

Lagrådsremiss

Patientlag

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 23 januari 2014

Göran Hägglund

Lars Hedengran
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

I lagrådsremissen föreslås att en ny lag, patientlagen, införs. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Den nuvarande informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas. Det klargörs även att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. Patienten ska dock få den vård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja inte kan utredas.

Möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning ska utvidgas och det innebär att möjligheten enbart villkoras av att han eller hon har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom.

Patienten ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård utvidgas således till att även gälla patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Hemlandstinget ska bekosta vård som en patient får i ett annat landsting, under förutsättning att det förstnämnda landstingets remissregler följs.

Utöver detta införs bestämmelser om barns inflytande över sin vård i den nya lagen.

I övrigt innehåller den nya lagen motsvarigheter till nuvarande bestämmelser om exempelvis vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering samt val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.

Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2015.

Innehållsförteckning

1	Beslut.....	4
2	Lagtext.....	5
2.1	Förslag till patientlag.....	5
2.2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	11
2.3	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	17
2.4	Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	19
2.5	Förslag till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.	20
2.6	Förslag till lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.	21
2.7	Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	22
2.8	Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	23
3	Ärendet och dess beredning.....	26
4	Patientens ställning.....	26
4.1	Gällande rätt.....	27
4.1.1	Allmänt om lagstiftningen.....	27
4.1.2	Tillsyn och andra stödfunktioner för patienten.....	28
4.2	Patientlagstiftning i Norden.....	30
5	Allmänna överväganden.....	31
5.1	Målet för hälso- och sjukvården.....	31
5.2	Insatser för att stärka patientens ställning.....	31
5.2.1	Övriga insatser.....	33
5.3	Problem med nuvarande förhållanden.....	33
5.3.1	Vårdanalys rapport om patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård.....	34
5.4	Patientens ställning behöver stärkas.....	34
5.4.1	Patientmaktsutredningens utgångspunkter.....	35
6	En ny patientlag.....	37
7	Individuell information till patienter.....	44
7.1	Information om vård och behandling.....	44
7.2	Information om valfrihet och vårdgaranti m.m.	47
7.3	Individuellt anpassad information.....	50
8	Samtycke.....	52
9	Hälso- och sjukvård till vuxna beslutoförmögna.....	56
10	Barnets inflytande över sin vård.....	59
10.1	Barnets bästa.....	59
10.2	Barns inställning till vård.....	61
10.3	Information till barn och vårdnadshavare.....	65

10.4	Barns ställning i tandvården	67
11	Delaktighet och medverkan.....	68
12	Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel	71
13	Ny medicinsk bedömning	74
14	Ökad valfrihet	78
14.1	Ett fritt val av utförare i öppen vård	78
14.2	Personkrets i bestämmelser om vårdval och vårdgaranti.....	89
14.3	Utökat planeringsansvar för landstingen	90
15	Vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering m.m.	91
15.1	Den nationella vårdgarantin	93
15.2	Fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och individuell plan.....	96
15.2.1	Möjligheten till en fast vårdkontakt.....	96
15.2.2	Möjligheten till en fast läkarkontakt.....	97
15.2.3	Individuell plan ska upprättas vid behov	97
16	Patientnämndernas roll.....	98
17	Stöd till genomförandet och uppföljning	99
17.1	Stöd till genomförandet	99
17.2	Uppföljning ur ett patientperspektiv.....	99
18	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	101
19	Konsekvensanalys.....	102
20	Författningskommentar	107
20.1	Förslaget till patientlag.....	107
20.2	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	124
20.3	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	129
20.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	130
20.5	Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.	131
20.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.	131
20.7	Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)	132
20.8	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	132
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Patientlag (SOU 2013:2).....	134
Bilaga 2	Lagförslag i betänkandet Patientlag (SOU 2013:2).....	142
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanser	162

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. patientlag,
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
3. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
4. lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
5. lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.,
6. lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.,
7. lag om ändring i patientdatalagen (2008:355),
8. lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till patientlag

Härigenom föreskrivs följande.

1 kap. Inledande bestämmelser

1 § Denna lag syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Lagen innehåller bestämmelser om

- tillgänglighet (2 kap.),
- information (3 kap.),
- samtycke (4 kap.),
- delaktighet (5 kap.),
- fast vårdkontakt och individuell planering (6 kap.),
- val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.),
- ny medicinsk bedömning (8 kap.),
- val av utförare (9 kap.),
- personuppgifter och intyg (10 kap.),
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).

2 § Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman.

Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting som huvudman.

3 § Lagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

4 § Bestämmelser om landstings, kommuners och privata vårdgivares skyldigheter och ansvar finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienter finns i patientsäkerhetslagen (2010:659).

5 § Med *hälso- och sjukvård* avses i denna lag dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter.

6 § Målet med hälso- och sjukvården 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.

7 § Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

8 § När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

9 § Bestämmelser om habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för vardagstolkning finns i 3 b och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

2 kap. Tillgänglighet

1 § Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.

2 § Patienten ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

3 § Enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. besöka läkare inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

4 § Om vårdgarantin enligt 3 § 3 eller 4 inte uppfylls, ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

3 kap. Information

1 § Patienten ska få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
7. eftervård, och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

2 § Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
3. vårdgarantin, och
4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.

3 § När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information enligt 1 och 2 §§.

4 § Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället lämnas till en närstående till honom eller henne.

5 § Informationen får inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

6 § Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.

7 § Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.

4 kap. Samtycke

1 § Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

2 § Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap.

Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

3 § När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

4 § Patientens ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

5 kap. Delaktighet

1 § Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

2 § En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

3 § Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering

1 § Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

2 § En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

3 § Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

4 § För en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

7 kap. Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel

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

 Patienten har inte rätt att välja en sådan behandling som kommunen ansvarar för enligt 18 § första–tredje styckena hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kommun kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

2 § När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.

8 kap. Ny medicinsk bedömning

1 § En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en ny medicinsk bedömning.

Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om

1. behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och
2. det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

9 kap. Val av utförare

1 § En patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

10 kap. Personuppgifter och intyg

1 § Inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska personuppgifter utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras.

Bestämmelser om patientens rätt att ta del av journalhandlingar och andra uppgifter och att motsätta sig behandling av personuppgifter samt andra bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i patientdatalagen (2008:355).

2 § Bestämmelser om sekretess inom allmän hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bestämmelser om tystnadsplikt inom enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

3 § Den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

11 kap. Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet

1 § Patientnämnderna ska enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

1. tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen,
2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, och
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet.

2 § En patient som har drabbats av en vårdskada ska snarast informeras om

1. att det har inträffat en händelse som medfört en vårdskada,

2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,

3. möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg,

4. möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt

5. patientnämndernas verksamhet.

3 § Inspektionen för vård och omsorg ska enligt vad som anges i 7 kap. 10–18 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) efter anmälan pröva klagomål mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och mot hälso- och sjukvårdspersonal.

4 § Patienten och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

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

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

*dels att 2 d § ska upphöra att gälla,
dels att 2 a–2 c, 3 a, 3 b, 3 g, 4, 5, 7, 18 a och 18 b §§ ska ha följande lydelse.*

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 a §²

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

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

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

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

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

Olika insatser för patienten *ska* samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

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

Lydelse enligt prop. 2013/14:67

Föreslagen lydelse

2 b §³

Patienten ska ges *individuellt anpassad* information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling och de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsätt-

Patienten *och dennes närstående* ska ges information *enligt vad som anges i 3 kap. patientlagen (2014:000).*

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

Senaste lydelse av 2 d § 1998:1660.

² Senaste lydelse 2006:493.

³ Ändringen innebär bl.a. att andra stycket upphävs.

ning,

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

4. vårdgarantin.

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 25 kap. 6 eller 7 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i 6 kap. 12 § andra stycket eller 13 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659).

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 c §⁴

Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

3 a §⁵

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

Landstinget ska ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det

Landstinget ska ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 7 kap. 1 § patientlagen (2014:000).

Landstinget ska ge patienten möjlighet att få en ny medicinsk bedömning enligt vad som anges i 8 kap. 1 § patientlagen.

⁴ Senaste lydelse 1998:1660.

⁵ Senaste lydelse 2010:243.

egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning, om det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten ska erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan ge anledning till.

Lydelse enligt prop. 2013/14:67 Föreslagen lydelse

3 b §

Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där,

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

Landstingets ansvar omfattar dock inte habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 b §. Landstingets ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.

Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel ska planeras i samverkan med den enskilde. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

När det finns olika hjälpmedel tillgängliga ska landstinget ge den enskilde möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget ska tillhandahålla det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till den enskildes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.

Landstinget ska ge den enskilde möjlighet att välja hjälpmedel enligt vad som anges i 7 kap. 2 § patientlagen (2014:000).

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 g §⁶

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

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 3 eller 3 c §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),

⁶ Senaste lydelse 2010:243.

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

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

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

4 §⁷

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

Landstinget ska erbjuda öppen vård åt dem som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Dessa patienter omfattas inte av landstingets vårdgaranti. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna.

Om patienten omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård enligt 3 § svarar det landstinget för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av andra stycket. Detta gäller dock inte om det landstinget ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.

Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.

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.

Särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

5 §⁸

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård

⁷ Senaste lydelse 2013:408.

⁸ Senaste lydelse 2009:140.

benämns öppen vård. 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.

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som *är bosatta inom landstinget* kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). 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.

7 §⁹

Landstinget *skall* planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i *befolkningens behov* av sådan vård.

Planeringen *skall* avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare.

Landstinget *skall* även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

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

Planeringen *ska* avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare.

Landstinget *ska* även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

18 a §¹⁰

När det finns flera *behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och*

Kommunen ska ge den enskilde möjlighet att välja behandlingsalternativ inom sådan hälso- och

⁹ Senaste lydelse 2002:452.

¹⁰ Senaste lydelse 1998:1660. Ändringen innebär bl.a. att andra stycket upphävs.

beprövad erfarenhet skall ge den som omfattas av sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första–tredje styckena möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Kommunen skall erbjuda den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Den enskilde har inte rätt till behandling utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Lydelse enligt prop. 2013/14:67 Föreslagen lydelse

18 b §

Kommunen ska i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första–tredje styckena erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

Landstinget får även utan samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § träffa överenskommelse med en kommun inom landstinget om att kommunen ska ha ansvar för hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

Vad som sägs i 3 b § tredje stycket gäller även i fråga om habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning som ombesörjs av en kommun.

När det finns olika hjälpmedel tillgängliga ska kommunen ge den enskilde möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Kommunen ska tillhandahålla det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till den enskildes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.

Kommunen ska ge den enskilde möjlighet att välja hjälpmedel enligt vad som anges i 7 kap. 2 § patientlagen (2014:000).

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

2. Bestämmelsen i 4 § andra stycket gäller inte vård som ges enligt avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalet gäller. Efter ikraftträdandet får ett sådant avtal inte förlängas utan att 4 § andra stycket beaktas.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om tandvårdslagen (1985:125) dels att 3 § ska ha följande lydelse, dels att det i lagen ska införas två nya paragrafer, 3 a och 3 b §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §¹

Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,
2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
3. vara lätt tillgänglig,
4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Akuta fall ska behandlas med förtur.

Patienten ska upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

När tandvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

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

3 a §

Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella åtgärden så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

¹ Senaste lydelse 2008:149.

3 b §

Patienten ska få information om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

När patienten är ett barn ska även patientens vårdnadshavare få information enligt första stycket. Informationen får inte lämnas om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

2.4 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.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §¹

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

Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och *patientlagen (2014:000)* 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.

¹ Senaste lydelse 2008:415.

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

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §¹

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,

1. *tillhandahålla eller* hjälpa patienter att få den information *patienterna* 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.

Nämnderna ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹ Senaste lydelse 2010:670.

2.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 § lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 §¹

I *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* ges grundläggande bestämmelser om patientens självbestämmande och om respekt för människors lika värde inom hälso- och sjukvården, och i patientsäkerhetslagen (2010:659) föreskrivs om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal.

I *patientlagen (2014:000)* ges grundläggande bestämmelser om patientens självbestämmande och om respekt för människors lika värde inom hälso- och sjukvården, och i patientsäkerhetslagen (2010:659) föreskrivs om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal.

I lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. regleras hur humanbiologiskt material, med respekt för den enskilda människans integritet, ska få samlas in, förvaras och användas för vissa ändamål.

När det gäller att skydda den enskilda människan och respektera människovärdet vid forskning finns bestämmelser i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹ Senaste lydelse 2010:674.

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

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

6 §

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, *och*
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en *förnyad* medicinsk bedömning.

4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,

5. uppgift om den information som lämnats till patienten, *dennes vårdnadshavare och övriga närstående* och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en *ny* medicinsk bedömning, *samt*

6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

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

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 1 §, 6 kap. 6 och 7 §§ samt 8 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

1 §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.),
- Inspektionen för vård och omsorgs 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) och tandvårdslagen (1985:125).

Allmänna bestämmelser om mål och krav på hälso- och sjukvården och tandvården finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), *patientlagen (2014:000)* och tandvårdslagen (1985:125).

Lydelse enligt prop. 2013/14:67

Föreslagen lydelse

6 kap.

6 §²

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

1. *sitt hälsotillstånd,*
2. *de metoder som finns för undersökning, vård och behandling och de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,*
3. *sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den*

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten *och dennes närstående* ges information enligt 3 kap. *patientlagen (2014:000)*.

¹ Senaste lydelse 2012:957.

² Ändringen innebär bl.a. att andra stycket upphävs.

offentligt finansierade hälso- och sjukvården, samt

4. vårdgarantin.

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 12 § andra stycket eller 13 § första stycket eller i 25 kap. 6 eller 7 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

7 §

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

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

Denna paragraf omfattar inte

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ respektive hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt vad som anges i 7 kap. 1 och 2 §§ patientlagen (2014:000).

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten får en ny medicinsk bedömning enligt vad som anges i 8 kap. 1 § patientlagen.

tandvård enligt tandvårdslagen

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 kap.

10 §

Om en läkare eller tandläkare missbrukar sin behörighet att förskriva narkotiska läkemedel, andra särskilda läkemedel, alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit, ska denna behörighet dras in

Om en läkare eller tandläkare har missbrukat sin behörighet att förskriva narkotiska läkemedel, andra särskilda läkemedel, alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit, ska denna behörighet dras in

eller begränsas. Behörigheten ska också dras in eller begränsas om läkaren eller tandläkaren själv begär det. eller begränsas. Behörigheten ska också dras in eller begränsas om läkaren eller tandläkaren själv begär det.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen bemyndigade den 24 mars 2011 ansvarigt statsråd att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas (dir. 2011:25). Utredningen antog namnet Patientmaktsutredningen (S2011:03). Den 29 mars 2012 beslöt regeringen att ge utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2012:24).

Utredningen överlämnade till regeringen delbetänkandet Patientlag (SOU 2013:2) i januari 2013. Betänkandet innehåller bl.a. förslag till en ny patientlag där bestämmelser från bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, som tydliggör patienters möjligheter till inflytande i hälso- och sjukvården eller har direkt betydelse för vårdens utformning samlas. Utredningen föreslår även nya eller utvecklade lagbestämmelser på flera områden. En sammanfattning av utredningens betänkande finns i *bilaga 1*. Utredningens lagförslag finns i *bilaga 2*.

Patientmaktsutredningens delbetänkande har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2013/818/FS).

Den 15 november 2012 beslöt regeringen att ge utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2012:113). Enligt tilläggsdirektiven skulle utredningen bl.a. lämna förslag till en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som ersätter HSL. Utredningen överlämnade till regeringen slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44) i juni 2013. I slutbetänkandet 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. Slutbetänkandet har remissbehandlats. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

4 Patientens ställning

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

4.1 Gällande rätt

4.1.1 Allmänt om lagstiftningen

Det nuvarande svenska hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket är omfattande. Förutom ett flertal lagar och förordningar finns närmare tvåhundra föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen och andra myndigheter som rör hälso- och sjukvården.

Lagarna kan något förenklat delas in i två kategorier. Den ena kategorin är lagar av generell karaktär. Till den kategorin hör hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125), patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientdatalagen (2008:355). Den andra kategorin består av en rad lagar som reglerar vissa specifika områden inom hälso- och sjukvården, exempelvis smittskyddslagen (2004:168) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, trädde i kraft den 1 januari 1983 och är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. HSL är framförallt en målinriktad ramlag. Det innebär att den innehåller övergripande mål och riktlinjer för verksamheten, främst hos sjukvårdshuvudmännen, och således inte är detaljerad. Skälen är bl.a. att huvudmännen utifrån det kommunala självstyret ska ha viss frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov.

Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Begreppet hälso- och sjukvård omfattar sålunda dels de sjukdomsförebyggande åtgärderna, dels den egentliga sjukvården.

Enligt HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en god 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. Ett av de övergripande syftena med HSL är att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvård ska enligt HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att hälso- och sjukvård särskilt ska vara av god kvalitet med god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patienten och personalen. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Enligt HSL ska vården tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården och olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

I fråga om tandvård finns bestämmelser i bl.a. tandvårdslagen. Med tandvård avses enligt lagen åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. På samma sätt som i HSL tydliggörs i tandvårdslagen att tandvård ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård, vilket innebär att

den bl.a. ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder, tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen trädde i kraft den 1 januari 2011 och ersatte lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivarna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär bl.a. att vårdgivaren ansvarar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på god vård. I patientsäkerhetslagen regleras dessutom skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen, Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn och befogenheter samt vilka åtgärder som kan vidtas mot hälso- och sjukvårdspersonal som inte uppfyller sina åligganden eller som kan utgöra en risk för patienternas säkerhet.

Patientsäkerhetslagen innehåller bestämmelser av betydelse för både hälso- och sjukvården och tandvården.

