkandet Patientens rätt – några förslag för att stärka patientens ställning (SOU 2008:127). En reglering av det fria vårdvalet skulle medföra flera fördelar för såväl patient som vårdgivare. Framför allt skulle en lagreglering innebära att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på valmöjlighet för patienten som rekommendationen innebär. En lagreglering kan även vara ett sätt att öka öppenheten för patienter och övriga medborgare och samtidigt tydliggöra att valfrihet som kan leda till ökad tillgänglighet är en viktig kvalitetsaspekt. Det skulle också leda till en ökad kännedom om det fria vårdvalet även hos vårdpersonalen.

Ett ytterligare led i att stärka patientens valmöjlighet är att underlätta för patienten att kunna välja privata vårdgivare i andra landsting. Ett förslag som förts fram från SKL är att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kompletteras så att de vårdåtaganden och de ersättningsnivåer som ett landsting har kommit överens om i ett kontrakt med en privat vårdgivare också skulle kunna gälla i samband med vård av patienter från andra landsting, om inget annat överenskoms i upphandlingskontraktet. Detta skulle inte endast underlätta för den enskilde patienten att på ett smidigt sätt kunna välja privat vårdgivare med kontrakt med andra landsting utan även förenkla för privata vårdgivare att tillhandahålla så kallad utomlänsvård.

Reella valmöjligheter förutsätter att patienten får relevant information. I 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) föreskrivs att patienten ska ges individuellt anpassad information om bland annat sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården samt om vårdgarantin. En undersökning om efterlevnaden av SKL:s rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården, genomförd av utredningen om patientens rätt, visar att kunskapen i sjukvårdsorganisationen om vad regelverket kring rekommendationen innebär är varierande och på flera håll bristfällig. Framför allt framträder en betydande oklarhet om vad som omfattas av rekommendationen och vad som ryms inom vårdgarantin. I fråga om generell kunskap om vårdgarantin är kännedomen relativt god hos hälso-

och sjukvårdspersonalen. Detaljkunskapen om vårdgarantin kan dock betraktas som mindre god enligt rapporten Kåren och köerna – En ESO- rapport (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård (2010:9). Det finns anledning att utveckla bättre strukturer för hur denna typ av information ska göras tillgänglig för hälso- och sjukvårdspersonal och i slutändan patienten. Ett särskilt fokus bör riktas på att öka kännedomen om hur vårdgarantin och det fria vårdvalet skiljer sig från varandra.

Utöver vad som enligt lag ska tillhandahållas patienten, finns också annan information som kan underlätta i vårdvalsprocessen. Här kan bland annat nämnas att Organisationskommittén för MYVA har i uppdrag att utreda hur patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information om kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården bättre kan tillgodoses och utvecklas. På 1177.se pågår exempelvis arbete med att samla information kopplat till vårdval i primärvården.

Ansvar för att tillhandahålla information om möjligheterna för patienten att få vård inom EU/EES-området ligger i dag hos Försäkringskassan. Det finns anledning att utreda om ett något mer begränsat sådant informationsansvar bör åläggas landstingen.

Utredaren ska

- föreslå en reglering av ett fritt vårdval över hela Sverige,
- föreslå en reglering som underlättar möjligheten att utnyttja privata vårdgivare i ett annat landsting än patientens hemlandsting,
- föreslå hur information kring bestämmelser om bl.a. vårdgarantin ska kunna göras mer tillgänglig för patienten,
- föreslå hur kännedomen kan öka om skillnaderna mellan vårdgarantin och det fria vårdvalet, och
- ta ställning till om landstingens informationsansvar ska utökas till att även omfatta information om vård inom EU/EES-området.

Hur bör patientens behov av stöd, råd och information hanteras inom ramen för vårdgarantin och det fria vårdvalet?

Inom flera landsting har särskilda funktioner inrättats med målsättningen att främst stödja patienter inom ramen för vårdgarantins och det fria vårdvalets bestämmelser. Dessa funktioner benämns ofta som vårdslussar, vårdlotsar m.m. Främst rör det sig om situationer där patienten inte har erbjudits vård inom vårdgarantins gränser och därför kan behöva särskilt stöd. Landstingens verksamheter skiljer sig emellertid åt och kan uppvisa skiftande kvalitet beträffande både ambitionsnivå och organisation. Situationen kan medföra att patienter i olika delar av landet får stöd av varierande standard. Det nuvarande systemet väcker alltså frågan om de befintliga funktionerna ute i landstingen för hantering av patienters behov av stöd, råd och information är tillräckliga. En lagreglerad och nationellt kvalitetssäkrad stödfunktion inom landstingen bör annars övervägas.