Patientdatalagen

Patientdatalagen trädde i kraft den 1 juli 2008 och ersatte då patientjournalagen (1985:562). Lagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I patientdatalagen finns bl.a. bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal, vad en journal ska innehålla samt vilket språk som ska användas. Med stöd av lagen kan behörig personal med patientens samtycke elektroniskt ta del av information hos andra vårdgivare över huvudmannagränserna.

Patientdatalagen reglerar vidare inre sekretess och elektronisk åtkomst inom en vårdgivares verksamhet, patientens möjlighet att begränsa elektronisk åtkomst för vårdsyfte, utlämnande av uppgift, sammanhållen journalföring och kvalitetsregister.

Av patientdatalagen framgår vissa rättigheter för den enskilde, bl.a. rätten att ta del av uppgift, rätt till förstörande av patientjournal i vissa fall och rätten till viss information. En del beslut, bl.a. beslut att avslå en ansökan om förstöring av en patientjournal, får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Anteckningar om en patient får inte vara kränkande.

Patientdatalagen innehåller bestämmelser av betydelse för både hälso- och sjukvården och tandvården.

4.1.2 Tillsyn och andra stödfunktioner för patienten

Tillsyn över hälso- och sjukvården

Den 1 juni 2013 bildades den nya myndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som har tagit över tillsynsverksamheten från Socialstyrelsen. IVO ansvarar för tillsyn över främst hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt viss tillståndsprövning. I tillsynsupdraget

ingår handläggningen av anmälningar, till exempel enligt lex Sarah och lex Maria.

Huvuduppgiften är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. IVO har inte möjlighet att kontrollera all verksamhet. Ansvaret för att det bedrivs god och säker vård och omsorg ligger hos huvudmännen och deras verksamhet. IVO kan däremot genom en väl fungerande analysverksamhet och inspektioner som fokuserar på egenkontroll kombinerat med stickprovskontroller bidra till en positiv utveckling av vården och omsorgen.

Patientnämnderna

I varje landsting och kommun ska det finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter. Patientnämnderna, eller förtroendekommittéerna som de först benämndes, inrättades 1980. Patientnämndernas verksamhet regleras i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Patientnämndernas verksamhet omfattar all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, tandvård som bedrivs eller finansieras av landstingen samt vissa omvårdnadsinsatser enligt socialtjänstlagen (2001:453). Nämnderna ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter samt bidra till kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården genom att bl.a. hjälpa patienter att få information, främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal och att rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vården.

Uppföljning av patienternas perspektiv

Under de senaste åren har patienters och medborgares uppfattning och synpunkter på svensk hälso- och sjukvård inhämtats och sammanställts på ett allt mer systematiskt sätt, såväl inom landet som i jämförande internationella studier.

Vårdbarometern är en kontinuerlig befolkningsstudie vars syfte är att systematiskt och över tid ge landstingen en uppfattning om den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och erfarenheter av hälso- och sjukvården i landet. Årligen telefonintervjuas ungefär 0,5 procent av den vuxna befolkningen i de landsting som deltar i undersökningen. Syftet med Vårdbarometern är att ge politiker, tjänstemän och företrädare för vården en bild av hur hälso- och sjukvården uppfattas av medborgarna och stimulera till jämförelser och utbyte av erfarenheter mellan landsting.

Nationell patientenkät är en återkommande mätning av hur patienterna bedömer vården inom olika verksamheter. Enkäten har genomförts sedan 2009 och arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Mätningar genomförs årligen, vartannat år inom primärvården och vartannat år inom den specialiserade vården. Genom patientenkäten får patienter möjlighet att berätta om och betygsätta sina erfarenheter. Frågorna handlar bl.a. om bemötande, delaktighet, förtroende och information.

Sverige, och tretton andra länder, medverkar sedan 2009 i den årliga internationella undersökningen The Commonwealth Fund International Health Policy Survey (IHP-studien). Fokus är bl.a. på patientsäkerhet,

tillgänglighet och vårdplanering samt samverkan. I 2013 års undersökning intervjuades befolkningen i de olika länderna om förtroende och upplevd effektivitet i respektive hälso- och sjukvårdssystem. För 2014 planeras undersökningen fokusera särskilt på hur vården fungerar för personer med långvariga eller kroniska sjukdomar.

Patienternas erfarenheter och synpunkter kan även hämtas från bl.a. Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för vårdanalys, Socialstyrelsen, patientnämnderna och patientorganisationerna.

4.2 Patientlagstiftning i Norden

Samtliga nordiska grannländer har en lagstiftning som reglerar patientens möjlighet till delaktighet och inflytande. Det finns dock vissa skillnader mellan länderna när det gäller exempelvis valfrihet och garantier för tillgänglighet. Dessa skillnader kan bero på att hälso- och sjukvården varken organiseras eller finansieras på samma sätt i de olika länderna, t.ex. är graden av decentralisering en sak som skiljer de nordiska ländernas vårdssystem åt.

Finland

Den finska lagstiftningen om patientens ställning trädde i kraft redan 1993. Finland var därmed först ut bland de nordiska länderna att i lag fastställa övergripande patienträttigheter. I lagen behandlas bl.a. patientens rätt till god hälso- och sjukvård samt till ett gott bemötande, patientens rätt till information, patientens självbestämmande, minderåriga patienters ställning, personalens tystnadsplikt m.m.

Island

Islands patienträttighetslag trädde i kraft 1997. Enligt de inledande bestämmelserna ska lagen syfta till att säkerställa patientens rättigheter i enlighet med allmänna mänskliga rättigheter och mänsklig värdighet och därmed stärka dennes rättsliga ställning i förhållande till hälso- och sjukvården. Vidare ska lagen stödja det förtroliga förhållandet mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Danmark

Danmark har sedan 1998 haft en särskild lagstiftning som reglerar patienters rättsställning. Sedan den 1 januari 2007 utgör bestämmelserna om patienters ställning ett avsnitt i en övergripande balk, sundhedsloven. Lagen fastställer hälso- och sjukvårdens skyldighet att säkerställa respekten för individen, dennes integritet och självbestämmande samt ansvaret för att uppfylla behovet av bl.a. lika tillgång till hälso- och sjukvård, valfrihet och tillgång till information.

Norge

Den norska lagen om patient- och brukarrättigheter trädde i kraft 2001. Lagen omfattar såväl patienter som brukare, dvs. personer som ansöker

om eller mottar tjänster som omfattas av hälso- och omsorgstjänstlagen. Lagens ändamål är bl.a. att bidra till att säkerställa likvärdig tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster av god kvalitet för befolkningen. Lagens bestämmelser ska även bidra till att främja förtroendet mellan patienten och hälso- och sjukvården samt tillvarata respekten för den enskilda patientens liv, integritet och människovärde.

5 Allmänna överväganden

5.1 Målet för hälso- och sjukvården

Regeringens mål för hälso- och sjukvården är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet (budgetpropositionen för 2014). Målet signalerar att allt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården sker för en tydlig målgrupp, befolkningen, där även de som ännu inte är patienter inkluderas. Hälso- och sjukvården ska således bedrivas på ett effektivt sätt och med ett så gott utfall för patienterna att den åtnjuter ett högt förtroende hos allmänheten.

Arbetet inom hälso- och sjukvården ska särskilt inriktas på att:

- säkerställa att patienterna ges möjligheter till delaktighet och självbestämmande
- säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad
- säkerställa en god tillgänglighet och valfrihet bland en mångfald av vårdgivare
- skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt
- tillvarata kunskap och erfarenheter för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården.

5.2 Insatser för att stärka patientens ställning

Under ett antal år har regeringen genom bl.a. lagstiftning och olika överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) lanserat viktiga reformer som bidragit till att flytta fram positionerna när det gäller att stärka och förtydliga patientens ställning.

I hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, har flera bestämmelser förts in för att stärka inflytandet, bl.a. en lagstadgad vårdgaranti och en skyldighet för landstingen att erbjuda en fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning. Regeringen har även under de senaste åren genomfört reformer för att öka patientens valfrihet, bl.a. har alla landsting, från och med den 1 januari 2010, skyldighet att införa vårdvals-system i primärvården. Under perioden 2012–2014 avsätter regeringen dessutom totalt 360 miljoner kronor till insatser nationellt och i landstingen för att stimulera utvecklingen av vårdval inom den specialiserade vården.

Regeringen genomför flera andra satsningar i syfte att stimulera huvudmännens arbete, bl.a. genom den s.k. kömiljarden som syftar till att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Andra satsningar är patientsäkerhetsatsningen, som har som mål att gradvis minska antalet undvikbara vårdskador, och PRIO – riktade insatser för personer med psykisk ohälsa.

Ett omfattande arbete har även bedrivits för att minska skillnaderna inom hälso- och sjukvården. Regeringen har t.ex. beslutat om en strategi för jämlik vård 2012–2016. Strategin handlar om att synliggöra och undanröja samt följa utvecklingen av omotiverade skillnader i resultat och bemötande inom vården.

Flera utredningar har dessutom tillsatts i syfte att på olika sätt stärka patientens ställning och inflytande i vården, t.ex. Frittvalutredningen (S 2007:04), Patientsäkerhetsutredningen (S 2007:06), Patientens rätt i vården (S 2007:07), Statens vård- och omsorgsutredning (S 2011:01) och Utredningen om rätt information i vård och omsorg (S 2011:13).

Den 1 januari 2011 inrättades Myndigheten för vårdanalys som har i uppdrag att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamhet och förhållanden inom hälso- och sjukvården och delar av socialtjänsten. Myndigheten genomför framför allt analyser och granskningar inom områden där det finns en tydlig förbättringspotential för patienter, brukare och medborgare. Det handlar t.ex. om att se över i vilken mån patienter, brukare och medborgare har tillgång till den information de behöver.

Regeringen och SKL har sedan 2006 samarbetat kring utvecklingen av en nationellt samordnad och kvalitetssäkrad sjukvårdsrådgivning per telefon och webb, 1177 Vårdguiden. 1177 Vårdguiden syftar till att stärka patientens ställning i vården genom att vara en naturlig och samlad ingång till det som rör den egna hälsan eller närståendes hälsa. För tillfället pågår det ett arbete med att utveckla en vårdvalsfunktion på 1177.se. Vårdvalsfunktionen ska ge medborgare och patienter möjlighet att bättre kunna orientera sig mellan olika vårdgivare utifrån egna preferenser.

Även andra initiativ har tagits för att öka både jämförbarheten i och informationen om vården, bl.a. öppna jämförelser och utvecklingen av e-tjänsten Mina vårdkontakter och www.vantetider.se. Med e-tjänsten Mina vårdkontakter kan patienten t.ex. beställa tid, av- och omboka tid eller förnya recept.

I oktober 2012 bjöd regeringen in SKL, de branschorganisationer som organiserar de privata och idéburna vårdgivarna samt fackliga organisationer till en dialog för att ta fram en etisk plattform för vård och omsorg. Målsättningen var att öka allmänhetens insyn hos alla utförare, oavsett driftsform, avseende kvalitet, ekonomi och anställningsvillkor. Arbetet har resulterat i en överenskommelse mellan de kollektivavtalslutande parterna inom vård och omsorg som presenterades i september 2013 (överenskommelsen om en etisk plattform för öppenhet om kvalitet, ekonomi och anställningsvillkor hos utförare inom vård och omsorg med offentlig finansiering).

5.2.1 Övriga insatser

Socialstyrelsen har sedan 2010 publicerat en handbok, riktad till vårdgivare, verksamhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal och andra som ansvarar för och arbetar med information och kommunikation till patienter och närstående (Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal 2012). Handboken ger en samlad beskrivning av lagstiftningen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt andra regelverk som gäller patienters ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. I handboken ges bl.a. tips till vårdpersonalen om hur de på enkelt sätt kan utveckla sin kommunikation med patienterna.

Socialstyrelsen har även haft i uppdrag att ta fram ett utbildningspaket för fortbildning av vårdpersonal om olika aspekter av värdigt och professionellt bemötande och agerande i vården. Utbildningspaketet ska bl.a. förmedla kunskap om aktuell lagstiftning, sambanden mellan diskriminering eller social utsatthet och ohälsa, vikten av att uppmärksamma patientens egna önskemål och kunskap samt metoder för att systematiskt arbeta med bemötande som tillgänglighetsaspekt i den egna organisationen. Uppdraget har genomförts bl.a. i samverkan med Diskrimineringsombudsmannen och redovisades till Regeringskansliet (Socialdepartementet) i september 2013.

För att öka patienternas möjligheter att medverka till en trygg och säker vård har Socialstyrelsen tagit fram handboken Min guide till säker vård. Handboken ska delas ut av vårdpersonalen, i första hand till patienter som har eller kan få upprepade kontakter med hälso- och sjukvården och tandvården. Den innehåller vägledning och råd, förslag på frågor som patienten kan ställa och få samt information om bl.a. vilka lagar och regler som styr patientens möjligheter till inflytande i vården.

SKL har, bl.a. som ett led i att förbättra patientsäkerheten, utarbetat handböcker och råd för bättre kommunikation mellan patient och vårdpersonal. I samband med genomförandet av patientsäkerhetslagen, som trädde i kraft den 1 januari 2011, beslutade regeringen att ge SKL ett finansiellt bidrag för att utveckla metoder eller modeller för hur patienter och närstående dels ska kunna bidra till vårdgivarnas löpande patientsäkerhetsarbete, dels bemötas och informeras i samband med att en vårdskada har inträffat.

5.3 Problem med nuvarande förhållanden

Hälso- och sjukvården ska enligt HSL främja befolkningens hälsa och ge en god vård på lika villkor och efter behov. Från den utgångspunkten borde patienter ha en stark ställning inom hälso- och sjukvården. Den offentliga gemensamma finansieringen, en sjukvård som omfattar alla, behovsprincipen och den nära politiska styrningen är till för att garantera detta. Flera studier och enkätundersökningar visar dock på att det finns områden där patienter systematiskt har en alltför svag och ibland, åtminstone upplevd, underordnad ställning.

Socialstyrelsen har i flera rapporter pekat på vissa brister t.ex. när det gäller att informera patienter och ge dem möjligheter att diskutera

behandlingsalternativ. Myndigheten menar att mycket tyder på att vården fortfarande domineras av ett verksamhets- och yrkesperspektiv.

Även anmälningar till patientnämnderna vittnar om att vården inte tar patienten på allvar. Enligt anmälningarna upplever patienterna att vården brister i att informera om sjukdomen och dess prognos, behandling och samordning av insatser. Patienter skrivs även ut från slutenvården med bristfällig information om medicinering, återbesök, provsvar och kontaktvägar med mera.

5.3.1 Vårdanalys rapport om patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård

Myndigheten för vårdanalys presenterade i juli 2012 en rapport där graden av patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård bedöms utifrån fem olika dimensioner:

- Patienter som medaktörer i vården genom information och utbildning
- Respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar
- Samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg
- Helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och icke-medicinska behov
- Involvering av familj och närstående i vården enligt patienters önskemål

Rapporten visar bl.a. att det har gjorts vissa framsteg i Sverige för att stärka patientens ställning, bl.a. har flera steg tagits för att utveckla och förbättra informations- och utbildningsinsatser riktade till patienterna. Myndigheten för vårdanalys påpekar dock att det finns vissa uppenbara brister. Hälso- och sjukvården brister t.ex. ofta i att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser. En annan svaghet är bristande samordning och samverkan mellan vårdgivare. Rapporten innehåller flera centrala rekommendationer för att öka patientcentreringen i svensk hälso- och sjukvård, t.ex. säkerställa att lagstiftningen för att stärka patientens ställning efterlevs, möjliggöra för patienten att vara medaktör i sin egen vård och engagera och involvera patienter och patientföreträdare i beslut om hälso- och sjukvårdens utveckling.

5.4 Patientens ställning behöver stärkas

Som framgår av ovanstående uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården finns det trots de senaste årens insatser fortfarande brister att åtgärda när det gäller patientens ställning. Patienterna har inte fullt ut kunnat tillgodogöra sig de effekter som varit åsyftade.

Sett utifrån den demografiska utvecklingen i samhället, som bl.a. innebär att andelen äldre i befolkningen förväntas öka med 30 procent mellan 2010 och 2050, finns det all anledning att bygga system i hälso- och sjukvården som på ett effektivt sätt utnyttjar alla befintliga resurser. Under de senaste åren har därför patienten och dennes roll i hälso- och sjukvården lyfts fram som en viktig källa till kunskap. Även den tekniska utvecklingen i vården stärker patienters möjligheter att i allt högre grad ta ansvar för sin hälsa och i viss mån även sin egen behandling.

Mycket talar för att patientens medverkan i planerings-, genomförande- och uppföljningsfasen ökar både kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Forskning visar att viktiga faktorer för utfallet av vårdinsatsen är patientens självkänsla och vilja att ta ansvar. Patienten bör därför ses som en partner i relationen med vårdgivaren och bör ges en aktiv roll i beslut kring den egna vården. Studier visar även att stöd till patientmedverkan och egenvård radikalt kan minska antalet läkar- och slutenvårdsbesök, minska antalet sjukskrivningsdagar och öka patienternas livskvalitet och självförtroende.

5.4.1 Patientmaktsutredningens utgångspunkter

En utgångspunkt för Patientmaktsutredningens arbete har varit att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård i enlighet med målen för hälso- och sjukvården som har formulerats i HSL (se avsnitt 4.1.1). En annan utgångspunkt är att det är de medicinska professionerna, vårdgivarna och ytterst sjukvårdshuvudmännen som bär det medicinska ansvaret, liksom ansvaret för vilka prioriteringar som måste göras beträffande hur vårdens resurser ska utnyttjas. Här nedan följer ett antal frågor som utredningen ansåg var de mest centrala för sitt uppdrag.