Utredaren ska

- undersöka om befintliga system för hantering av patientens behov av bl.a. stöd är tillräckliga när det gäller företrädesvis vårdgarantin och det fria vårdvalet, och vid behov lämna förslag på en särskild lagreglerad stödfunktion,
- redovisa framgångsrika regionala projekt på området, och
- vid behov utarbeta nödvändiga författningsförslag.

Hur kan man bättre fånga upp och dra lärdom av patientupplevelser för att utveckla verksamheten?

För att kunna utveckla hälso- och sjukvården är det viktigt att patienters upplevelser och synpunkter samlas in och sammanställs. Detta kan innefatta patientrapporterade uppgifter om till exempel funktion och nöjdhet med vården.

I dag har patienten möjlighet att vända sig till Socialstyrelsen med sina klagomål mot hälso- och sjukvården eller dess personal. Socialstyrelsen utreder sedan de ärenden som har betydelse för patientsäkerheten. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har hand om frågor om återkallande av legitimation och annan behörighet, begränsad eller indragen förskrivningsrätt och prøvotid. Till patientnämnderna kan patienterna i landsting och kommu-

ner framföra sina klagomål och synpunkter. En systematisk insamling och bearbetning på nationell nivå av de patientberättelser som kommer in till dessa aktörer skulle bidra med värdefull information i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården. Det handlar om att identifiera och uppmärksamma bristfälliga rutiner för att effektivisera och förbättra vårdprocessen.

Utöver den patientrapportering som sker inom ramen för hantering av patientens invändningar mot vården bör det övervägas om andra verktyg för patienten att rapportera upplevd kvalitet och bemötande ska introduceras. Syftet är att alla patienter ska ges förutsättningar att dela med sig av sina upplevelser av vården genom en enkel webbaserad tjänst. Detta skulle kunna användas av vårdgivarna för att systematiskt förbättra vårdprocesserna genom att fånga den patientupplevda kvaliteten. Det är viktigt att tjänsten utformas så att olika kategorier av patienter kan använda sig av den, t.ex. barn, äldre kvinnor och män, personer med funktionshinder och personer som talar ett annat språk.

Vid en översyn av lämpliga verktyg bör även möjligheten att använda eller utveckla redan befintliga verktyg eller databaser övervägas.

Utredaren ska

- föreslå en modell för systematisk insamling och bearbetning av patientberättelser i klagomåls- och anmälningsärenden, och
- föreslå en modell för webbaserad inrapportering av patientupplevd kvalitet.

Hur bör berörda myndigheter arbeta för att stärka patientens ställning?

Patienten befinner sig ofta i ett kunskapsmässigt underläge gentemot vårdgivaren. Det gäller även vilka krav som patienten kan ställa på hälso- och sjukvården i såväl landsting som kommuner. Behovet av enkel och lättillgänglig information och vägledning om vad man som patient kan förvänta sig av hälso- och sjukvården kommer att vara fortsatt stort även med en samlad patientlagstiftning. Det borde finnas utrymme för Socialstyrelsen, Läke-medelsverket och andra berörda myndigheter att inom ramen för sina respektive uppdrag utveckla sitt arbete med att förbättra patientens ställning i detta avseende.

En utredning har nyligen tillsatts med uppdrag att se över de statliga delarna inom vård- och omsorgssystemet. Utredningen syftar till att dels främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov, dels åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet (dir. 2011:4). I uppdraget ingår bl.a. att föreslå hur ansvarsfördelningen mellan myndigheterna kan förtydligas och ev. överlappningar undanröjas, samt hur den kunskapsgenerering, forskningsfinansiering och kunskapsstyrning som myndigheterna bedriver kan samordnas. Utredningen ska bl.a. bedrivas utifrån ett medborgarperspektiv. Den nu aktuella utredaren ska därför, i samråd med ovan nämnda utredning

- föreslå hur berörda myndigheter kan tillhandahålla information och vägledning i frågor kopplade till patientens ställning på ett enkelt och lättillgängligt sätt, anpassat till olika kategorier av patienter, som t.ex. barn, äldre kvinnor och män, personer med funktionshinder och personer som talar ett annat språk, och
- föreslå hur berörda myndigheter ska återrapportera till regeringen om de åtgärder som vidtagits för att stärka patientens ställning.

Hur kan informationsutbytet mellan patient och vårdgivare förbättras?

Patienten har enligt patientdatalagen (2008:355) rätt att få elektronisk tillgång till sin egen journalinformation. Endast några enstaka landsting erbjuder dock denna möjlighet i dag, och det kan därför vara svårt för patienten att få information som ger ett helhetsperspektiv över den egna hälsan. I takt med att privata och offentliga vårdgivare nu inför sammanhållen journalföring genom tjänsten Nationell patientöversikt skapas förutsättningar att få en mer sammanhållen bild av den mest nödvändiga informationen ur patientens vårdhistorik, t.ex. läkemedelslista, laboratoriesvar och information om tidigare behandlingar. Möjligheten att ge patienten elektronisk tillgång till denna information är därför önskvärd för att skapa ökade förutsättningar för den enskilde att följa upp sin egen hälsosituation och göra hälso- och sjukvården mer öppen.

I betänkandet Patientdatalag (SOU 2006:82) diskuterade patientdatautredningen olika sätt att stärka patientens kontroll över användningen av journalen. Bland annat tog utredningen ställning

till om patienten skulle ges ägande- eller förfoganderätt till sin egen journal. Utredningen avvisade denna idé, men föreslog andra sätt som t.ex. rätt att ta del av en logg över vilka som läst den egna journalen, rätt att få en avvikande mening noterad i sin journal och rätt att få sin journal förstörd. Regeringen gick på utredningens linje i prop. 2007/08:126 och angav bland annat att äganderätt för patienten skulle innebära risker för patientsäkerheten och försvåra för hälso- och sjukvårdspersonal att utföra sitt arbete på ett professionellt och ansvarsfullt sätt. Utöver vad som anförts av utredningen bör inte patienten ensam förfoga över journalen av det skälet att hälso- och sjukvårdspersonalen står under tillsyn. I en situation när personalens handlande ifrågasätts är det viktigt att den myndighet eller den privata vårdgivare som har stått för vården har en egen dokumentation om hur vården har skötts. Tillsynsmyndigheten kan i en sådan situation, när den anställde exempelvis riskerar att förlora sin legitimation, inte vara hänvisad till att endast ta del av den dokumentation som patienten förfogar över. Vidare kan uppmärksammas att det enligt 25 kap. 6 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) i undantagsfall kan gälla hälso- och sjukvårdssekretess även i förhållande till patienten själv. En motsvarande bestämmelse om tystnadsplikt för personal inom den enskilda hälso- och sjukvården finns i 6 kap. 12 § patient- säkerhetslagen (2010:659). Slutligen bör det beaktas att patientjournaler inte bara förekommer i frivillig vård, utan även i tvångsvård som exempelvis rättspsykiatrisk vård. Därför finns det inte skäl att ompröva ställningstagandet att ge patienten en ägande- eller förfoganderätt till patientjournalen som skulle medföra att journalen undantas som allmän handling enligt tryckfrihetsförordningens (1949:105) bestämmelser.

Det finns däremot anledning att undersöka om det finns behov av att ytterligare stärka patientens kontroll över den egna journalen. Genom bredare analys av den argumentation som patientdatautredningen förde kan utredningen identifiera andra tillvägagångssätt för att uppnå en stärkt ställning för patienten i dessa avseenden. Vidare bör det ske en översyn av bestämmelsen om sekretess till skydd för patienten i förhållande till patienten själv. Dessutom bör det när vårddata görs mer tillgänglig för patienten även övervägas vilka nya krav detta ställer på utformningen av den medicinska informationen, samt vilka informationsinsatser som krävs för att patienten ska få en ökad förståelse för innehållet i den egna vårdokumentationen. Exempelvis bör de bedömningar och anteck-

ningar som vårdgivaren gör i journalen i så stor utsträckning som möjligt ske i samförstånd med patienten. Detta för att även undvika situationer där delade meningar råder om innehållets riktighet.

Patienten har enligt bestämmelserna i patientdatalagen (2008:355) även lagliga förutsättningar att kunna spärra hela eller delar av den egna journalen i förhållande till andra vårdenheter. Emellertid är de tekniska och praktiska möjligheter som erbjuds i dag otillräckliga för att patienten ska kunna utöva sin rätt att spärra känslig information.

Utöver verktyg för att ge patienten en enkel tillgång till den egna vårddokumentationen behövs också nya IT-stöd för att patienten själv ska kunna dokumentera och dela med sig av sin upplevda hälsosituation och kunna få en personligt anpassad rådgivning för hur han eller hon kan förbättra sin hälsa. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård innebär att vårdgivaren i samtal med patienter förmedlar kunskap, råd och stöd som ger dem förutsättningar att öka kontrollen över sin egen hälsa och att förbättra den. För att möjliggöra en satsning som denna krävs ett nytt nätbaserat verktyg som ger patienten möjlighet att själv dokumentera sin hälsa. Genom en elektronisk hälsodagbok skulle redan existerande nationella rådgivningstjänster som exempelvis 1177.se kunna byggas ut med en personlig tjänst där den enskilde själv kan styra över hur den information som man själv dokumenterar används. Där skulle den enskilde också kunna ges möjlighet att få en säker och enkel åtkomst till information från den offentligt finansierade vården. En elektronisk hälsodagbok förutsätter att information kan överföras elektroniskt på ett enhetligt och strukturerat sätt. Detta ställer stora krav på såväl vårdgivare som ansvariga myndigheters hantering av information.