Vård på patientens villkor

Enligt utredningen framstår dagens hälso- och sjukvård som ett komplext system vars utveckling allt mer präglas av försök till effektivisering. I detta perspektiv är det ofta vårdorganisationen i sig och dess personal som står i fokus. Det görs och har gjorts många insatser för att förbättra den interna produktiviteten. Många av de uppföljningar som genomförts har varit kopplade till organisationens operativa verksamhet och resultat. Faktorer som står under hälso- och sjukvårdens kontroll är jämförelsevis lätta att följa upp och påverka. Andra faktorer är svårare att följa upp och avsevärt svårare att påverka. Patientens ställning har till stor del hamnat utanför fokus i samband med att vården effektiviserats.

Mot bakgrund av den generella bilden av hälso- och sjukvården som organisationscentrerad har det vuxit fram en motpol inom framför allt forskningsvärlden. Teoribildningar såsom patientcentrerad vård, patientmedverkan och egenvård sätter patienten i fokus.

I en patientcentrerad vård är patienten en partner i relationen med vårdgivaren och tar en mer aktiv roll i beslut kring den egna vården. Detta ställer ökade krav på hälso- och sjukvårdspersonalen att bjuda in patienten i diskussioner kring utformningen och genomförandet av vårdinsatser. På patienten ställs samtidigt ökade krav på kunskaper för att han eller hon aktivt ska kunna delta i beslut och utformning av vårdinsatsen. Forskning visar att ökad delaktighet från patientens sida ökar kvaliteten i vårdinsatsen.

Studier som har genomförts på patientcentrerad vård visar generellt på positiva effekter i hur patienten uppfattar den vård de erhållit. Andra effekter som identifierats är minskad personalomsättning och ett minskat antal felbehandlingar. I en studie vid Sahlgrenska sjukhuset undersöktes hur en modell med en patientcentrerad vårdkedja påverkade vårdresultat

hos 112 patienter med höftledsfraktur. I studien kunde det bl.a. påvisas att kostnaderna sjönk med 40 procent i den patientgrupp där modellen tillämpades. Studien visade även att 75 procent av deltagarna i gruppen blev framgångsrikt rehabiliterade jämfört med 55 procent i kontrollgruppen.¹

Utredningen menar att patienten har blivit ett objekt med en diagnos utan koppling till person eller situation. Särskilt tydligt blir detta när patienten remitteras mellan olika vårdinstanser där patienten tvingas till att etablera nya vårdrelationer med återkommande uppbrott. Avsaknad av helhetsförståelse för individen innebär en funktionell syn som fragmenterar vårdinsatsen och patientens upplevelse. Patienten blir åskådare och inte en aktiv deltagare i de vårdinsatser som görs, hävdar utredningen.

Information och kommunikation

Att öka patientens kunskap är ett medel för att stärka dennes makt och inflytande. Patientens kunskaper om sitt eget hälsotillstånd är viktiga för att han eller hon ska kunna förhålla sig till sin vårdssituation och formulera sina behov samt kunna ställa krav på hälso- och sjukvården. Med fördjupad kunskap kan också patientens möjlighet att analysera och göra aktiva val mellan olika vårdinsatser och vårdgivare förbättras.

Enligt utredningen är den information som finns tillgänglig i dag i mångt och mycket av övergripande natur. Lättillgänglig information om vårdens kvalitet och resultat, nedbrutet på verksamhetsnivå, saknas till stor del. Sådan information är emellertid av stor betydelse för patienter som exempelvis befinner sig i en valsituation och ska väga olika alternativa vårdgivare mot varandra. Brist på kvalitetssäkrad information från offentliga aktörer som myndigheter eller exempelvis landsting kan leda till att patienter på egen hand skapar plattformar för att jämföra vård eller dela med sig av sina egna omdömen. Exempel på detta är s.k. ratingsajter på webben.

Att stärka patientens möjligheter till relevant och användbar kunskap är enligt utredningen ett medel för att stärka patientens makt. En bättre maktbalans mellan patienten och hälso- och sjukvårdens professioner skapar även bättre förutsättningar för att engagera patienten i sin egen behandling.

Det är i det personliga mötet mellan en patient och behandlande vårdpersonal som mycket av den information som patienten behöver ska kommuniceras. Flera uppföljningar och utvärderingar visar att patienter inte alltid får den information som de behöver.

Utredningen menar att frågan om information till patienter till stor del är en ledarskapsfråga. Var ansvaret för olika uppgifter etc. ska ligga måste givetvis vara tydligt uttalat i de ramverk som finns, men det är verksamhetschefen vid respektive mottagning och klinik som måste se till att det sker och att eventuella negativa attityder och kulturer i organisationen motverkas. Även andra aktörer i samhället kan tänkas

¹ Olsson, L., Hansson, E., Ekman, I., & Karlsson, J. (2009). A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway.

behöva få ett tydligt angivet ansvar för att tillhandahålla patientinformation.

Ökad valfrihet för patienten

Med valfrihet kommer möjligheten att välja det som är bra och att välja bort det som är mindre bra. En förutsättning för att ge utrymme åt personliga preferenser och möjliggöra en sortering mellan det som är bra och det som är mindre bra, är att det finns en transparens som gör det möjligt att jämföra alternativ. Inom hälso- och sjukvården innebär detta tre centrala krav som måste uppfyllas. Det måste, för det första, finnas ett utbud som ger konkreta alternativ att välja mellan. För det andra behövs kunskap om vårdens kvalitet och medicinska resultat. Ett instrument för detta är uppföljning och utvärdering av de vårdinsatser som görs. För det tredje måste kunskapen om vårdens kvalitet och tillgänglighet m.m. komma patienten till del på ett för patienten begripligt sätt. Tjänsten Hitta och jämför vård på webbplatsen 1177.se är här ett möjligt instrument.

Att stärka patientens valmöjligheter kan bl.a. handla om att genom lagstiftning göra befintligt vårdutbud i än högre grad tillgängligt för patienten. I dag finns det ett fritt vårdval som gör att patienten kan välja vårdleverantör i primärvården. Vidare finns möjligheter att välja vård i andra länder inom EU/EES-området.

Utredningen lyfter fram ökad transparens, bättre patientinformation och en tydlig lagstiftning som några av de viktigaste områdena för att åstadkomma ökad valfrihet. Tillgången till information och kunskap är avgörande för att patienten ska kunna utnyttja sin valfrihet.

6 En ny patientlag

Regeringens förslag: En ny lag, patientlagen, införs. Lagen syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bestämmelser som rör patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården eller som har direkt betydelse för vårdens utformning. Patientlagen innehåller även hänvisningar till bestämmelser om patientens ställning i andra lagar.

Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter.

Vissa bestämmelser ska endast gälla hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman.

Patientlagen ska inte omfatta tandvård.

Följdändringar görs i några lagar med anledning av den nya lagen.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen föreslår att omhändertagande av avlidna ska ingå i

definitionen av vad som är att anse som hälso- och sjukvård enligt lagen. Utredningen föreslår vidare en definition av offentligt finansierad vård.

Remissinstanserna: I stort sett samtliga remissinstanser välkomnar förslaget och är överlag positiva till förslagets utformning. De anser att det är ett viktigt verktyg för att stärka och tydliggöra patientens ställning. *Vårdförbundet* anser att vården fortfarande domineras av ett verksamhets- och yrkesperspektiv. Förbundet menar att det krävs ett paradigmskifte där vi genom att flytta fokus från organisation till individ skapar förutsättningar för vårdtagarens delaktighet och självbestämmande och en grund för trygghet och tillit. *Akademikerförbundet SSR* menar att patienten länge har varit en utnyttjad resurs men med stärkt inflytande och möjlighet att i ökad utsträckning påverka sin vård kommer patientlagstiftningen att leda till nöjdare patienter, ökad följsamhet, minskat antal besök hos vårdgivare och ökad effektivisering av vården. *Sveriges sjuksköterskeförening* menar att eftersom patientlagen så tydligt betonar bl.a. patientcentrering och ett mer individanpassat synsätt ökar möjligheterna för personer med t.ex. annat modersmål eller från annan kulturell bakgrund att tillvarata sina intressen i vården. *Diskrimineringsombudsmannen* menar att såväl enskilda patienter som patientföreningar och vårdpersonal kan bli medvetna om, och verka aktivt för, en patientcentrerad vård som utgår ifrån alla människors lika värde och rättigheter. *Göteborgs universitet* anser att en patientlagstiftning kan skapa förutsättningar för ett nytt tänkande och nya arbetssätt som är baserade på delaktighet i ett strukturerat partnerskap mellan patient och vårdgivare och baserad på evidens. *Statskontoret* anser att betänkandet brister i tydlighet och konkretisering och att det är tveksamt om betänkandet utgör ett tillräckligt underlag för beslut om en ny patientlag.

Sveriges Pensionärens Riksförbund avstyrker förslaget på grund av att utredningen inte förordar en rättighetslagstiftning och att tandvården inte ska ingå. Även bl.a. *Nätverket mot cancer* och *Demensförbundet* anser att patientlagen bör innehålla rättigheter som är utkrävbara i domstol. Flera remissinstanser, bl.a. *Sveriges läkarförbund*, *Blekinge läns landsting* och *Reumatikerförbundet*, anser dock att en rättighetslagstiftning med möjlighet att överklaga i domstol inte skulle vara till gagn för patienterna eftersom modellen skulle vara både tids- och resursödande samt att det inte skulle leda till den maktförskjutning man vill uppnå. *Vårdföretagarna*, *Handikappförbunden* och *Svenskt Näringsliv* menar att det bör finnas möjlighet till sanktioner om lagen inte följs.

Praktikertjänst, *Privattandläkarna*, *Gotlands kommun* och *Jämtlands läns landsting* ger stöd till utredningens förslag att patientlagen inte ska omfatta tandvård. *Praktikertjänst* menar att ett inkluderande av tandvården sannolikt skulle avsevärt försvåra ett genomförande och allvarligt komplicera lagstiftningen med risk att dess primära mål och syfte skulle gå förlorat. Flera remissinstanser, t.ex. *Sveriges Tandläkarförbund*, *Socialstyrelsen* och ett flertal *landsting*, anser dock att tandvårdens patienter ska omfattas av den nya patientlagen.

Flera instanser, bl.a. *Praktikertjänst* och *Handikappförbunden*, menar att den nya patientlagen är lättillgänglig, pedagogisk och överskådlig. Lagen är uppbyggd på ett sätt som möjliggör för envar att tillgodogöra sig dess innehåll. *Riksdagens ombudsmän (JO)* ifrågasätter däremot starkt den valda lagtekniska konstruktionen. JO är mycket tveksam både

till dubbelreglering och till att i en lag i så stor utsträckning ha mer eller mindre innehållslösa bestämmelser som upplyser om att den materiella bestämmelsen finns i annan lagstiftning. *Justitiekanslern* anför att det möjligen i den vidare beredningen mer generellt bör övervägas om dubbelregleringar kan undvikas. *Uppsala universitet* förordar en sammanhållen lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet. Ytterligare en lag, som till största delen bygger på reglering från annat håll, förstärker intrycket av regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet som splittrad och fragmentiserad.

Skälen för regeringens förslag

Behovet av en patientlagstiftning

Under de senaste åren har patientens ställning förtydligats och stärkts i många avseenden (se vidare avsnitt 5.2). Särskilt kan nämnas reformer för ökad valfrihet för patienten, lagstadgad vårdgaranti, skärpt tillsyn och förbättrad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Flera rapporter visar dock på att det fortfarande finns en rad områden där patientens ställning behöver stärkas. Det är t.ex. svårt för medborgarna, patienterna, vårdgivarna och huvudmännen 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 sjukvårdshuvudmännens, vårdgivarnas och personalens skyldigheter gentemot patienten, i stället för att ange vilka möjligheter till inflytande och delaktighet som patienten har. Mot denna bakgrund gör regeringen, i likhet med utredningen, bedömningen att det finns behov av att införa en patientlag som samlar bestämmelser av betydelse för patientens ställning i syfte att förtydliga och stärka patientens ställning samtidigt som överskådligheten och tillgängligheten ökar för medborgarna. Samtidigt synliggörs patienten som aktör och inte bara som ett objekt för vårdgivarens agerande. En patientlagstiftning ger sannolikt också en generell effekt på hälso- och sjukvården. Att stärka patientens ställning är enligt flera studier ett effektivt sätt att förbättra resultaten i hälso- och sjukvården. På sikt leder det även till en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser. Därför är det av central betydelse att patientlagen inte enbart riktar sig till patienter, deras närstående och allmänheten utan även till hälso- och sjukvården och dess personal.

Lagen bör ha som övergripande syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Den bör vidare främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen bör också stödja patientens möjligheter att medverka och vara medskapande i sin egen vårdprocess.

Ingen rättighetslagstiftning

Frågan om en patientlagstiftning ska ange i domstol utkrävbara rättigheter till vård och behandling har varit föremål för diskussion i flera tidigare statliga utredningar. Möjligheten att frångå systemet med skyldighetslagstiftning till förmån för en rättighetsbaserad lagstiftning lyftes bl.a. 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.

Kommittén påpekade 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. Kommittén 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 enskilda patienten.

En annan aspekt, som tidigare lyfts fram av Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5), är att ett rättighetsbaserat system inskränker utrymmet för kommunalt fattade demokratiska beslut om prioriteringar i vården i förhållande till befintliga resurser. Därigenom skulle ett system som genomgående bygger på rättighetsbaserade principer bli svårt att förena med sjukvårdshuvudmännens generella planeringsansvar för hälso- och sjukvård.

På grund av de beskrivna principiella svårigheterna ställer sig regeringen bakom tidigare utredningars bedömningar. Regeringen tydliggjorde detta redan i direktiven till Patientmaktsutredningen och utredningen valde därför att inte argumentera vare sig för eller emot en rättighetslagstiftning.

Regeringen anser således att patientlagen inte ska innehålla utkrävbara rättigheter i den meningen att beslut som fattas inom vården ska kunna överprövas av domstol. Det betyder att patientlagstiftningen i huvudsak ska bygga på de skyldigheter som vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen har gentemot patienterna.

Patientlagens innehåll

Det är svårt att avgränsa patientlagens innehåll och avgöra vilka bestämmelser som ska tas in i den nya lagen. Utredningen menade att det inte kunde bli fråga om någon uttömmande reglering som samlar alla de bestämmelser som har betydelse för patienten. En sådan lag skulle bli alltför omfattande och svåröverskådlig. Det ökar inte heller tydligheten att bryta ut enskilda bestämmelser som i dag återfinns i speciallagstiftning och föra dem till en patientlag. Däremot anser både utredningen och regeringen att det är av stort värde för såväl patienter och närstående som hälso- och sjukvårdspersonalen att patientlagen innehåller de mest grundläggande bestämmelserna av generell karaktär som har direkt betydelse för vårdens beskaffenhet eller som tydliggör möjligheter till inflytande för patienterna. Bestämmelser om landstingens och kommunernas planering och organisering av hälso- och sjukvård, personal, forskning, samverkan etc. kommer däremot även fortsättningsvis att finnas i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. Regeringen står i huvudsak bakom det urval av bestämmelser som utredningen bedömer bör finnas i en ny patientlag.

För huvudmännen, vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen är HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659) de primära källorna till

information om hur vården ska vara beskaffad och vilka skyldigheter som vårdgivarna har (se avsnitt 4.1.1). Regeringen menar dock att det finns ett värde i att även vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen har patientlagen som ingång till hälso- och sjukvårdslagstiftningen, vid sidan av övriga lagar. Om lagen uteslutande skulle ha patienten som målgrupp skulle ändringar i HSL och ett pedagogiskt utformat faktablad kunna ge samma effekt. Regeringens, och även utredningens, intention med den nya lagen är emellertid att åstadkomma en perspektivförskjutning i vården vilket även lagstiftningen bör återspegla. Flera remissinstanser delar denna uppfattning.

Tillämpningsområdet

Definitionen av vad som ska anses som hälso- och sjukvård enligt patientlagen har betydelse för lagens tillämpningsområde. Utredningen föreslår samma definition som finns i HSL, dvs. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. Patientlagen rör i princip uteslutande levande patienter. Regeringen anser därför att omhändertagande av avlidna inte bör ingå i definitionen av vad som anses som hälso- och sjukvård enligt lagen. Redan i dag gäller enligt 6 kap. 8 § patientsäkerhetslagen att om en patient har avlidit ska den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen fullgöra sina uppgifter med respekt för den avlidne och visa hänsyn och omtanke gentemot närstående. Denna bestämmelse bör inte upprepas i patientlagen.

De flesta av bestämmelserna i patientlagen ska gälla inom all hälso- och sjukvårdsverksamhet, oavsett om utföraren är offentlig eller privat, oavsett vem som är huvudman och oavsett vem som finansierar vården. Vissa bestämmelser, exempelvis om val av behandlingsalternativ, ska däremot, liksom deras motsvarigheter i HSL, enbart gälla verksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman. Andra bestämmelser, t.ex. om vårdgaranti, fast läkarkontakt och ny medicinsk bedömning, gäller enbart om huvudmannen är ett landsting. Utredningen föreslår att uttrycket ”offentligt finansierad hälso- och sjukvård” – dvs. enligt förslaget till definition hälso- och sjukvård som finansieras av landsting, kommun eller stat – används för att avgränsa tillämpningsområdet för vissa bestämmelser. Regeringen väljer att i stället i en särskild paragraf ange vilka bestämmelser som enbart gäller för verksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman.

Lagteknisk utformning

Den föreslagna patientlagen innehåller ett stort antal bestämmelser som, i vart fall till sitt sakliga innehåll, redan i dag återfinns i andra lagar. De flesta av bestämmelserna innebär dubbelregleringar på det sättet att de mer eller mindre upprepar vad som föreskrivs i de andra författningarna. Flera bestämmelser i patientlagen hänvisar i stället till de andra lagarna, i vissa fall med angivande av vad den andra bestämmelsen innebär. Även det motsatta förhållandet förekommer. När det t.ex. gäller bestämmelserna om information och om ny medicinsk bedömning föreslås att nuvarande paragrafer i HSL och patientsäkerhetslagen ändras till upplysningsbestämmelser som hänvisar till de nya bestämmelserna i patient-

lagen. JO, Justitiekanslern och Uppsala universitet har ifrågasatt den lagtekniska konstruktionen.