Det är viktigt att vid utformningen av förslagen värna den personliga integriteten och se till konsekvenserna för patientsäkerheten.

Utredaren ska

- undersöka hur patientens tillgång till sin egen journal via nätet kan påskyndas och underlättas,
- undersöka om det finns behov av att ytterligare stärka patientens kontroll över den egna journalen,

- föreslå praktiska och tekniska lösningar som möjliggör för patienten att utöva sin rätt att spärra hela eller enskilda delar av den egna journalen i förhållande till andra vårdenheter,
- undersöka möjligheterna och formerna för att tillhandahålla en elektronisk hälsodagbok på nätet,
- undersöka de legala förutsättningarna för att patienten på ett strukturerat sätt ska kunna dela med sig av sin egen dokumentation till vårdgivaren,
- beakta erfarenheterna från Socialstyrelsens arbete med nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk för vård och omsorg, och
- vid behov utarbeta nödvändiga författningsförslag.

Utredarens analys ska särskilt beakta den utveckling av elektroniska beslutsstöd som ställer nya krav på vårddokumentationens struktur och utformning.

Utredaren ska även analysera om förslagen får några konsekvenser från sekretess- eller tystnadspliktssynpunkt och vid behov föreslå ändringar i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659).

Vård på barns villkor

Riksdagen godkände nyligen en strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232). Utifrån strategin har regeringen tagit ett antal initiativ. Ett av dessa är en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att stärka barnets rättigheter i verksamheter i kommuner och landsting genom utbildnings- och andra stödinsatser. Ett av de områden som ingår i arbetet är hälso- och sjukvården. Det är viktigt att barn erbjuds vård på barns villkor.

Utredaren ska därför

- kartlägga barnets ställning som patient inom hälso- och sjukvården.

Uppdraget att lämna förslag till en ny patientlagstiftning

Många insatser har gjorts under senare år för att förtydliga och stärka patientens ställning i vården. Det är emellertid svårt, både för medborgarna och sjukvårdshuvudmännen, att få en tydlig bild av bestämmelserna på området eftersom Sverige saknar en lagstiftning som samlat beskriver patientens ställning i vården. Vidare anger lagstiftningen i princip genomgående vårdgivarnas och personalens skyldigheter gentemot patienten, i stället för att ange vilka rättigheter och möjligheter patienten har. Det skulle alltså behövas en ny patientlagstiftning där bestämmelser med betydelse för patientens ställning samlas i syfte att förtydliga och stärka patientens ställning.

Ingen rättighetslagstiftning

Frågan om en patientlagstiftning ska ange i domstol utkrävbara rättigheter till vård och behandling har varit föremål för diskussion i tidigare statliga utredningar. Möjligheten att frångå systemet med skyldighetslagstiftning till förmån för en rättighetsbaserad lagstiftning lyftes bland annat fram i ett delbetänkande (SOU 1997:154) av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). En sådan konstruktion skulle innebära att patienten har möjlighet att få sin sak prövad av domstol. Utredningen konstaterade att detta skulle medföra genomgripande förändringar av statens styrning av landstingen, med stora effekter på finansierings- och styrningssystemen för vården. Dessutom ansåg utredningen att det finns en rad svårigheter med att införa utkrävbara rättigheter på hälso- och sjukvårdsområdet, eftersom domstolsprövningar av det slaget med mycket komplicerade medicinska bedömningar skulle kräva omfattande expertmedverkan och därmed bli både tidsödande och resurskrävande såväl för rättsväsendet som för hälso- och sjukvården. Utredningen slog fast att en sådan situation ofrånkomligen medför att de resurser som tas i anspråk för domstolsprövningarna drabbar den sjukvårdande verksamheten negativt. Ett annat problem som utredningen lyfte fram var svårigheten att utforma adekvata sanktioner som är till nytta för den enskilde patienten.

Regeringen ställer sig bakom utredningens bedömning. En samlad patientlagstiftning ska alltså inte innehålla utkrävbara rättigheter i den meningen att beslut som fattas inom vården ska kunna överprövas av domstol.

Hur ska en samlad patientlagstiftning vara utformad?

Frågan om en lagstiftning som samlat beskriver patientens ställning i vården har varit föremål för flera utredningar de senaste åren. Det har ansetts ha ett starkt symbolvärde att de bestämmelser som har betydelse för patientens ställning samlas i en lag i stället för att vara utspridda på flera olika lagar. Vidare har ett patientperspektiv i lagstiftningen ansetts medföra att patientens ställning indirekt kan stärkas.

Ett införande av en patientlagstiftning kräver att ställning tas till hur förhållandet mellan de lagar som reglerar patientens ställning ska se ut. Hit hör den lagstiftningstekniskt problematiska diskussionen om samma regel ska finnas på flera ställen i lagstiftningen. Frågan behandlades bland annat i Ansvarskommitténs betänkande *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft* (SOU 2007:10), där kommittén lämnade ett förslag till patientlag. Det konstaterades att även med en samlad patientlagstiftning kvarstår behovet av att reglera vårdgivarnas och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter. Kommittén ansåg därför att upprepningar och dubbelregleringar inte helt kan undvikas. Enligt tidigare utredningar kan det vara svårt med en uttömmande reglering som samlar alla de bestämmelser som har betydelse för patientens ställning. Det finns risk för att en sådan lag blir alltför omfattande och svåröverskådlig. Regeringen delar tidigare utredningars bedömning i ovanstående frågor.

Utredaren ska

- ta ställning till hur en samlad patientlagstiftning bör utformas och vilka bestämmelser med betydelse för patientens ställning som den bör innehålla,
- analysera förhållandet till annan lagstiftning,
- göra lagstiftningen så lättillgänglig, överskådlig och pedagogisk som möjligt för såväl patienter och allmänhet som hälso- och sjukvårdspersonal,
- ta del av tidigare utredningar på området,
- ta del av erfarenheter från andra länder som har patientlagstiftning, i första hand de nordiska länderna, och
- utarbeta ett fullständigt författningsförslag som ska innefatta eventuella följdändringar i annan lagstiftning.

Ekonomiska konsekvenser

Om förslagen i betänkandet påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting eller enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting ska kommittén föreslå en finansiering.

Konsekvenser för det kommunala självstyret

Sedan den 1 januari 2011 finns det i 14 kap. 2 § regeringsformen ett förtydligande av principen om att kommunalt självstyre gäller för all kommunal verksamhet. I 14 kap. 3 § regeringsformen har en bestämmelse införts om att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den, dvs. en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av förslagen i betänkandet påverkar det kommunala självstyret, ska dess konsekvenser och de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i arbetet samråda med myndigheter, patientorganisationer och huvudmän inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska även samråda med Barnombudsmannen. Utredaren ska beakta underlag från tidigare utredningar på området. Vidare ska utredaren samråda med Översynen av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet (dir. 2011: 4). De förslag som har konsekvenser för organisering och ansvarsfördelning inom området ska tas fram i samråd med utredningen om en översyn av de statliga delarna inom vård- och omsorgssystemet.

Utredaren ska även följa arbetet med att genomföra direktiv 2011/24/EU om patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Utredaren bör även bevaka Europeiska kommissionens arbete med att utarbeta lagstiftning som rör tjänstekoncessioner. Kommissionen presenterade den 27 januari 2011 en grönbok om en modernisering av EU:s politik för offentlig upphandling, KOM (2011) 15 slutlig, och utredaren uppmanas att följa även

detta arbete. Utredaren ska också beakta annat pågående utredningsarbete av relevans samt ombesörja en bred förankring av förslagen.

Utredaren ska redovisa sitt arbete i två etapper. En redovisning med förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över vården kan stärkas ska lämnas senast den 30 juni 2012. En slutredovisning med förslag till en ny patientlag och följdändringar ska lämnas senast den 1 januari 2013.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2012:24

Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning (S 2011:03)

Beslut vid regeringssammanträde den 29 mars 2012

Bakgrund

Regeringen beslutade den 24 mars 2011 kommittédirektiv om en stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning (dir. 2011:25). Den huvudsakliga inriktningen av utredningens uppdrag gäller även fortsättningsvis. Vissa delar av uppdraget överlappar eller hänger emellertid nära samman med Utredningen om förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m. (S 2011:13, dir. 2011:111). Det finns därför behov av att klargöra gränsdragningen mellan de båda utredningsuppdragen och delvis förändra omfattningen av dem.

Ändring i uppdraget

Utgångspunkten för utredarens arbete ska vara att analysera och lämna förslag till hur patientens ställning och inflytande i hälso- och sjukvården generellt kan stärkas.

Fånga upp och dra lärdom av patientupplevelser för att utveckla verksamheten

Den del i utredarens uppdrag som handlar om hur vårdgivare bättre kan fånga upp och dra lärdom av patientens upplevelser för verksamhetsutveckling sammanfaller till viss del med det uppdrag som lämnats till Utredningen om förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m. Den utredningen har bl.a. uppdraget att föreslå nationella kriterier för vad som kan betecknas som patientrapporterade utfallsmått. Utredarens uppdrag att föreslå en modell för webbaserad inrapportering av patientupplevd kvalitet hänger nära samman med de nationella kriterierna för utfallsmått och förs därför över till Utredningen om förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m.