Dubbelregleringar anses normalt sett olämpliga i lagtekniskt hänseende. Enligt regeringens mening får dock nackdelarna med de här aktuella dubbelregleringarna anses uppvägas av att bestämmelserna är av grundläggande betydelse för såväl patienter som vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal och att regleringen därför bör få finnas i mer än en lag. Bestämmelser som innebär långtgående skyldigheter för landsting och kommuner bör finnas kvar i HSL även fortsättningsvis, även om motsvarande bestämmelser förs in i patientlagen. Föreskrifter om exempelvis vilken kvalitet vården ska ha och hur vården ska utformas har ett så starkt signalvärde att de av den anledningen svårligen kan tas bort från HSL och patientsäkerhetslagen. Någon risk för att bestämmelserna tolkas på olika sätt, och därmed föranleder olägenheter t.ex. i tillsynssammanhang, finns enligt regeringens bedömning inte. De bestämmelser i den nya lagen som innebär dubbelregleringar går i de flesta fall heller inte att ersätta med tydliga och informativa hänvisningar utan att ange innehållet i de andra bestämmelserna i sin helhet. Då faller av naturliga skäl syftet med hänvisningarna.

Även hänvisningarna är enligt regeringens mening nödvändiga av pedagogiska skäl. Där det är möjligt anges för tydlighets skull kort vad den bestämmelse som det hänvisas till innehåller. I andra fall är detta inte möjligt utan att göra lagen alltför omfångsrik och därmed tynga texten. Exempelvis är flera bestämmelser i patientdatalagen och föreskrifter om sekretess och tystnadsplikt visserligen viktiga för patienten att känna till, men att närmare beskriva innebörden av dem i patientlagen har inte ansetts görligt.

I sammanhanget bör det beaktas att utredningen enligt sina direktiv har haft i uppdrag att föreslå en patientlag som är så lättillgänglig, överskådlig och pedagogisk som möjligt för såväl patienter och allmänhet som hälso- och sjukvårdspersonal.

Tandvård

Utredningen har övervägt om patientlagen ska omfatta verksamheter inom såväl hälso- och sjukvård som tandvård. Det finns patienter i både hälso- och sjukvården och tandvården, vilket talar för att tandvården bör omfattas av lagen. Tandvården är dessutom ett område som bl.a. Socialstyrelsen lyfter fram som ett exempel på ojämlig vård. Utredningen menar dock att det finns skäl som talar mot att i alla delar inkludera tandvård i den nya patientlagen. De brister som finns på tandvårdsområdet avhjälpas enligt utredningens mening inte genom att tydliggöra vad patienter ska få i form av t.ex. valfrihet eller en ny medicinsk bedömning. Såväl finansiering som organisering och styrning av tandvården skiljer sig avsevärt från vad som gäller inom hälso- och sjukvården.

Regering och riksdag har valt en annan finansieringsmodell för tandvården. Den övervägande delen av vuxentandvården ges i dag inom systemet för det statliga tandvårdsstödet, med stor del egenfinansiering från patienten. Vid sidan om det statliga tandvårdsstödet finansierar och ansvarar landstingen för viss tandvård i enlighet med tandvårdslagens bestämmelser. Det råder fri etableringsrätt inom tandvården och den

statliga ersättningen är oberoende av vårdgivarnas driftform. Detta leder till att tandvården utmärker sig genom att patienten har stor möjlighet att själv välja vårdgivare och påverka vilken vård som ska utföras.

Utredningen anser därför att patientlagen tills vidare inte ska omfatta tandvård. Förslaget får stöd av flera remissinstanser. Andra remissinstanser anser däremot att tandvårdens patienter ska omfattas av patientlagen eftersom den nya lagen är lika relevant för tandvårdspatienter som för patienter inom hälso- och sjukvården.

Regeringen instämmer i utredningens bedömning och förslag. Att patientlagen inte ska omfatta tandvård förtydligas i en särskild bestämmelse i lagen. Det är dock viktigt att understryka att tandvårdslagen redan innehåller vissa bestämmelser som syftar till att stärka patientens ställning. Tandvården ska bl.a. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vidare ska patienten upplysas om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Innan en undersökning eller viss behandling påbörjas ska vårdgivaren upplysa patienten om kostnaden för åtgärden och de beräknade sammanlagda kostnaderna för en följd av behandlingar.

Regeringen föreslår emellertid att vissa bestämmelser avseende barns ställning i hälso- och sjukvården även ska gälla inom tandvården (se avsnitt 10.4).

Tandvården är ett prioriterat område för regeringen. Syftet med regeringens insatser är att bidra till det övergripande målet om en god tandhälsa i hela befolkningen. För att nå målen har regeringen bl.a. infört ett allmänt tandvårdsbidrag och ett högkostnadsskydd. Den 1 januari 2013 infördes även ett särskilt tandvårdsbidrag riktat till personer med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar. De allra flesta patienter är nöjda med den tandvård de får. Regeringen vill försäkra sig om att tandvårdsreformens mål uppnås och avser därför att utreda statens insatser på området.

Följändringar

Med anledning av införandet av patientlagen görs följändringar i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. och patientsäkerhetslagen.

Av 2 § lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. följer att de föreskrifter som är tillämpliga på vård som ges med stöd av HSL även gäller för vård som ges enligt den förstnämnda lagen. Patientlagen gäller för vård som ges med stöd av HSL och därmed även för vård som ges enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Någon ändring i den lagen på det sätt som utredningen föreslår är därmed inte nödvändig.

7 Individuell information till patienter

7.1 Information om vård och behandling

Regeringens förslag: Patienten ska få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
7. eftervård, och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Utredningens förslag: Överensstämmer i sak i stort sett med regeringens förslag. Utredningen föreslår inte att det i bestämmelsen ska tydliggöras att patienten ska få information om hjälpmedel.

Remissinstanserna: Förslaget välkomnas av remissinstanserna. De instämmer med utredningen i att begriplig och korrekt information i rätt tid är nödvändig för att stärka patientens ställning och möjlighet att vara delaktig i sin vård. *Vårdförbundet* tycker att det är bra att informationsplikts omfattning och innehåll förtydligas. Informationen bör ges i ett sammanhang som ger patienten förutsättningar att ta till sig informationen på ett bra sätt: lugn och ro, gott om tid, möjlighet att ställa frågor m.m. *Svenska Diabetesförbundet* menar att informationsskyldigheten måste omfatta samtliga av de vanligaste förekommande metoderna, även om det är metoder som av någon anledning inte används i det aktuella landstinget. *Jönköpings läns landsting* anser att vårdgivarnas informationsplikt bör förtydligas så att patienter och närstående alltid får bra information om hälsotillstånd, tillgängliga undersöknings- och behandlingsmetoder, relevanta patienträttigheter och stöd. På detaljnivå saknas en paragraf i lagen som stärker patientens rätt att få svar på resultat av genomförda prover och undersökningar.

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) anser att det i lagen bör tillföras en punkt om att patienten ska få information om möjligheten att få skriftlig information. *Konsumentverket* påpekar att det är väsentligt att relevant information kommer vårdkonsumenten till handa i olika steg genom vårdprocessen.

Socialstyrelsen anser att det bör förtydligas att informationen ska baseras på bästa tillgängliga vetenskapliga stöd, och i andra hand på beprövad erfarenhet. *Vårdföretagarna* välkomnar förslaget men anser att om vårdgivaren underlåter att informera patienten bör det kopplas till en sanktion.

Reumatikerförbundet och *Socialstyrelsen* anser att det inte framgår tillräckligt tydligt vilken aktör inom vården, vårdgivaren eller personalen, som ska informera patienten.

Skälen för regeringens förslag

Informationen till patienten behöver stärkas

Information behövs för att patienten ska kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om han eller hon vill acceptera den vård som erbjuds, men den underlättar också för patienten att känna ökad kontroll över sin tillvaro genom att undanröja eller minska ovisshet och möjliggöra planering.

Bristande information kan vidare uppfattas som bristande respekt eller dåligt bemötande. Det framgår inte minst av patientklagomålen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och patientnämnderna. Möjligheten till information är således av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården och bör därför genomsyra hela hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har kunnat påvisa att brister i bemötande och kommunikation mellan patient och vårdgivare leder till överdödlighet och onödig behandling inom slutenvården. Det har också visat sig att god information till patienter ökar följsamheten till ordinationer som t.ex. läkemedelsbehandling, dvs. patienten väljer i större utsträckning att följa de råd och ordinationer som de får exempelvis vid ett läkarbesök.

Undersökningar som t.ex. den nationella patientenkäten och IHP-studien (se avsnitt 4.1.2) har visat att patienter inte alltid får den information som de behöver och att kommunikationen fungerar mindre bra.

Nuvarande bestämmelser i HSL och patientsäkerhetslagen om informationsplikt är relativt allmänt formulerade. Patienten ska ges individuellt anpassad information bl.a. om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Regeringen anser att det är otillfredsställande att många patienter inte tycker sig få tillräckligt med information. Att öka patientens kunskap är ett medel för att stärka dennes makt och inflytande. Patientens kunskaper om sitt eget hälsotillstånd är viktiga för att han eller hon ska kunna förhålla sig till sin vårdssituation och formulera sina behov samt kunna ställa krav på hälso- och sjukvården. En informerad patient är också en förutsättning för en effektiv vård. Regeringen anser därför, liksom utredningen, att informationspliktens omfattning och innehåll behöver förtydligas i den svenska lagstiftningen. Patienten kan på så sätt få en bättre uppfattning om vilken information som han eller hon kan förvänta sig. För personalen innebär förslaget att deras skyldighet att informera understryks och förtydligas.

Några remissinstanser anser att det inte framgår tillräckligt tydligt vilken aktör inom vården, vårdgivaren eller personalen, som ska informera patienten. Regeringen vill förtydliga att enligt HSL har landstinget det övergripande ansvaret för att organisera verksamheten så att kravet på fullgod information till patienten kan upprätthållas (prop. 1998/99:4 s. 46). Det är dock i det personliga mötet mellan patient och behandlande vårdpersonal som mycket av den information som patienten behöver ska kommuniceras. Av patientsäkerhetslagen följer att den som har ansvaret för vården av en patient har en skyldighet att ge honom eller henne information. Informationsskyldigheten åligger således i första hand den som har det direkta ansvaret för den vårdssituation som

informationen avser. Det är däremot vårdgivarens ansvar att organisera verksamheten så att hälso- och sjukvårdspersonalen kan uppfylla sin informationsskyldighet. Verksamhetschefen vid enheten ansvarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som både möjliggör och säkerställer att patienten kan få del av information av sådant innehåll och i sådan omfattning som föreskrivs.

Informationspliktens omfattning och innehåll

Regeringen anser att det av patientlagen ska framgå att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, de metoder för undersökning, vård och behandling som finns, vid vilken tidpunkt som patienten kan förvänta sig att få vård, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar samt eftervård.

Patienten ska få vetenskapligt grundad information om för- och nackdelarna med de olika behandlingsalternativen vid det aktuella tillståndet, för att kunna fatta ett välgrundat beslut. Ibland kan ett behandlingsalternativ vara att i en aktuell situation avvakta med att sätta in en behandling. Det är naturligtvis också ett alternativ patienterna ska få information om, tillsammans med möjliga konsekvenser av ett beslut om att avvakta. Informationen bör lämnas så tidigt som möjligt i en vårdprocess.

Vidare är en angelägen fråga för många patienter att få veta när man kommer att få vård. Att slippa osäkerhet kring när man kommer att få en kallelse till t.ex. en undersökning eller en behandling ger patienterna ökad trygghet och bättre möjligheter till egen kontroll och planering. Av patientlagen ska det därför framgå att patienten ska få information om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård. I det ingår att få veta hur och när patienten ska få svar på resultat av genomförda prover och undersökningar. Denna bestämmelse har inget samband med den nationella vårdgarantin, utan gäller oavsett om vården kan ges inom ramen för vårdgarantin eller inte.

Information om vad som kommer att hända efter utskrivning från en vårdinrättning, t.ex. om symptom att vara uppmärksam på och om fortsatt vård eller uppföljning, verkar, enligt utredningen, vara något som många patienter saknar. Av lagen ska det därför även framgå att patienten när en vårdepisod avslutas ska informeras om eftervård, dvs. viktiga frågor som gäller uppföljande behandling och omvårdnad, t.ex. läkemedelsbehandling och rehabilitering.

Utredningen föreslår en särskild bestämmelse om att den som vänder sig till vården när det är lämpligt ska få upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Regeringen anser att detta i stället bör ingå som en särskild punkt i den aktuella informationsbestämmelsen.

I propositionen Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel (prop. 2013/14:67) föreslås ändringar i HSL och patientsäkerhetslagen med innebörd att patienten ska ges information om de hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning som finns. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2014. Som en konsekvens av de föreslagna ändringarna bör även information om hjälpmedel omfattas av patientlagen.

Det blir naturligtvis inte alltid aktuellt att informera enligt samtliga punkter utan innehållet i informationen får anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet.

7.2 Information om valfrihet och vårdgaranti m.m.

Regeringens förslag: Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
3. vårdgarantin, och
4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.

Utredningens förslag: Överensstämmer i stora delar med regeringens förslag. Utredningen föreslår inte att det i bestämmelsen ska tydliggöras att patienten ska få information om val av behandlingsalternativ och fast läkarkontakt eller om ny medicinsk bedömning och fast vårdkontakt.

Remissinstanserna: De remissinstanser som har uttalat sig är positiva till utredningens förslag. *Örebro läns landsting* vill dock understryka att när det gäller ersättning för vård i ett annat EES-land så är sjukvårdens roll i sammanhanget enbart att informera om att möjligheten finns, men att Försäkringskassan svarar för upplysning om innehållet i förmånen. *Värmlands läns landsting* anser att informationsskyldigheten om valfrihet, vårdgarantin och ersättning för vård i ett annat EES-land bör ligga på vårdgivaren (ej personalen) som har betydligt större möjlighet att via olika informationskanaler ge patienter korrekt och tydlig information. *Sveriges läkarförbund* menar att informationen kan omfatta väldigt mycket och att det därför är viktigt att utredningens skrivning ”när det är aktuellt” tolkas på ett rimligt sätt, så att denna information bara behöver lämnas när det verkligen är relevant.

Myndigheten för vårdanalys anser att det hade varit rimligt att tydliggöra att informationsplikten även gäller bestämmelserna om val av behandlingsalternativ, förnyad medicinsk bedömning, fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.

Skälen för regeringens förslag

Information om valmöjligheter och vårdgaranti

En grundläggande förutsättning för att patienter ska kunna agera och navigera i ett valfrihetssystem är att de får information om möjligheten att välja och att välja bort vårdgivare. Bestämmelser om att patienter ska få sådan information och vem som ansvarar för denna finns i både HSL och patientsäkerhetslagen. Enligt HSL ska patienten ges information om bl.a. sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Av patientsäkerhetslagen följer att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient, dvs. behandlande hälso- och sjukvårdspersonal, ska se till att patienten ges

sådan information. Ansvar kan därmed sägas vara delat mellan vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen. Konkurrensverket har dock i sin rapport Val av vårdcentral 2012 pekat på att det i vissa landsting är mindre än hälften av de tillfrågade som anser att de har tillräcklig information för att kunna göra ett aktivt val.

I samband med att den nationella vårdgarantin lagfästes 2010 tydliggjordes i HSL och patientsäkerhetslagen att patienten ska ges individuellt anpassad information om bl.a. vårdgarantin. I kravet ligger att, utifrån vad situationen i det enskilda fallet kräver, informera om både innehållet i och innebörden av vårdgarantin samt om det kan förväntas att patienten kan ges besök eller åtgärd inom de tidsgränser som följer av vårdgarantin. Patienten ska därmed ges information om eventuell väntetid för besök eller åtgärd. Patienten ska vidare informeras om huruvida det bedöms att landstinget inte kommer att klara att upprätthålla de tidsgränser som gäller samt vad landstinget avser att vidta för åtgärder, t.ex. hur man ska se till att patienten kan ges vård hos en annan vårdgivare. Informationsskyldigheten gäller under hela vårdförloppet. Om det uppkommer en situation som påverkar väntetiden till vård ska patienten informeras om det (prop. 2009/10:67 s. 49).

För att vårdgarantin ska fungera i praktiken är det nödvändigt att såväl allmänhet och patienter som vårdgivare har god kännedom om vårdgarantins regelverk och innehåll. Socialstyrelsens uppföljningar av den nationella vårdgarantin har dock visat på att allmänhetens kännedom om vårdgarantin är förhållandevis låg. Allmänheten vet inte heller vart man ska vända sig för att få information eller för att påtala att man har fått vänta för länge. När det gäller hälso- och sjukvårdspersonalen känner merparten till tidsgränserna men kunskapen är förhållandevis låg om detaljerna i vårdgarantins regelverk. Dessutom anser personalen många gånger att det inte är deras uppgift eller ansvar att informera om vare sig vårdgarantin eller patientens valmöjligheter.

Regeringen delar utredningens uppfattning att individuellt anpassad information i en aktuell vårdssituation är det som ger störst effekt för att i praktiken genomföra vårdgarantin och hjälpa patienten att utnyttja garantin eller sina valmöjligheter. Att informera handlar även om att vägleda patienterna så att de kan få den praktiska hjälp som behövs för att de ska kunna ta till vara sina möjligheter. Regeringen anser därför att det är problematiskt att allmänheten och patienterna inte har tillräcklig information om valmöjligheter och vårdgarantin. Mot bakgrund av detta är det angeläget att en bestämmelse om skyldigheten att informera patienten om möjligheten att välja vårdgivare och utförare och om vårdgarantin tas in i den nya patientlagen.