Informationsutbytet mellan patient och vårdgivare

I den del av utredarens uppdrag som gäller hur informationsutbytet mellan patient och vårdgivare kan underlättas och utvecklas görs flera ändringar.

Utredaren har uppdraget att ”föreslå praktiska och tekniska lösningar som möjliggör för patienten att utöva sin rätt att spärra hela eller delar av den egna journalen i förhållande till andra vårdenheter”. Utredningen om förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m. har uppdraget att föreslå förändringar i lagstiftningen och andra nödvändiga åtgärder som ökar patientsäkerheten och stärker den enskildes faktiska möjligheter att utöva sin rätt att spärra hela eller delar av sin journal. Det är de rättsliga förutsättningarna för möjligheten för den enskilde att spärra sin journal som i första hand bör utredas. Det är inte nödvändigt att utreda de praktiska och tekniska lösningarna innan de rättsliga förutsättningarna är klarlagda. Denna del tas därför bort ur utredarens uppdrag.

I Dagmaröverenskommelsen för 2012 (S2011/1708/FS, S2012/1972/FS delvis) framgår att det gemensamma arbetet med att utveckla ett hälsokonto för medborgaren prioriteras under 2012. Ett enhetligt gränssnitt gentemot kommersiella aktörer ska garanteras. Staten kommer att ansvara för att medborgaren erbjuds en säker infrastruktur för datalagring samt tillgång till egen pati-

entöversikt och läkemedelsinformation. En elektronisk hälsodagbok på nätet faller inom ramen för arbetet med hälsokontot. Utredarens uppdrag att undersöka möjligheterna och formerna för att tillhandahålla en elektronisk hälsodagbok på nätet tas därför bort.

Utredningen om förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m. ska analysera och lämna förslag som juridiskt tydliggör gränsen mellan patientens egen personuppgiftsbehandling och vårdgivarens personuppgiftsbehandling enligt dennes personuppgiftsansvar för sådana känsliga uppgifter som den enskilde själv rapporterar in till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Utredarens uppdrag att undersöka de legala förutsättningarna för att patienten ska kunna dela med sig av sin egen dokumentation till vårdgivaren har en bredare ansats än ovanstående, och innefattar frågor om sekretess och om innebörden av patientens direktåtkomst till uppgifter. De juridiska frågorna bör behandlas ur ett helhetsperspektiv. Utredarens uppdrag att ”undersöka de legala förutsättningarna för att patienten på ett strukturerat sätt ska kunna dela med sig av sin egen dokumentation till vårdgivaren”, att ”beakta erfarenheterna från Socialstyrelsens arbete med nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk för vård och omsorg” samt att ”vid behov utarbeta nödvändiga författningsförslag” överförs därför till Utredningen om förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m. Utredaren ska emellertid undersöka förutsättningar utöver de legala, för att patienten på ett strukturerat sätt ska kunna dela med sig av sin egen dokumentation till vårdgivaren.

Mot bakgrund av det ovan anförda begränsas utredarens uppdrag i denna del till att

- undersöka hur patientens tillgång till sin egen journal via nätet kan påskyndas och underlättas,
- undersöka om det finns behov av att ytterligare stärka patientens kontroll över den egna journalen, och
- undersöka andra än de legala förutsättningarna för att patienten på ett strukturerat sätt ska kunna dela med sig av sin egen dokumentation till vårdgivaren.

Övriga strecksatser som anges i tidigare direktiv (dir. 2011:25) i denna del faller därmed utanför utredarens uppdrag.

Utredarens analys behöver inte beakta den utveckling av elektroniska beslutsstöd som ställer nya krav på vårddokumentationens struktur och utformning. Utredaren behöver inte heller analysera om förslagen får några konsekvenser från sekretess- eller tystnadspliktssynpunkt eller föreslå ändringar i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659).

Utredaren ska särskilt beakta patientens perspektiv i arbetet med att undersöka hur dennes tillgång till sin egen journal via nätet kan påskyndas och underlättas och om det finns behov av att ytterligare stärka patientens kontroll över den egna journalen.

Utredaren ska redovisa uppdraget i denna del senast den 30 juni 2012.

Förlängd tid och ändringar av redovisningstillfällen för uppdraget

Utredningstiden förlängs. Kvarstående delar av uppdraget när det gäller hur informationsutbytet mellan patienten och vårdgivaren kan förbättras ska som nämnts ovan redovisas senast den 30 juni 2012.

En redovisning med förslag i de delar som avser

- en ny patientlagstiftning
- hur patientens valmöjligheter i vården kan stärkas ytterligare, och
- hur patientens behov av stöd, råd och information bör hanteras inom ramen för bl.a. vårdgarantin

ska lämnas senast den 31 januari 2013. Denna redovisning ska innehålla utredarens samlade författningsförslag.