Utredningen föreslår att patienten även ska få information om övrigt innehåll i patientlagen. Enligt utredningen kan det röra sig om t.ex. möjligheten att begära en fast vårdkontakt eller en ny medicinsk bedömning eller någon av de andra möjligheter som patienter har enligt lagen. Regeringen anser att det i patientlagen i stället uttryckligen bör anges att patienten ska få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ, ny medicinsk bedömning, fast vårdkontakt och fast läkarkontakt inom primärvården (se avsnitt 12, 13 och 15.2). Dessa områden är centrala för att stärka patientens ställning och därför bör

informationsplikten utvidgas genom att den aktuella informationsbestämmelsen kompletteras med de uppräknade områdena.

Vård i ett annat EES-land och i Schweiz

Sverige har genom de förslag som lämnas i propositionen Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning (prop. 2012:13:150) genomfört det s.k. patientrörlighetsdirektivet. Direktivet syftar till att göra det lättare för EU-medborgare att få tillgång till säker gränsöverskridande hälso- och sjukvård av god kvalitet. Rätten att välja vårdgivare över medlemsstatsgränserna och söka ersättning för denna utlandsvård från sitt bostättningsland är väl förankrad i fördraget om Europeiska unionens funktions-sätt. Den grundar sig i rätten till fri rörlighet för tjänster och individer och kan ses som ett led i utvecklingen mot större valmöjligheter för patienten. Den nya lagstiftningen trädde i kraft den 1 oktober 2013.

Försäkringskassan har i uppdrag att vara nationell kontaktpunkt när det handlar om att informera om det befintliga regelverket till dem som är behöriga att ansöka om ersättning för vård i andra EES-länder. Det innebär att Försäkringskassan har informationsansvar om gränsöverskridande vård gentemot allmänheten i Sverige. Försäkringskassan har haft ett sådant ansvar en längre tid och det är därför relativt inarbetat hos allmänheten att det är till Försäkringskassan man vänder sig med frågor gällande vård utomlands. Det säkerställer en enhetlig information till allmänheten samt en ingång oberoende av var en person bor i landet.

Regeringen anser mot bakgrund av ovanstående att det är mest ändamålsenligt att Försäkringskassan fortsätter att ansvara för information om möjligheten att söka vård i andra EES-länder och i Schweiz. Det är ett relativt komplicerat regelverk som styr denna rätt och det är knappast ändamålsenligt att kräva att vårdgivarna eller hälso- och sjukvårdspersonalen ska ansvara för denna information. Däremot anser regeringen, precis som utredningen, att det av patientlagen ska framgå att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att hänvisa till Försäkringskassan om frågan aktualiseras vid en vårdkontakt. Utredningens förslag bör justeras så att skyldigheten även omfattar information om möjligheten att ansöka om förhandstillstånd eller förhandsbesked och även avser information om vård i Schweiz (se vidare författningskommentaren till 3 kap. 2 § patientlagen).

Regleringen av informationsskyldigheten

Information om vad som gäller för ny medicinsk bedömning, fast vårdkontakt och fast läkarkontakt, vårdgarantin samt möjligheten att söka vård inom eller utom det egna landstinget eller i ett annat EES-land är av delvis annan karaktär än den direkta vård- och behandlingsinformationen till patienten som har berörts i avsnitt 7.1. Information om dessa frågor bör därför regleras i en egen paragraf i patientlagen.

Liksom beträffande information om patientens hälsotillstånd m.m. är det inte alltid aktuellt att informera enligt samtliga punkter. Detta ligger i sakens natur och behöver inte, som utredningen föreslår, framgå av lagtexten.

7.3 Individuellt anpassad information

Regeringens förslag: Informationen till mottagaren ska anpassas till hans eller hennes ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.

Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället lämnas till en närstående till honom eller henne.

Informationen får inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

I hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen görs hänvisningar till informationsbestämmelserna i patientlagen.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår att skriftlig information ska lämnas om mottagaren ber om det. Utredningen föreslår vidare att när patienten inte själv kan informeras ska informationen lämnas till en närstående, om det inte är uppenbart olämpligt och om patienten inte motsatt sig det. Vidare föreslås att information inte får lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 25 kap. 6 eller 7 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, eller i 6 kap. 12 § andra stycket eller 13 § första stycket patientsäkerhetslagen.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är överlag positiva till utredningens förslag. *Stockholms läns landsting* tillstyrker den föreslagna kodifieringen av rätten till skriftlig information eftersom den kan bli mycket värdefull för patienterna och att den starkt bör bidra till att förebygga att informationsmissar sker, något som i sin tur har stor betydelse för patientsäkerheten. *Handikappförbunden* och *Prostatacancerförbundet* m.fl. anser att uttrycket ”andra individuella förutsättningar” måste utvecklas så att det tydligt framgår att information alltid ska vara tillgänglig för alla människor med funktionsnedsättning. *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)* påpekar att personer med vissa funktionsnedsättningar kan ha svårt att förstå eller komma ihåg att be om skriftlig information. Sådan information bör därför lämnas om det utifrån mottagarens tillstånd bedöms nödvändigt. *Statens medicinsk-etiska råd (SMER)* och *Stockholms läns landsting* anser att det bör tydliggöras att en uppgift om att en patient väljer att avstå från information alltid ska journalföras.

Uppsala universitet ifrågasätter om bestämmelsen om att information ska lämnas till närstående står i samklang med 2 kap. 2 § andra stycket tryckfrihetsförordningen och med bestämmelserna i OSL. Det är angeläget att i lagstiftningen understryka hälso- och sjukvårdens skyldighet att lämna information om en patients hälsotillstånd m.m. och att sådan information ibland kan eller ska lämnas till närstående. Eventuella undantag från informationskyldigheten bör dock uteslutande regleras i

OSL eller i patientsäkerhetslagen. En patientlag bör inte innehålla några egna bestämmelser om sekretess.

Skälen för regeringens förslag

Individuellt anpassad information

I nuvarande bestämmelser om informationsplikt i HSL och patientsäkerhetslagen anges att informationen ska vara ”individuellt anpassad”.

Det är av central betydelse att informationen lämnas i former som stärker patientens delaktighet och självbestämmande. Den får inte ges slentrianmässigt utan måste anpassas till den aktuella patientens förutsättningar och behov. Regeringen instämmer i utredningens förslag att det i patientlagen ska förtydligas att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Det innebär bl.a. att hälso- och sjukvårdspersonalen, om det behövs, ska använda tolk när de informerar. Med ”andra individuella förutsättningar” avses t.ex. funktionsnedsättning, utbildning, könsidentitet, religion och andra omständigheter som kan påverka hur informationen bör ges. Att informationen ska vara individuellt anpassad innebär även att patienten kan avstå från information som han eller hon inte önskar, vilket också bör framgå av lagstiftningen.

Den som lämnar informationen måste hjälpa mottagaren att värdera informationen, ge aktiv vägledning och försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva delaktighet och självbestämmande. I det ingår att så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Utredningens förslag innebär vidare att skriftlig information ska lämnas på mottagarens begäran. På så sätt kan den som fått informationen gå tillbaka i efterhand och t.ex. kontrollera vissa detaljer eller andra uppgifter. Skriftlig information förekommer redan i dag och den bör i många fall kunna standardiseras när det handlar om vanliga ingrepp och behandlingar. Ett annat sätt att lämna skriftlig information kan vara att ge patienten ett utdrag ur journalen, där t.ex. ordinationer och andra instruktioner kan utläsas. Detta kan vara viktigt även om patienten kan få tillgång till hela sin journal via internet. Mot bakgrund av framförda remissynpunkter föreslår regeringen att information även ska lämnas i skriftlig form om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar.

Av patientdatalagen framgår det att patientjournalen ska innehålla uppgifter om den information som lämnats till patienten. Några remissinstanser anser att det bör tydliggöras att en uppgift om att en patient väljer att avstå från information alltid ska journalföras. Utredningen gör bedömningen att formuleringen i patientdatalagen (3 kap. 6 § första stycket 5) täcker in att personalen ska dokumentera att man inte lämnat någon information till patienten för att patienten inte önskade det. Regeringen delar utredningens uppfattning att lagen inte bör ändras i aktuellt avseende.

Regeringen anser vidare, liksom utredningen, att det i HSL och patientsäkerhetslagen i fortsättningen är tillräckligt att hänvisa till kapitlet om information i patientlagen.

Information till närstående

Av 2 b § andra stycket HSL och 6 kap. 6 § andra stycket patientsäkerhetslagen följer att i en situation när information inte kan lämnas till en patient ska den i stället lämnas till en närstående till denne. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 25 kap. 6 eller 7 § OSL eller i 6 kap. 12 § andra stycket eller 13 § första stycket patientsäkerhetslagen.

Utredningen föreslår att en motsvarighet till dessa bestämmelser ska föras in i patientlagen, dock med det tillägget att information enbart ska lämnas om det inte är uppenbart olämpligt och om patienten inte motsatt sig det.

Regeringen delar utredningens bedömning att patientlagen bör innehålla en bestämmelse om att när en patient inte kan informeras ska informationen i stället lämnas till en närstående till honom eller henne. Regeringen instämmer dock med Uppsala universitet att eventuella undantag från informationsskyldigheten enbart bör regleras i OSL och patientsäkerhetslagen. Regeringen ställer sig därmed inte bakom det tillägg om krav på samtycke och lämplighet för utlämnande av information som utredningen föreslår.

Bestämmelsen utesluter inte att närstående kan få information även när patienten är i stånd att ta emot den själv. I båda fallen gäller dock att sekretess och tystnadsplikt kan hindra att information lämnas ut till patienten och/eller någon närstående. I nuvarande lydelse av bl.a. 2 b § andra stycket HSL hänvisas enbart till bestämmelser i OSL och patientsäkerhetslagen om sekretess respektive tystnadsplikt gentemot patienten själv. I regeringens förslag till patientlag justeras detta.

I avsnitt 10.3 föreslås att patientjournalen ska innehålla uppgifter även om den information som lämnats till patientens vårdnadshavare och andra närstående.

8 Samtycke

Regeringens förslag: Av patientlagen ska det framgå att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få viss information.

Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om patienten avstår från viss vård eller behandling, ska information ges om vilka konsekvenser detta kan medföra.

Patientjournaler ska innehålla uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen föreslår även en upplysningsbestämmelse om att

regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om hur patientens inställning till vård ska inhämtas.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är positiva till utredningens förslag. *Riksdagens ombudsmän (JO)* instämmer i att en så grundläggande princip som att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke bör framgå tydligt i lag. Enligt *Justitiekanslern (JK)* framstår det som både önskvärt och ändamålsenligt att en uttrycklig regel införs om att hälso- och sjukvård, när annat inte följer av lag, inte får ges utan patientens samtycke. *Sveriges läkarförbund* anser att det är bra att principen om samtycke framgår direkt av lagtexten. *Stockholms läns landsting* konstaterar att vad som föreslås i denna del innebär en kodifiering av gällande praxis. *Lunds universitet* anser att bestämmelsen behöver kompletteras med andra bestämmelser och/eller rutiner som säkerställer att patienten får information om att vård inte får ges utan samtycke.

Uppsala läns landsting anser att det i patientjournalen endast ska antecknas när patienten har nekat till att ta emot vården och behandlingen, inte att patienten samtyckt till vården och behandlingen. De anser att man bör vara återhållsam med att lägga ytterligare administrativa uppgifter på personalen. *Handikappförbunden* påpekar att den som förmedlar informationen måste försäkra sig om att mottagaren uppfattat och förstått informationen korrekt. Först då kan ett informerat samtycke bli möjligt.

Socialstyrelsen anser att samtyckesfrågor, som är av stor betydelse för den enskildes integritet, bör regleras i lag och inte på föreskriftsnivå.

Sveriges läkarförbund anser att det är bra att det uttryckligen anges att samtycket inte alltid behöver vara muntligt eller skriftligt utan att patienten kan samtycka även genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden. Ett krav på uttryckligt muntligt eller skriftligt samtycke till varje enskild vårdåtgärd skulle enligt läkarförbundet vara ohanterligt. *Psykologförbundet* anser också att det inte bör införas något krav på skriftligt samtycke. Många åtgärder inom vården görs med ett underförstått samtycke som grundar sig på patientens handlande. Detsamma gäller *Reumatikerförbundet* som inte tycker att det är önskvärt med ett formaliserat system till samtycke. *Praktikertjänst* anser dock att det vid brist på samtycke borde kunna krävas att patienten skriftligen uttalar denna önskan för att vårdpersonal och vårdgivare inte ska försättas i en besvärlig bevissituation även om bristen på samtycke ska dokumenteras i journalen.

Skälen för regeringens förslag

Enligt regeringsformen är var och en gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Med kroppsligt ingrepp avses, utöver våld mot människokroppen, även läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinering och blodprovstagning samt liknade företeelser som brukar betecknas med ordet kroppsbesiktning.

Skyddet mot kroppsligt ingrepp får endast begränsas genom lag och begränsningar får endast göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå

utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den.

Innebörden av detta grundlagsstadgade skydd är bl.a. att hälso- och sjukvård inte får ges mot någons vilja, dvs. med tvång, om detta inte särskilt framgår av lag. Tvångsvård får under vissa förutsättningar huvudsakligen ske med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Att hälso- och sjukvårdsåtgärder inte får vidtas utan patientens samtycke framgår endast indirekt av hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, och patientsäkerhetslagen. Enligt dessa lagar ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Hälso- och sjukvården ska vidare bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Av förarbetena till HSL framgår det att patienten i princip har en obegränsad rätt att avstå från behandling och att han eller hon därmed kan kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas (prop. 1981/82:97 s. 118).

Regeringen delar utredningens uppfattning att det är viktigt att dessa fundamentala rättigheter är kända för såväl patienter som närstående och hälso- och sjukvårdspersonal. Det bör därför tydliggöras i patientlagen att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke och att samtycke till fortsatt vård när som helst får tas tillbaka. Undantag från bestämmelsen får endast meddelas i lag.

Att en patient har rätt att tacka nej till hälso- och sjukvård eller ta tillbaka sitt samtycke till fortsatt vård kan i många fall väcka svåra etiska frågor. Det är viktigt att det för hälso- och sjukvårdspersonalens del finns möjlighet till ytterligare vägledning i form av exempelvis föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen gav i juni 2011 ut föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling. Där framgår vad personalen ska göra i det fall en patient ger uttryck för att en livsuppehållande behandling inte ska inledas eller fortsätta. Regeringen föreslår att det av patientlagen ska framgå att en patient som avstår från viss vård och behandling ska få information om vilka konsekvenser detta ställningstagande kan medföra. Informationen måste givetvis ges på ett hänsynsfullt sätt och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Hur samtycke till hälso- och sjukvård ska lämnas

Utredningen har övervägt om det i patientlagen ska ställas krav på att samtycke till hälso- och sjukvård ska uttryckas skriftligt. En fördel med att införa krav på skriftligt samtycke kan givetvis vara att det inte skulle råda någon tvekan om huruvida patienten samtyckt till en åtgärd eller inte. Å andra sidan innebär ett skriftligt samtycke inte någon garanti för att patienten har fått nödvändig information och är införstådd med eventuella konsekvenser av den planerade vårdåtgärden. Det finns också risk för att hanteringen och administrationen av samtyckeshandlingar kan bli resurskrävande för hälso- och sjukvården.

Enligt regeringens uppfattning behöver det inte kopplas något formkrav till patientens samtycke. I patientlagen ska det däremot förtydligas att en patient, om inte annat framgår av lag, kan lämna samtycke till vård skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon

samtycker till den aktuella åtgärden. Det innebär att ett samtycke till hälso- och sjukvård kan komma till uttryck genom patientens handlande, s.k. konkludent eller tyst samtycke. Patienten visar genom sitt agerande att han eller hon samtycker till en åtgärd, genom att exempelvis underlätta vid blodprovstagning.

Behov av ett formaliserat samtycke kan även fortsättningsvis finnas för särskilt ingripande åtgärder vilket får regleras i speciallagstiftning.

För att patienten överhuvudtaget ska kunna ta ställning till ett erbjudande om en behandlingsåtgärd är det emellertid av central betydelse att han eller hon har fått god och anpassad information om vården och behandlingen samt förstått densamma. Som framgår av avsnitt 7.3 föreslår regeringen att det i patientlagen ska förtydligas att hälso- och sjukvårdspersonalen så långt det är möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Det är i det sammanhanget som ett samtycke till att ta emot erbjuden vård bör efterfrågas och lämnas. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har fungerade rutiner för hur informationen ska lämnas, hur man försäkras sig om att patienten har förstått informationen samt hur man därefter ber om patientens ställningstagande.

Utredningen föreslog en bestämmelse som upplyser om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om hur patientens inställning till vård ska inhämtas. Regeringen delar utredningens bedömning att föreskrifter om hur samtycke i praktiken ska inhämtas får vara att anse som verkställighetsföreskrifter. Regeringen återkommer i frågan huruvida sådana föreskrifter bör tas fram och anser att det i patientlagen inte behöver införas någon sådan upplysningsbestämmelse som utredningen föreslår.

Dokumentation av patientens ställningstagande

Enligt patientdatalagen ska en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga ska en patientjournal alltid innehålla

- uppgift om patientens identitet,
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, och
- uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

Utredningen anser att patientjournalen även ska innehålla uppgifter om patientens grundläggande ställningstagande till den föreslagna vården och behandlingen, dvs. inte endast i fråga om val av behandlingsalternativ och en ny medicinsk bedömning. Utredningen har övervägt om det ska införas en skyldighet att i alla fall dokumentera patientens samtycke till hälso- och sjukvård i patientjournalen. Det kan förefalla självklart att så ska ske men det kan dock uppstå osäkerhet om vad som ska dokumenteras. Enligt utredningens mening är emellertid patientens rätt att neka till vård eller när som helst ta tillbaka ett samtycke centralt i sammanhanget. Utredningen anser därför att patientens nekande till att ta emot viss vård eller behandling alltid ska dokumenteras i patientjournalen och föreslår

en bestämmelse om detta i patientdatalagen. Regeringen ställer sig bakom utredningens bedömning, men föreslår en annan språklig utformning av bestämmelsen.

Det får anses lämpligt att hälso- och sjukvårdspersonal i patientjournalen dokumenterar patientens inställning till en vårdåtgärd även i andra fall än då det finns en skyldighet i lag, exempelvis om patienten skriftligt eller på annat sätt uttryckt ett samtycke. Av Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) framgår för övrigt att vårdgivarens rutiner för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att patientjournalen innehåller uppgifter om lämnade samtycken och uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och behandling.

Uppgifter om patientens inställning till viss vård får anses rymmas inom de i 2 kap. 4 § patientdatalagen angivna tillåtna ändamålen för behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

9 Hälso- och sjukvård till vuxna beslutsoförmögna

Regeringens förslag: En patient ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

Regeringens bedömning: I avvaktan på förslag från Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvården m.m. (S 2012:06) bör ytterligare bestämmelser om hälso- och sjukvård till vuxna personer som saknar beslutsförmåga inte införas.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag och bedömning. Utredningen föreslår även en bestämmelse om annat än akuta insatser till personer som inte endast tillfälligt saknar beslutsförmåga.

Remissinstanserna: En stor del av remissinstanserna är positivt inställda till förslagen angående hälso- och sjukvård till beslutsoförmögna personer. *Gotlands kommun, Stockholms läns landsting, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet* och *Vårdförbundet* m.fl. anser att det är positivt att frågan om hälso- och sjukvård till vuxna beslutsoförmögna regleras i patientlagen i avvaktan på resultatet av Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvården m.m.

Ungefär hälften av de remissinstanser som har uttalat sig i frågan, bl.a. *Riksdagens ombudsmän (JO), Justitiekanslern, Lunds universitet, Stockholms kommun, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och flera landsting som t.ex. *Jönköpings och Skåne läns landsting*, ställer sig däremot negativa till båda bestämmelserna om vård utan samtycke (3 kap. 4 och 5 §§ i utredningens förslag till patientlag) eller i vart fall till bestämmelsen om annat än akuta insatser till personer som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka (3 kap. 5 §). De flesta anser att

man bör avvakta förslagen från Utredningen om beslutsförmögna personers ställning i hälso- och sjukvården m.m. *Socialstyrelsen* avstyrker å sin sida enbart förslaget till 3 kap. 4 §, på den grunden att det saknas en konsekvensanalys av bestämmelsen. En viktig fråga är hur patientens tidigare uttryckta vilja ska beaktas, t.ex. motstånd till blodtransfusion.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Regeringen föreslår i avsnitt 8 att det av den nya patientlagen tydligt ska framgå att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. Vidare föreslås att det bättre ska framgå på vilka sätt patienten kan vara delaktig i sin vård (avsnitt 11). Det finns emellertid personer som saknar förmåga att ge uttryck för självbestämmande, genom att exempelvis ge samtycke till vård. Denna oförmåga kan vara tillfällig eller mer varaktig. I brist på lagbestämmelser på området saknar hälso- och sjukvården och dess personal tydlig vägledning om på vilka grunder vård ändå kan ges till dessa personer. Mot bl.a. denna bakgrund beslutade regeringen i juni 2012 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till en enkel och ändamålsenlig reglering avseende personer som på grund av att de är beslutsförmögna helt eller delvis saknar möjlighet att fullt ut vara delaktiga eller på annat sätt utöva sitt självbestämmande i situationer då detta förutsätts inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst eller forskning (S 2012:06). Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 1 januari 2015.

Akut omhändertagande

Inom hälso- och sjukvården uppkommer ofta situationer då personer av olika anledningar saknar möjlighet att ge samtycke till nödvändiga vårdinsatser. Det handlar framförallt om akuta situationer då en person exempelvis är medvetslös och sjukvårdsinsatser måste vidtas omedelbart för att rädda personens liv eller i övrigt för att undvika svåra konsekvenser för den enskildes hälsa.

Det legala stöd som kan åberopas vid dylika situationer är möjligen 24 kap. 4 § brottsbalken som reglerar under vilka förutsättningar ett handlande i en nödsituation kan vara fritt från straffrättsligt ansvar. Enligt denna bestämmelse kan nöd föreligga när fara hotar bl.a. liv eller hälsa. En gärning som någon begår i nöd utgör brott endast om den är oförsvarlig med hänsyn till ”farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt”. Enligt utredningens uppfattning bör hälso- och sjukvårdens insatser i den här typen av situationer ha stöd i den lagstiftning som reglerar patientens ställning och inte i uttolkning av allmänna regler i brottsbalken.

Regeringen anser liksom utredningen att det finns skäl att i väntan på förslagen från Utredningen om beslutsförmögna personers ställning i hälso- och sjukvården m.m. i den nya patientlagen reglera vad som i dag får anses utgöra praxis i hälso- och sjukvården när det gäller akuta insatser för patienter vars vilja inte kan utredas.

Utredningens förslag innebär att patienten ska beredas den hälso- och sjukvård som behövs för avvärjande av fara som akut hotar patientens liv eller hälsa även om hans eller hennes vilja, på grund av medvetslöshet

eller av annan orsak, inte kan utredas. Det handlar följaktligen om sådan nödvändig vård som inte kan anstå tills en patient eventuellt själv kan ta ställning till åtgärden. Det kan både handla om personer som endast tillfälligt saknar förmåga att uttrycka sin vilja och om personer som av olika anledningar mer varaktigt får anses sakna beslutskompetens men som befinner sig i en nödsituation. Med ”annan orsak” avses bl.a. att patienten, utan att vara medvetlös, är så påverkad av de omständigheter som i det enskilda fallet får sägas utgöra själva nödsituationen, att han eller hon inte kan uttrycka sin vilja. Det kan handla om att patienten är okontaktbar på grund av han eller hon befinner sig i chock, eller är på väg in i medvetlöshet. Vidare kan patienten t.ex. vara så påverkad av narkotiska preparat eller dylikt att det är omöjligt att utröna patientens uppfattning.

Hur lång tid en patient ska anses tillfälligt sakna möjlighet att uttrycka sin vilja måste enligt utredningen kunna variera utifrån den aktuella situationens art. Under den tid ett akut eller i övrigt nödvändigt omhändertagande pågår får en nödsituation fortfarande anses vara för handen. När så inte längre är fallet och patienten fortfarande inte är i stånd att uttrycka sin vilja ska vård inte längre kunna ges med stöd i den föreslagna bestämmelsen. Bestämmelsen ska inte heller tillämpas för att fortlöpande kunna bereda en beslutsinkompetent patient vård och omsorg.

Regeringen ställer sig bakom utredningens förslag till reglering. Eftersom bestämmelsen enbart ska kunna tillämpas när det handlar om att rädda en persons liv eller att undvika svåra konsekvenser för dennes hälsa bör dock den föreslagna lagtexten förtydligas på så sätt att det framgår att det ska vara fråga om akuta *och allvarliga* hot mot liv eller hälsa.

Icke akut omhändertagande

Utredningen lämnar även förslag om hur icke akut hälso- och sjukvård ska kunna ges till patienter som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till hälso- och sjukvård. Regeringen anser att detta är en mycket komplicerad fråga som bl.a. innebär flera svåra etiska överväganden. Det finns därför anledning att avvakta med införandet av en bestämmelse som reglerar frågan tills Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvården m.m. redovisat sina slutsatser.

10 Barnets inflytande över sin vård

10.1 Barnets bästa

Regeringens förslag: När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår att barnets bästa ska beaktas *där* hälso- och sjukvård ges till barn.

Remissinstanserna: Remissinstanserna instämmer i utredningens förslag eller har inte framfört några synpunkter. *Socialstyrelsen* anser att det är bra att perspektivet på barnets bästa tydliggörs. *Uppsala universitet* efterlyser ett förtydligande om hur barnets bästa kan bedömas och på vilket sätt bestämmelsen är avsedd att få konkret betydelse. *Gotlands kommun* och *Malmö kommun* anser att definitionen av vem som räknas som barn bör framgå av lagtexten. *Sveriges Psykologförbund* anser att en vägledning bör tas fram som innehåller en samlad information om hur regelverket ser ut gällande barns ställning i vården.

Skälen för regeringens förslag

Av FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) följer att vid alla åtgärder som rör barn ska barnets bästa komma i främsta rummet. Enligt svensk rätt avses med barn en person som inte uppnått myndighetsåldern, dvs. 18 år. En sådan tolkning är också i enlighet med barnkonventionen.

Målet för regeringens barnrättspolitik är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande. Barnrättspolitiken syftar till att ta till vara och stärka barnets rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt i barnkonventionen. År 2010 antog riksdagen en strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232). Strategin gäller för alla offentliga aktörer och ska vara ett verktyg i arbetet med barnets rättigheter. Av strategin framgår bl.a. att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen. Regeringen arbetar efter strategin och stöder ett flertal insatser på området, bl.a. genom en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om att stärka barnets rättigheter i verksamheter i kommuner och landsting.

Barnets bästa behöver tydliggöras

I barnkonventionen stadgas att vid alla åtgärder som rör barn ska barnets bästa komma i främsta rummet. Principen om barnets bästa ska vara vägledande för såväl offentliga och privata institutioner som för vårdnadshavare.

Regeringen anser att barnets bästa ska vara vägledande i de svåra ställningstaganden som behöver göras inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. Vad som är barnets bästa är inte definierat i hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, eller barnkonventionen. Bedömningen av barnets bästa är, enligt regeringen, en process med flera steg. Hälso- och

sjukvårdspersonalen måste beakta vetenskap och beprövad erfarenhet samt, beroende på barnets ålder och mognad, inhämta underlag från vårdnadshavare. I relevanta sammanhang kan underlag även behöva inhämtas från andra yrkespersoner som har kunskap om barnet, med de begränsningar som kan finnas på grund av sekretess och tystnadsplikt. Vidare behöver hälso- och sjukvårdspersonalen beakta det som barnet själv ger uttryck för i enlighet med barnkonventionens artikel 12. Utgångspunkten i barnets bästa är respekten för barnets fulla människovärde och integritet.

Vad som är barnets bästa måste således avgöras i varje enskilt fall. Principen om barnets bästa får emellertid inte medföra att barns och vårdnadshavares åsikter och inställning till en vårdåtgärd åsidosätts. Vid bedömningen av barnets bästa i det enskilda fallet bör i stället stor vikt läggas vid barnets, och även vårdnadshavarens, möjlighet till inflytande. Processen att komma fram till barnets bästa kräver ett aktivt övervägande i det enskilda fallet. Barnets liv och hälsa måste skyddas, men barnets integritet, rätt att uttrycka sin åsikt och rätt till inflytande måste även beaktas vid en bedömning av vad som är det enskilda barnets bästa i den aktuella situationen. Både hälso- och sjukvårdspersonal och vårdnadshavare bör ge barnet möjlighet att uttrycka sin inställning samt underlätta barnets delaktighet i hälso- och sjukvården. Vårdpersonalens arbete i denna del är komplext då man, beroende på barnets ålder och mognad, både ska beakta barnets behov och önskningsar, samverka med barnets vårdnadshavare och ge barnet skydd i utsatta situationer.

Principen om barnets bästa bör beaktas i den dagliga verksamheten när barn får vård och bör tjäna som en vägledning inom hälso- och sjukvårdsverksamheter i övrigt. Detta innebär att barn bör ges möjlighet att uttrycka sina åsikter även i dessa sammanhang.

Regeringen delar utredningens bedömning att en bestämmelse om barnets bästa bör införas i patientlagen. Enligt utredningens förslag ska barnets bästa beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn. Principen ska enligt utredningen därmed även beaktas vid uppbyggnaden av system och rutiner inom hälso- och sjukvården och vid exempelvis utformning av lokaler. Enligt regeringens mening ligger sådana frågor utanför patientlagens tillämpningsområde. Regeringen föreslår i stället en bestämmelse med innebörden att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

Stöd och vägledning till hälso- och sjukvårdspersonalen

Sveriges Psykologförbund anser att en vägledning bör tas fram som innehåller en samlad information om hur regelverket ser ut gällande barns ställning i vården. Regeringen håller med om att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har kunskap om vilka regler som styr barnets bästa och barnets rätt till inflytande och information inom hälso- och sjukvården. I detta sammanhang kan Socialstyrelsens meddelandeblad "Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård" ge viss vägledning. Utredningen lyfter även fram den standard för hälso- och sjukvården som Nordisk förening för sjuka barns behov (NOBAB) har utarbetat utifrån barnkonventionen.

10.2 Barns inställning till vård

Regeringens förslag: När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår även en upplysningsbestämmelse om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om hur mognadsbedömningar av barn ska göras.

Remissinstanserna: Den övervägande majoriteten av remissinstanserna instämmer i utredningens förslag eller har inte framfört några synpunkter. *Socialstyrelsen* anser att det är positivt att barnets rätt till inflytande tydliggörs. Myndigheten anser dock att rätten att höras kunde framhållas ytterligare och refererar till 11 kap. 10 § socialtjänstlagen.

Barnombudsmannen och *Göteborgs universitet* betonar vikten av att inte barn med funktionsnedsättning diskrimineras när det gäller rätten att komma till tals i sin vård och behandling. Det är också viktigt att underlätta för barn med andra språk än svenska som modersmål att kunna uttrycka sina åsikter.

Sveriges läkarförbund, *Konsumentverket*, *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)*, *Gävleborgs läns landsting* och *Svensk sjuksköterskeförening* m.fl. delar utredningens uppfattning att det inte är lämpligt eller ens möjligt att införa någon fast åldersgräns när det gäller barns möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården.

Flera remissinstanser som *Barnombudsmannen*, *Vårdförbundet* och flera landsting, bl.a. *Uppsala läns landsting* och *Jämtlands läns landsting*, anser att berörd myndighet bör få i uppdrag att ta fram vägledning och riktlinjer för mognadsbedömningar av barn. *Socialstyrelsen* ställer sig tveksam till att mognadsbedömningar ska regleras mer detaljerat i en föreskrift eller i lag än den föreslagna bestämmelsen.

Skälen för regeringens förslag

I barnkonventionen stadgas en rätt för alla barn som är i stånd att bilda egna åsikter att fritt uttrycka dessa. I Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, som Sverige undertecknat men inte ratificerat, finns regler om samtycke och regler till skydd för personer som inte är förmögna att avge ett samtycke. Konventionen fastslår att barnets åsikt successivt ska bli en alltmer avgörande faktor i takt med att barnet blir äldre och alltmer moget.

För att en patient ska kunna ta ställning till frågan om vilken vård som ska ges, och eventuellt lämna samtycke till en vårdåtgärd, måste han eller hon ha förmåga att förstå den information som lämnas och överblicka konsekvenserna av sitt eget beslut. Man brukar ibland tala om beslutskompetens även i detta sammanhang. I fråga om vuxna människor, dvs. personer över 18 år, föreslår regeringen i avsnitt 8 att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Barn kan också anses vara beslutskompetenta i en viss vårdfråga, beroende på deras mognadsgrad och utveckling. Frågan om vilket inflytande barn ska

ha i medicinska frågor är dock komplicerad och har avhandlats bl.a. i ett antal rättsfall och uttalanden.¹

Centralt i diskussionen om barns möjlighet till inflytande är konflikten mellan å ena sidan barnets rätt till självbestämmande och integritet, och å andra sidan barns behov av skydd samt vårdnadshavarnas möjlighet att utöva sin skyldighet att tillgodose barnets behov. Regeringen vill understryka att principen om barnets bästa är intimt förknippad med barnets rätt att få uttrycka sina åsikter.

I dag finns det inga uttryckliga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som gäller barn och deras inflytande över sin egen vård. Det finns dock bestämmelser om barns inflytande i medicinska frågor i speciallagstiftningen, exempelvis bestämmelser om samtycke och information vid omskärelse av pojkar enligt lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, och 15-årsgränsen för eget samtycke till medverkan i viss forskning enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Vårdnadshavarnas ansvar i förhållande till barnets ökande bestämmanderätt

Omsorgen om ett barns personliga angelägenheter, vilket bl.a. inbegriper frågor om hälso- och sjukvård, omfattas av begreppet vårdnad. Utgångspunkten i svensk rätt är att vårdnadshavarna har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter (6 kap. 11 § föräldrabalken). Det är också vårdnadshavarnas ansvar att barnets behov blir tillgodosedda.

Vårdnadshavaren ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål i de beslut som rör barnets personliga angelägenheter. I förarbetena till den aktuella bestämmelsen i föräldrabalken angavs att såväl angelägenhetens beskaffenhet som varje enskilt barns individuella förutsättningar varierar så starkt att det knappast är möjligt att i lagtexten, annat än i mycket allmänna ordalag, ge uttryck för det ökade hänsynstagande till barnets synpunkter och önskemål som borde följa med barnets personliga utveckling. Den fråga det gäller kan i vissa fall vara av den art att det ter sig naturligt att barnet får bestämma själv, utan att vårdnadshavaren lägger sig i saken. I förarbetena underströks emellertid att vårdnadshavarens möjlighet att ge barnet rätt att själv bestämma inte bör få leda till att vårdnadshavaren övervältrar sitt ansvar som beslutsfattare på barnet samt att det för barnets trygghet är väsentligt att inte tvingas fatta beslut som han eller hon inte känner sig mogen för (prop. 1981/82:168 s. 24 f.). Bestämmelsen har kommit att utgöra en grund för att ge barn ett medinflytande inom hälso- och sjukvården men även för att ge de barn som har tillräcklig mognad för att tillgodogöra sig relevant information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut i en viss vårdfråga rätt att själva bestämma i den aktuella frågan.

¹ Utförliga beskrivningar av rättsfall och JO uttalanden som närmare beskriver vid vilka tidpunkter beslutanderätten kan anses övergå till barnet finns bl.a. i Gustav Svensson (2007) *Barns rätt i hälso- och sjukvård*, s. 109 f och Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2010) *Barns och ungas rätt i vården*.