En slutredovisning med utredarens övriga förslag, dvs. i de delar som rör

- hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor,
- en modell för systematisk insamling och bearbetning av patientberättelser i klagomåls- och anmälningsärenden,

- hur berörda myndigheter bör arbeta för att stärka patientens ställning, och
- kartläggning av barnets ställning som patient inom hälso- och sjukvården

ska lämnas senast den 30 juni 2013. Utredaren är dock oförhindrad att vid behov lämna kompletterande författningsförslag i slutredovisningen.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2012:113

Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning (S 2011:03)

Beslut vid regeringssammanträde den 15 november 2012

Utvidgning av uppdraget

Regeringen beslutade den 24 mars 2011 kommittédirektiv om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning (dir. 2011:25). Utredaren har bland annat uppdraget att föreslå en samlad patientlagstiftning. I denna del ska utredaren bland annat analysera förhållandet till annan lagstiftning och utarbeta ett fullständigt författningsförslag som ska innefatta eventuella följdändringar i annan lagstiftning. Förslaget till patientlag ska lämnas senast den 31 januari 2013. En slutredovisning med utredarens övriga förslag ska lämnas senast den 30 juni 2013.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, trädde i kraft den 1 januari 1983 och har därefter genomgått frekventa ändringar. Den grundläggande strukturen i lagen är dock oförändrad. Som helhet kan det konstateras att lagen i sin nuvarande utformning är ålderdomlig och i vissa fall otydlig samt har en svåröverskådlig struktur. Utredarens pågående arbete med en ny patientlag och de följdändringar i HSL som kommer att bli nödvändiga riskerar att ytterligare bidra till dessa brister. Sammantaget har det framkommit ett behov av att göra en översyn av HSL, särskilt när det gäller lagens struktur och utformning.

Mot denna bakgrund ska utredaren lämna förslag till en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som ersätter HSL. Den nya lagen ska vara en ramlag och samla generella bestämmelser om organisation

och ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården. Detta avser särskilt de bestämmelser i HSL som inte föreslås inarbetas i utredarens förslag till ny patientlag. Det kan dock även avse bestämmelser i annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område.

Utredaren ska särskilt

- analysera vilka bestämmelser i HSL och annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område som är nödvändiga i en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation samt göra en lagteknisk och språklig översyn av dessa,
- överväga om vissa bestämmelser i nuvarande HSL i stället bör regleras i speciallagstiftning eller i förordning,
- överväga vilka bemyndiganden som är nödvändiga, samt
- lämna nödvändiga författningsförslag.

En utgångspunkt för utredarens arbete i denna del ska vara att ansvarsförhållandena inom hälso- och sjukvården inte ska ändras.

Utredaren ska i denna del beakta arbetet inom utredningen En kommunallag för framtiden (Fi 2012:07).

Tilläggsuppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2013.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2013

Kronologisk förteckning

1. Förändrad hantering av importmoms. Fi.
2. Patientlag. S.
3. Trängselskatt – delegation, sanktioner och utländska fordon. Fi.
4. Tillstånd och medling. Ju.
5. Djurhållning och miljön
– hantering av risker och möjligheter med stallgödsel. L.
6. Att förebygga och hantera finansiella kriser. Fi.
7. Skärpningar i vapenlagstiftningen. Ju.
8. Den svenska veteranpolitiken
Statligt bidrag till frivilliga organisationer som stödjer veteransoldater och anhöriga. Fö.
9. Riksbankens finansiella oberoende och balansräkning. Fi.
10. Rätta byggfelen snabbt!
– med effektivare förelägganden och försäkringar. S.
11. Kunskapsläget på Kärnavfallsområdet 2013. Slutförvarsansökan under prövning; kompletteringskrav och framtidsalternativ. M.
12. Goda affärer – en strategi för hållbar, offentlig upphandling. Fi.
13. Ungdomar utanför gymnasieskolan
– ett förtydligt ansvar för stat och kommun. U.
14. En översyn inom Sevesoområdet
– förslag till en förstärkt organisation för att förebygga och begränsa följderna av allvarliga kemikalieolyckor. Fö.
15. För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning. U.
16. Effektivare konkurrenstillsyn. N.
17. Brottmålsprocessen. Del 1 och 2. Ju.
18. Regeringsbeslut av ett statsråd – SRÅ. Fö.
19. Mera glädje för pengarna. Ku.
20. Kommunal vuxenutbildning på grundläggande nivå – en översyn för ökad individanpassning och effektivitet. U.
21. Internationell straffverkställighet. Ju.
22. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt
– samordning och digital samverkan. N.
23. Ersättning vid läkemedelsskador och miljöhänsyn i läkemedelsförmånerna. S.
24. E-röstning och andra valfrågor. Ju.
25. Åtgärder för ett längre arbetsliv. + Lättläst + Daisy. S.
26. Fri att leka och lära
– ett målinriktat arbete för barns ökade säkerhet i förskolan. U.
27. Vissa frågor om gode män och förvaltare. Ju.
28. Försäkring på transportområdet i krig och kris. Fi.
29. Det svenska medborgarskapet. A.
30. Det tar tid
– om effekter av skolpolitiska reformer. U.
31. En digital agenda i människans tjänst
– Sveriges digitala ekosystem, dess aktörer och drivkrafter. N.
32. Budgettramverket
– uppfyller det EU:s direktiv? Fi.
33. En myndighet för alarmering. Fö.
34. En effektivare plan- och bygglovsprocess. S.
35. En ny lag om personnamn. Ju.
36. Disciplinansvar i ett reformerat försvar. Fö.
37. Begripliga beslut på migrationsområdet. Ju.
38. Vad bör straffas? Del 1 och 2. Ju.
39. Europarådets konvention om it-relaterad brottslighet. Ju.
40. Att tänka nytt för att göra nytta
– om perspektivskiften i offentlig verksamhet. S.
41. Förskolegaranti. U.
42. Tillsyn över polisen. Ju.
43. Långsiktigt hållbar markanvändning
– del 1. M.
44. Ansvarsfull hälso- och sjukvård. S.