När det gäller små barn framgår det enligt utredningen av praxis att det är vårdnadshavaren som har bestämmanderätten över dessa barn. För barn över 15 år är emellertid huvudregeln den motsatta. Justitieombudsmannen (JO) har uttalat att det får anses vara en princip i svensk rätt att, om barnet fyllt 15 år och är i stånd att göra en rimlig bedömning av samtyckets innebörd och verkan, åtgärder rörande barnets personliga angelägenheter inte får vidtas enbart utifrån samtycke av vårdnadshavare och förmyndare. Enligt utredningen kan barn emellertid inte bara anses ha rätt att motsätta sig en vårdåtgärd utan även att, under vissa förutsättningar, själva initiera och samtycka till en åtgärd.

Vad gäller den långa period av barndomen då barnet varken är mycket litet eller äldre tonåring finns det enligt utredningen en varierande praxis att hämta ledning från. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har i ett ärende ansett att en trettonåring hade rätt att själv initiera en vårdåtgärd utan att vårdnadshavarna kontaktades. JO och Regeringsrätten har uttalat att ett barn som nått tolv års ålder normalt skulle kunna ta ställning till en läkarundersökning i vissa situationer. Även vad gäller psykiatrisk vård finns uttalanden och ärenden där det ansetts acceptabelt att barn under 15 år sökt och fått vård utan att vårdnadshavarna tillfrågats i förväg. I flera ärenden och uttalanden på området som utredningen tagit del av läggs stor vikt vid vilken åtgärd som är i fråga och vid det enskilda barnets mognad.

Barns inställning till en vårdåtgärd

Regeringen delar utredningens uppfattning att de barn som har tillräcklig mognad för att tillgodogöra sig den behövliga informationen och överblicka konsekvenserna av sitt beslut i en viss vårdfråga också bör ges möjlighet att ge sitt samtycke till en vårdåtgärd. Därför föreslår regeringen att det i patientlagen ska anges att när patienten är ett barn ska hans eller hennes inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Barnet har även möjlighet att själv initiera en åtgärd. Det kan t.ex. handla om att genomföra en abort eller att få tillgång till preventivmedel.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har, tillsammans med vårdnadshavarna, ett ansvar för att utreda barnets inställning. Att det inte blir aktuellt när patienten är ett spädbarn torde stå klart. Det betyder dock inte att mycket små barn inte kan ha en inställning till en åtgärd och det är således viktigt att ge även dessa barn utrymme att få uttrycka sin åsikt.

Vilken mognad som krävs för att ett barns inställning ska tillmätas betydelse måste bedömas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av åtgärdens art och angelägenhetsgrad. Det är viktigt att understryka att även då ett barn är moget nog att själv fatta beslut om viss vård eller behandling bör hälso- och sjukvårdspersonalen sträva efter att ändå involvera vårdnadshavarna om inte barnet motsätter sig det. Vårdnadshavarna har även fortsättningsvis ett lagstadgat ansvar för barnet, som kan vara i behov av råd och stöd i större utsträckning än en vuxen patient.

Utredningen övervägde att införa särskilda åldersgränser vad gäller barns möjlighet till inflytande och information i olika medicinska frågor.

Enligt utredningens mening medför emellertid fasta åldersgränser en risk för att vissa barn får ett större ansvar än de är mogna att bära medan andra kan förvägras självbestämmande i frågor de skulle vara kapabla att själva besluta om. Skillnaden i individuell mognad kan vara stor under de år som här är i fråga. Fasta åldersgränser medför även svårigheter då hänsyn ska tas till arten och angelägenhetsgraden av den aktuella sjukvårdsåtgärden. Många barn kan vara mogna nog att samtycka till enklare sjukvårdsåtgärder långt tidigare än exempelvis vid 15 års ålder medan vissa barn inte ensamma bör kunna samtycka till mer omfattande ingrepp vid samma ålder. Regeringen och flertalet remissinstanser delar utredningens uppfattning att det inte bör införas särskilda åldersgränser när det gäller barns möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården.

Mognadsbedömningar

Det enskilda barnet har i praxis givits rätt att ensam fatta beslut i en fråga som rör hälso- och sjukvård om han eller hon uppnått den mognad som anses behövas i den aktuella situationen. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i det enskilda fallet göra en bedömning av om barnet kan anses ha uppnått den mognad som krävs för att hon eller han ska kunna ta ställning till en vårdåtgärd. Den individuella mognadsbedömningen får därmed ofta en helt avgörande betydelse för barns ställning i vården. Vilken mognad som krävs i det enskilda fallet beror på arten och på angelägenhetsgraden av den vårdåtgärd beslutet avser. Det kan exempelvis vara skillnad mellan att samtycka till en undersökning och till en läkemedelsbehandling eller ett kirurgiskt ingrepp.

Det centrala för bedömningen av om barnet ska anses moget nog att ensam få ge sitt samtycke till en sjukvårdsåtgärd är om barnet förstår hälso- och sjukvårdsinsatsen samt vilka konsekvenser insatsen kan få. Redan ett litet barn bör kunna begära och få ett sår omplåstrat; det krävs emellertid en avsevärd mognad för att barnet ska anses ha ett självbestämmande över mer omfattande behandlingar och ingrepp.

I de flesta fall är det hälso- och sjukvårdspersonalen som får bedöma om det enskilda barnet är tillräckligt moget för att själv kunna ta ställning till den aktuella vårdfrågan. Om ett barn har varit sjukt länge har hälso- och sjukvårdspersonalen ofta byggt upp en långvarig relation med barnet. En sådan relation i kombination med en kunskap om de åtgärder som är aktuella ger en bra grund för att bedöma om barnet har den mognad som krävs för att hon eller han ska kunna vara delaktig i beslutet om en vårdåtgärd.

Flera remissinstanser anser att det finns behov av att ge hälso- och sjukvårdspersonalen vägledning eller riktlinjer för hur mognadsbedömningar ska göras när hälso- och sjukvård ska ges till barn. Utredningen föreslår en bestämmelse i patientlagen som upplyser om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om sådana bedömningar. Regeringen återkommer i frågan om i vilken form berörda myndigheter bör lämna vägledning angående genomförandet av mognadsbedömningar. Någon sådan upplysningsbestämmelse som utredningen föreslår behöver inte införas i patientlagen.

10.3 Information till barn och vårdnadshavare

Regeringens förslag: När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information.

Uppgift om den information som lämnats till patientens vårdnadshavare och övriga närstående ska dokumenteras i patientjournalen.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår en bestämmelse i patientlagen som sammanfattar vad som gäller enligt 6 kap 11 § föräldrabalken och 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen, förkortad OSL, när det gäller sekretess gentemot vårdnadshavare.

Remissinstanserna: *Ungdomsstyrelsen* välkomnar utredningens förslag att det ska förtydligas att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information ”såvida det inte kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren”. Bakgrunden är, enligt myndigheten, att barn som lever i en hedersrelaterad kontext befinner sig i en mycket utsatt situation och att det därmed inte kan antas att vårdnadshavare ur ett hälsoperspektiv ser till barnets bästa. *Stockholms läns landsting* och *Västra Götalands läns landsting* påpekar att det är viktigt att värden strävar efter att samverka med båda vårdnadshavarna, när det inte är olämpligt eller hindras av sekretessregler. Detta är särskilt viktigt när barnens föräldrar inte är sammanboende. Det förutsätts att den föreslagna informations-skyldigheten gäller båda vårdnadshavarna. *Dalarnas läns landsting* anser att begreppet vårdnadshavare behöver utvecklas så att lagstiftaren klargör att barn oftast har två vårdnadshavare – och reda ut vilka skyldigheter som vårdgivaren har för att säkerställa barnets rätt till två informerade vårdnadshavare som företräder barnet och tillvaratar barnets intresse.

Justitiekanslern ifrågasätter om ordalydelsen i den föreslagna bestämmelsen i alla delar kan anses motsvara gällande rätt. *Uppsala universitet* anför att det knappast är lämpligt att vid sidan av OSL införa regler om sekretess som delvis går längre än vad som sägs där, delvis har identisk utformning som OSL. Det förhållandet att den unge motsätter sig att en viss uppgift lämnas till vårdnadshavare kan visserligen vara ett starkt skäl att inte ge ut denna information, men det är ett kriterium som inte har stöd i den nuvarande utformningen i 12 kap. 3 § OSL.

Skälen för regeringens förslag

I de allmänna regler om information som regeringen föreslår i avsnitt 7 finns det inget undantag från skyldigheten att lämna information enbart på den grunden att patienten är ett barn. Även barn ska därmed i princip alltid informeras om bl.a. sitt hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling samt det förväntade vårdförloppet. Informationen måste emellertid anpassas till barnets ålder, mognad och andra individuella förutsättningar. Regeringen vill även understryka att principen om barnets bästa ska ge vägledning när information ges till barnet (se avsnitt 10.1).

Information till vårdnadshavarna

Att enbart informera ett litet barn och anförtro honom eller henne uppgiften att vidareförmedla informationen till vårdnadshavarna kan inte anses uppfylla informationsplikten. Frågan är emellertid i vilka situationer hälso- och sjukvårdspersonalen bör respektera att en ung patient motsätter sig att information lämnas till vårdnadshavarna, dvs. när information till enbart barnet är tillräcklig för att hälso- och sjukvårdens personal ska anses ha uppfyllt sin informationsplikt.

Av 12 kap. 3 § OSL framgår att sekretess till skydd för en enskild gäller, om den enskilde är ett barn, även i förhållande till dennes vårdnadshavare. Den sekretess som normalt tillämpas inom hälso- och sjukvården gäller således även gentemot ett barns vårdnadshavare. Sekretessen gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör den underåriges personliga angelägenheter, såvida inte

1. det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller

2. det annars anges i OSL.

Om sekretess inte gäller i förhållande till vårdnadshavaren förfogar vårdnadshavaren ensam eller, beroende på den underåriges ålder och mognad, tillsammans med den underårige över sekretessen till skydd för den underårige.

Med ”betydande men” avses att barnet kan skadas allvarligt, psykiskt, fysiskt eller på annat sätt om uppgiften lämnas. Att barnet finner det obehagligt eller tror att vårdnadshavaren kommer att vidta åtgärder som han eller hon motsätter sig är däremot inte tillräckligt (jfr prop. 1988/89:67 s. 38).

I takt med att barnet blir äldre och mognare kommer han eller hon att ensam föfoga över sekretessen. Detta innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen i vissa situationer kan vara förhindrade att lämna ut information till vårdnadshavare. Ett barn som kan anses ha den mognad och omdömesförmåga som krävs i den aktuella situationen bör kunna lämna uppgifter till t.ex. en läkare utan att vårdnadshavarna kan göra anspråk på att få kännedom om uppgifterna om barnet inte samtycker till det (se bl.a. prop. 1979/80:2, del A, s. 330).

Den ålder och mognad som krävs för att barnet själv ska få avgöra om information ska lämnas till vårdnadshavarna ska bedömas mot bakgrund av den aktuella situationen. Ett barn kan vara moget nog att själv avgöra om information om mindre hälso- och sjukvårdsåtgärder ska lämnas till vårdnadshavarna, medan samma barn inte kan anses moget nog att avgöra huruvida information om mer ingripande åtgärder ska lämnas till vårdnadshavarna.

Utredningen föreslår en bestämmelse om att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information, såvida inte patienten motsätter sig det och har uppnått den ålder och mognad när han eller hon själv har rätt att bestämma i frågor som rör personliga angelägenheter, det kan antas att barnet lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller det annars anges i OSL.

Regeringen delar Justitiekanslerns och Uppsala universitets bedömning att den föreslagna bestämmelsen inte till fullo motsvarar vad som framgår av 12 kap. 3 § OSL samt att det är olämpligt att ha olika bestämmelser med delvis olika innebörd för olika verksamheter när det gäller frågan om sekretess i förhållande till vårdnadshavare. Regeringen har valt att inte heller förse bestämmelsen med några hänvisningar till bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt eftersom förslaget till 3 kap. 5 § patientlagen, dvs. att information inte får lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta, även gäller i samband med att information lämnas till vårdnadshavare.

Dokumentation i patientjournalen

Enligt 3 kap. 6 § patientdatalagen ska, om uppgifterna finns tillgängliga, en patientjournal alltid innehålla uppgift om den information som lämnats till patienten. Regeringen anser liksom utredningen att journalen även ska innehålla uppgifter om den information som lämnats till patientens vårdnadshavare. Detsamma bör gälla information som lämnas till någon annan närstående (se avsnitt 7.3).

10.4 Barns ställning i tandvården

Regeringens förslag: Bestämmelser om barns ställning i tandvården förs in i tandvårdslagen.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår en bestämmelse om att den som tillhandahåller tandvård till barn när det är lämpligt ska sträva efter att samverka med barnets vårdnadshavare.

Remissinstanserna: Förslaget om att bestämmelser om barns ställning även ska gälla verksamheter inom tandvården tillstyrks av en klar majoritet av remissinstanserna. *Privattandläkarna* instämmer i utredningens förslag eftersom organiseringen och styrningen av den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården skiljer sig från övrig tandvård. *Sveriges Tandläkarförbund* anser att bestämmelserna om barns ställning behöver utsträckas att gälla till och med det år patienten fyller 19 år.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen instämmer med utredningen om att motsvarande bestämmelser om information till vårdnadshavare, om att klarlägga barns inställning och om barnets bästa som föreslås för barn som är patienter inom hälso- och sjukvården även ska gälla verksamheter inom tandvården. Bestämmelserna är centrala för att tydliggöra barnets ställning i vården och regeringen anser därför att de överväganden som har presenterats i avsnitt 10.1–10.3 även gäller vid barns kontakter med tandvården. Tandvård är kostnadsfri för barn till och med det år då de fyller 19 år. Den information som barnet ska få och barnets inställning till den tänkta tandvården påverkas därför inte av kostnadsaspekten, vilket ofta är fallet i vuxentandvården. Regeringen anser således att motsvarande bestämmelser om barns ställning som föreslås i patientlagen även ska föras in i tandvårdslagen. Regeringen

anser det dock inte nödvändigt att införa en bestämmelse om att sträva efter att samverka med barnets vårdnadshavare. Den föreslagna bestämmelsen i tandvårdslagen om att även ge vårdnadshavaren information om barnets tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds bör kompletteras med ett förbehåll om att informationen inte får lämnas om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar det. Med barn avses även i detta sammanhang personer som ännu inte fyllt 18 år.

11 Delaktighet och medverkan

Regeringens förslag: En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår en särskild bestämmelse om närståendes medverkan i patientens egenvård samt att närstående ska få medverka i patientens vård respektive egenvård om det är lämpligt och patienten inte motsätter sig det. Vidare föreslår utredningen att den som tillhandahåller hälso- och sjukvård till barn när det inte är olämpligt ska sträva efter att samverka med barnets vårdnadshavare.

Remissinstanserna: Förslagen tillstyrks av remissinstanserna. *Riksrevisionen* pekar på forskningsresultat och studier som visar på att patienters delaktighet i vården leder till ett bättre vårdutfall och en mer effektiv vård. *Göteborgs universitet* och *Svenska Diabetesförbundet* anser att för att möjliggöra en tillräcklig delaktighet för patienten ska patientens journal framställas så sammanhängande, lättöverskådlig och lättförstådd som är möjligt utan att ge avkall på medicinsk säkerhet. *Västra Götalands läns landsting* ställer sig bakom patientens rätt till delaktighet i vården men vill samtidigt peka på att patienten kan uppleva otrygghet i de fall då hälso- och sjukvårdspersonal har överlåtit alltför mycket av besluten till patienten. *Myndigheten för vårdanalys* vill tillägga att ett centralt inslag i en patientcentrerad vård handlar om vikten av att lyssna till patientens erfarenheter och kunskap om sina egna symptom. *Praktikertjänst* lyfter fram att det är viktigt att även svagare patientgrupper ska beredas möjlighet till ett aktivt deltagande om de så önskar. Information till dessa mer utsatta patientgrupper måste förbättras. Flera remissinstanser har lyft fram de närståendes roll, bl.a. *Prostatacancerförbundet* och *Blekinge läns landsting*. Många remissinstanser anser att vårdgivare och personal, när det inte är olämpligt, ska sträva efter att samverka med barnets vårdnadshavare.

Skälen för regeringens förslag

Svensk hälso- och sjukvård har i nyligen publicerade studier beskrivits som ett system som i delar saknar förmåga att involvera patienten i sin egen vård, ge god och förståelig information samt lyssna till och svara på patientens individuella behov och önskemål. Enligt Myndigheten för vårdanalys rapport Patientcentrerad i svensk hälso- och sjukvård förväntas patienten i hög utsträckning anpassa sig till hälso- och sjukvårdens organisation och förutsättningar i stället för tvärtom.

Aktuell forskning har kunnat påvisa att patientcentrerad vård kan leda till både kostnadseffektivitet och en förbättrad vårdupplevelse. Ett förändrat arbets- och förhållningssätt kan således gynna både enskilda patienter och hälso- och sjukvårdsverksamheter. Mot bakgrund av detta anser regeringen och flera av de remissinstanser som har uttalat sig att det är positivt att låta patienter i ökad utsträckning vara delaktiga och medverka i sin vård och behandling.

Patienters delaktighet

Enligt 2 a § hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I förarbetena till den förstnämnda paragrafen framgår det att bestämmelsen ska bidra till att ge patienterna möjlighet att påverka hälso- och sjukvårdsinsatserna. Patienten kan dock inte själv få bestämma vilken vård som ska ges och patientens medverkan kan aldrig innebära att kraven på att vården och behandlingen ska ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet eftersätts (prop. 1981/82:97 s. 50). I avsnitt 15 föreslås att en motsvarande bestämmelse om att utforma och genomföra vården i samråd med patienten även ska finnas i patientlagen.