Statens offentliga utredningar 2013

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Tillstånd och medling. [4]
- Skärpningar i vapenlagstiftningen. [7]
- Brottmålsprocessen. Del 1 och 2. [17]
- Internationell straffverkställighet. [21]
- E-röstning och andra valfrågor. [24]
- Vissa frågor om gode män och förvaltare. [27]
- En ny lag om personnamn. [35]
- Begripliga beslut på migrationsområdet. [37]
- Vad bör straffas? Del 1 och 2. [38]
- Europarådets konvention om it-relaterad brottslighet. [39]
- Tillsyn över polisen. [42]

Försvarsdepartementet

- Den svenska veteranpolitiken
 - Statligt bidrag till frivilliga organisationer som stödjer veteransoldater och anhöriga. [8]
- En översyn inom Sevesoområdet
 - förslag till en förstärkt organisation för att förebygga och begränsa följderna av allvarliga kemikalieolyckor. [14]
- Regeringsbeslut av ett statsråd – SRÅ. [18]
- En myndighet för alarmering. [33]
- Disciplinansvar i ett reformerat försvar. [36]

Socialdepartementet

- Patientlag. [2]
- Rätta byggfelen snabbt!
 - med effektivare förelägganden och försäkringar. [10]
- Ersättning vid läkemedelsskador och miljöhänsyn i läkemedelsförmånerna. [23]
- Åtgärder för ett längre arbetsliv. + Lättläst + Daisy. [25]
- En effektivare plan- och bygglovsprocess. [34]
- Att tänka nytt för att göra nytta
 - om perspektivskiften i offentlig verksamhet. [40]
- Ansvarsfull hälso- och sjukvård. [44]

Finansdepartementet

- Förändrad hantering av importmoms. [1]
- Trängselskatt – delegation, sanktioner och utländska fordon. [3]
- Att förebygga och hantera finansiella kriser. [6]
- Riksbankens finansiella oberoende och balansräkning. [9]
- Goda affärer – en strategi för hållbar, offentlig upphandling. [12]
- Försäkring på transportområdet i krig och kris. [28]
- Budgetramverket
 - uppfyller det EU:s direktiv? [32]

Utbildningsdepartementet

- Ungdomar utanför gymnasieskolan
 - ett förtydligt ansvar för stat och kommun. [13]
- För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning. [15]
- Kommunal vuxenutbildning på grundläggande nivå – en översyn för ökad individanpassning och effektivitet. [20]
- Fri att leka och lära
 - ett målinriktat arbete för barns ökade säkerhet i förskolan. [26]
- Det tar tid
 - om effekter av skolpolitiska reformer. [30]
- Förskolegaranti. [41]

Landsbygdsdepartementet

- Djurhållning och miljön
 - hantering av risker och möjligheter med stallgödsel. [5]

Miljödepartementet

- Kunskapsläget på Kärnavfallsområdet 2013. Slutförvarsansökan under prövning: kompletteringskrav och framtidsalternativ. [11]

Långsiktigt hållbar markanvändning
– del 1. [43]

Näringsdepartementet

Effektivare konkurrenstillsyn. [16]

Så enkelt som möjligt för så många som möjligt
– samordning och digital samverkan. [22]

En digital agenda i människans tjänst

– Sveriges digitala ekosystem, dess aktörer
och drivkrafter. [31]

Kulturdepartementet

Mera glädje för pengarna. [19]

Arbetsmarknadsdepartementet

Det svenska medborgarskapet. [29]