Den som bedriver hälso- och sjukvård bör försöka uppnå bästa möjliga samförstånd med patienten kring viktiga frågor om vård och behandling. En förutsättning för att detta ska vara möjligt är att patienten är välinformerad om sitt hälsotillstånd och de olika behandlingsalternativ som kan stå till buds utifrån patientens livssituation och personliga förhållanden. Ytterst är det en fråga om att individanpassa vårderbjudandet och inse att det som fungerar för en patient inte alltid är den optimala lösningen för andra patienter. Graden av aktiv delaktighet kommer rimligen också att variera från person till person, utifrån vad han eller hon önskar eller förmår.

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

Medverkan i den egna vården

I dag kan patienten själv medverka i vården genom bl.a. egenvård i olika former, t.ex. genom att mäta det egna blodtrycket eller att sköta sin dialysbehandling. Detta kan ge positiva effekter för både patienter och hälso- och sjukvårdens verksamheter. Det finns emellertid risk för att

patienter och deras närstående tar på sig krävande uppgifter som de har mindre goda förutsättningar för.

Socialstyrelsen har i föreskrifter (SOSFS 2009:6) reglerat ett tydligt ansvar för hälso- och sjukvårdspersonalen att göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Bedömningen ska göras i samråd med patienten och utifrån respekten för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet. Bedömningen ska vidare utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt dennes livssituation. Som en del i bedömningen ska det ingå en analys av om utförandet av egenvården kan innebära att patienten utsätts för risk att skadas. En hälso- och sjukvårdsåtgärd får inte bedömas som egenvård, om analysen visar att det finns en risk för att patienten skadas.

Regeringen anser att det ska framgå av patientlagen att patientens medverkan i den egna vården ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Det tydliggör att vårdgivare och personal måste förstå vikten av att göra sådana bedömningar som framgår av Socialstyrelsens föreskrifter.

Närståendes delaktighet

Närstående har en viktig roll att fylla i vården, inte minst i den kommunala hälso- och sjukvården. Närstående kan många gånger besitta viktig kunskap om en enskild patients förutsättningar och behov, kunskap som bör vara av värde för hälso- och sjukvårdspersonalen. Informationen kan i det aktuella fallet bidra till att t.ex. förebygga olycksfall och ett förlängt sjukhusbesök. Regeringen delar därför utredningens bedömning att det i patientlagen bör tydliggöras att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården. Utredningen föreslår att närstående ska få medverka om det är lämpligt och patienten inte motsätter sig det. Regeringen ställer sig bakom förslaget att det ska göras en lämplighetsbedömning men anser att det därutöver bör erinras om att bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt kan hindra närståendes medverkan. Om det inte finns några hinder ur sekretessynpunkt mot att involvera närstående men patienten motsätter sig att dessa medverkar i vården, kan de närstående hållas utanför på den grunden att det inte anses lämpligt att de deltar. Som närstående räknas bl.a. patientens vårdnadshavare, egna barn och övriga familj, samt i vidare bemärkelse andra personer som patienter står nära som t.ex. mycket nära vänner.

Regeringens förslag innebär att bestämmelsen om närståendes medverkan blir tillämplig även när det gäller s.k. egenvård. Egenvård som en patient utför i hemmet blir ofta en angelägenhet även för dem som patienten lever tillsammans med. Många närstående får således ta ett stort ansvar för att hjälpa till med uppgifter som bedömts som egenvård. I bedömningen av om det är lämpligt att närstående medverkar måste ingå att utröna om den närstående har praktiska förutsättningar för detta. Givetvis måste även patientens närstående uttrycka någon form av egen önskan om att få vara delaktig eller medverka.

Samverkan med barnets vårdnadshavare

I avsnitt 10.1 föreslår regeringen att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. För att det ska vara möjligt att beakta barnets bästa måste barnet ses i sitt sammanhang. Barns beroendeställning i förhållande till sina vårdnadshavare medför att familjens situation ofta måste beaktas vid bedömningen. Barnets medverkan i sin hälso- och sjukvård kan många gånger påverkas av vårdnadshavarnas inställning och barnet kan behöva vårdnadshavarnas hjälp med att hantera den information som ges. Såväl vårdgivare som hälso- och sjukvårdspersonal bör i så hög utsträckning som möjligt sträva efter att samverka med barnets vårdnadshavare. En sådan samverkan skapar goda förutsättningar för att vården ska ge eftersträvat resultat. Även i detta sammanhang måste emellertid principen om barnets bästa sättas i första rummet. Det finns situationer då en samverkan eller kontakt med ett barns vårdnadshavare inte är lämplig sett till barnets bästa. Som exempel kan nämnas barn som lever med skyddade personuppgifter.

Utredningen föreslår en bestämmelse i patientlagen om att den som tillhandahåller hälso- och sjukvård till barn när det inte är olämpligt ska sträva efter att samverka med barnets vårdnadshavare. Regeringen anser däremot inte att en sådan bestämmelse är nödvändig. Syftet med utredningens förslag får anses tillgodosett genom bestämmelsen om att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta samt genom bestämmelsen om att särskilt beakta barnets bästa.

12 Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel

Regeringens förslag: När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patienten har inte rätt att välja en sådan behandling som kommunen ansvarar för enligt 18 § första–tredje styckena hälso- och sjukvårdslagen utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kommun kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.

I hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen görs det hänvisningar till bestämmelserna om val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.

Utredningens förslag: Överensstämmer i sak med regeringens förslag. Utredningen föreslår dock inte några bestämmelser om val av hjälpmedel.

Remissinstanserna: *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)*, *Jönköpings läns landsting* och *Hallands läns landsting* ser positivt på möjligheten för patienten att välja behandlingsalternativ. Det måste emellertid tydligt framgå om patienterna ska kunna välja mellan samtliga behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården som också finns i andra landsting. Det behövs också ett förtydligande av huruvida valet av behandlingsalternativ även avser öppen högspecialiserad vård och öppen regionvård. Det måste dessutom framgå vad som gäller om en patient önskar välja ett behandlingsalternativ inom den slutna hälso- och sjukvården. *Västra Götalands läns landsting* anser att det av den kommande lagtexten tydligt bör framgå att patienter ska kunna välja behandlingsalternativ såväl inom som utom det egna landstinget. SKL vill understryka skrivningen i den föreslagna lagtexten att patienten ska erbjudas sitt val av behandling om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Skälen för regeringens förslag

Val av behandlingsalternativ

Som en följd av den snabba medicinska utvecklingen, t.ex. har antalet behandlingsalternativ blivit fler, har kraven på information och patientens delaktighet i det kliniska beslutsfattandet ökat. Många behandlingsbeslut föregås dessutom av en vägning av måttliga förbättringar i välbefinnande mot små men inte obetydliga risker för patienten. Hänsyn måste också tas till att patienter ofta gör vitt skilda bedömningar av riskerna och nyttan med olika behandlingsalternativ. Vidare syftar en allt större del av vårdinsatserna till att förbättra patienternas livskvalitet. Bedömning av livskvalitet varierar också mellan individer. I dessa frågor är patienten expert och rimligen i de flesta fall bäst skickad att bedöma effekterna av de behandlingsalternativ som finns om patienten får tillgång till information. En ökad andel av sjukvården sker dessutom i hemmet, vilket bl.a. förutsätter en ökad andel egenvård och insatser från anhöriga.

Hälso- och sjukvården ska därför, enligt hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. En liknande bestämmelse finns i patientsäkerhetslagen. Patienten ska sedan erbjudas den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. I förarbetena till bestämmelsen i HSL (prop. 1998/99:4 s. 26) anges att de behandlingsalternativ som patienten erbjuds och kan välja mellan ska

vara medicinskt motiverade och förväntas vara till nytta för patienten med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan. Begreppet nytta ses här från individens utgångspunkt och innefattar såväl hälsa som livskvalitet. Möjligheten att välja behandlingsalternativ gäller både för den öppna och slutna vården.

Enligt förarbetena ska patienten ha möjlighet att välja ett visst behandlingsalternativ även om det är dyrare än de andra alternativ som kan finnas för att behandla en sjukdom eller skada. Annars skulle möjligheten att välja behandling i praktiken vara skenbar i många situationer. Samtidigt måste det finnas gränser för hur stora kostnadsökningar som kan accepteras med hänsyn till den förväntade nyttan för patienten. Proportionerna mellan kostnader och förväntad nytta måste vara rimliga när det finns flera alternativ. Det får anses godtagbart att den förväntade nyttan inte får vara ringa eller försumbar i förhållande till de merkostnader ett visst behandlingsalternativ kan medföra (a. a. s. 27).

Enligt förarbetena finns det också anledning att se annorlunda på kostnadsökningar för ett visst behandlingsalternativ vid allvarlig sjukdom eller skada än vid mindre allvarlig sjukdom och bagatellartade åkommor. I detta sammanhang bör det understrykas att det inte är givet att den medicinskt ansvarige och patienten värderar de icke-medicinska effekterna av olika behandlingsalternativ på samma sätt. Härtill kommer att de individuella variationerna är stora. Patienter gör inte sällan vitt skilda bedömningar av vad som är ökad livskvalitet och värderar också risker på olika sätt. Patientens egen värdering bör således i dessa hänseenden tillmätas stor betydelse om det rör sig om allvarlig sjukdom eller skada även om det medför kostnadsökningar. I dessa fall bör toleransen för kostnadsökningar vara betydligt större än om det rör sig om mindre allvarliga tillstånd. Är det fråga om en bagatellartad åkomma får det å andra sidan anses godtagbart att inte acceptera några kostnadsskillnader alls (a.a. s. 27).

I avsnitt 14 föreslås att landstinget ska erbjuda öppen vård åt en patient som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Det innebär att patienten ska få ta del av det öppenvårdsutbud som ingår i det landstingets vårderbjudande även om utbudet är ett annat än det som finns i patientens hemlandsting. Patienten har således möjlighet att välja mellan samtliga behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården, dvs. även de behandlingsalternativ som finns i andra landsting.

Delaktighet och medverkan i den medicinska beslutsprocessen får inte utformas på ett sådant sätt att patienter riskerar att hamna i en konfliktfylld situation med bristande kompetens och stort beslutsansvar. Medicinska bedömningar och det yrkeskunnande som personalen har måste alltid ligga till grund för de överväganden som görs i det enskilda fallet. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste därför hjälpa patienter att värdera de olika alternativen, ge aktiv vägledning och försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva sitt självbestämmande.

Om det finns flera medicinskt möjliga behandlingsalternativ och patienten, t.ex. av rädsla för risken med åtgärden, väljer ett alternativ som medför en smärre förbättring av hälsotillståndet i stället för ett annat som skulle medföra en väsentlig förbättring, måste den som har det

medicinska ansvaret försäkra sig om att patienten fattar ett välgrundat beslut. Att patienten uttrycker tvekan inför en viss behandling får inte tas till intäkt för att avstå från att genomföra den. Den som har ansvaret för behandlingen måste se till att patienten har klart för sig allvaret i sjukdomen eller skadan innan man på patientens initiativ avstår från att sätta in en viss behandling.

Eftersom möjligheten att välja behandlingsalternativ är av stor vikt när det gäller att stärka patientens ställning och inflytande föreslår regeringen att en motsvarande bestämmelse om val av behandlingsalternativ som i dag finns i HSL och patientsäkerhetslagen förs in i den nya patientlagen. I HSL och patientsäkerhetslagen bör det i stället enbart hänvisas till bestämmelsen i patientlagen.

Val av hjälpmedel

I propositionen Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel (prop. 2013/14:67) föreslås att HSL och patientsäkerhetslagen ändras så att det tydligare framgår att den enskilde har rätt att välja hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning när det finns olika hjälpmedel tillgängliga inom landstingets och kommunens hjälpmedelssortiment. En patient ska ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2014.

Enligt regeringens mening bör de i den nämnda propositionen föreslagna bestämmelserna om val av hjälpmedel behandlas på samma sätt som bestämmelserna i HSL och patientsäkerhetslagen om val av behandlingsalternativ. I patientlagen, som ju syftar till ökad delaktighet och självbestämmande för patienten, bör det således införas en bestämmelse om patientens möjlighet att välja det hjälpmedel som han eller hon föredrar. Samtidigt bör de i propositionen föreslagna bestämmelserna i HSL och patientsäkerhetslagen ändras på så sätt att de i stället hänvisar till patientlagen.

13 Ny medicinsk bedömning

Regeringens förslag: En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en ny medicinsk bedömning.

Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

I hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen görs det hänvisningar till bestämmelsen om ny medicinsk bedömning i patientlagen.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen håller dock fast vid uttrycket förnyad medicinsk bedömning och föreslår att den engelska benämningen, *second opinion*, ska föras in i lagstiftningen.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser stödjer förslaget, bl.a. *Vårdförbundet*, *Diskrimineringsombudsmannen*, *Svensk sjuksköterskeförening* och *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)*, men flera remissinstanser har också synpunkter på förslaget. *Socialstyrelsen* avstyrker förslaget i sin nuvarande utformning. Myndigheten menar att det finns vissa patientgrupper som riskerar att inte uppfylla författningsförslagets rekvisit för en förnyad medicinsk bedömning.

Ett flertal instanser, t.ex. *Göteborgs universitet*, *Konsumentverket*, *Attention* och *Astma- och Allergiförbundet* anser att förslaget behöver förstärkas och att fler bör få tillgång till en förnyad medicinsk bedömning. *Myndigheten för vårdanalys* anser vidare att det hade varit värdefullt med ett resonemang kring hur en förnyad medicinsk bedömning är tänkt att hanteras i praktiken för att bli effektivt ur patientens perspektiv. Myndigheten har även föreslagit att den aktuella benämningen ”förnyad medicinsk bedömning” ska ersättas av ”ny medicinsk bedömning”. Flera av remissinstanserna som t.ex. *Handikappförbunden*, *Prostatacancerförbundet* och *Psoriasisförbundet* har påtalat att begreppet ”livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada” behöver klarläggas, t.ex. vilka tillstånd som omfattas. *Sveriges läkarförbund* anser att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att förtydliga innebörden av begreppet.

Praktikertjänst och Sveriges läkarförbund tycker att det är positivt att begreppet *second opinion* förs in i lagen. Socialstyrelsen, Myndigheten för vårdanalys och *Västra Götalands läns landsting* anser däremot att det enbart bör benämnas på svenska i lagtexten.

SKL och flertalet landsting menar att det bör förtydligas att en förnyad medicinsk bedömning även ska omfatta privata vårdgivare med offentlig finansiering. Handikappförbunden, Prostatacancerförbundet, *Värmlands läns landsting* och *Blekinge läns landsting m.fl.* menar att patienten alltid ska kunna erbjudas den behandling som föreslås genom en förnyad medicinsk bedömning oavsett om behandlingen finns inom eller utanför det egna landstinget.

Skälen för regeringens förslag

Möjligheten till att få en ny medicinsk bedömning stärker patientens ställning

Landstingen är enligt hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, skyldiga att i vissa situationer ge patienten möjlighet att konsultera ytterligare en läkare om sin sjukdom och behandling. Regeringen anser att det är viktigt att framhålla att det är möjligheten att konsultera en ny läkare som inte har färgats eller påverkats av den tidigare behandlande läkaren, bedömningen eller dialogen som avses med en förnyad medicinsk bedömning och inte enbart att samma läkare ska ompröva sitt tidigare ställningstagande eller diskutera saken med en kollega. För att förtydliga att så inte är fallet föreslår regeringen att företeelsen benämns ny medicinsk bedömning i stället för förnyad medicinsk bedömning. På så

sätt blir det tydligt att det inte rör sig om att samma person ”förnyar” sin bedömning på egen hand eller i samråd med andra kollegor.

Enligt de nuvarande bestämmelserna ska patienten beviljas en ny medicinsk bedömning i de fall då patienten har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada och då det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Möjligheten till en ny medicinsk bedömning får inte begränsas till det landsting där patienten är bosatt.

Enligt Socialstyrelsens uppföljning av bestämmelsens tillämpning har möjligheten att få en ny medicinsk bedömning inte efterlevts i hälso- och sjukvården på det sätt som det var tänkt när lagstiftningen infördes. Uppföljningen visar även att kunskapen om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning är relativt begränsad hos både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal.

Möjligheten att få en ny medicinsk bedömning kan bidra till att skapa trygghet för patienten i särskilt svåra situationer, t.ex. då patienten har förlorat tilltron till sin läkare eller då patienten fått besked om en särskilt svår diagnos som han eller hon har svårt att förlika sig med. Om hälso- och sjukvården medverkar till en ny medicinsk bedömning kan patienten känna sig tryggare i att den diagnos som ställts och den behandling som föreslås är korrekta (prop. 1998/99:4 s. 30). Det är också en viktig funktion för att säkerställa att patienterna får vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och uppfyller kraven på god kvalitet. En ny medicinsk bedömning kan också ha en funktion som ett metodutvecklande verktyg samt utgöra en trygghet och ett stöd för läkaren i beslut om behandling. Genom att konsultera ytterligare en läkare kan nya metoder och medicinska landvinningar spridas i vården, vilket säkerställer att patienten får vård av hög kvalitet (prop. 2009/10:67 s. 66 f.). Möjligheten att få en ny medicinsk bedömning är en viktig del i att säkerställa patientens ställning i sjukvården. En bestämmelse om detta bör därför finnas med i patientlagen. I HSL och patientsäkerhetslagen bör det i stället hänvisas till patientlagen.

Utredningen föreslår att den engelska benämningen ”second opinion” ska föras in i lagstiftningen. Skälet till detta är att utredningen anser att det är ett vedertaget begrepp som många patienter kan relatera till. Regeringen anser däremot att det inte är lämpligt att använda ny medicinsk bedömning och second opinion synonymt. Som nämns ovan förväxlas begreppet second opinion ibland med det vanliga praktiska arbetssättet att en läkare frågar en kollega om råd i ett visst fall. Det är även osäkert om begreppet är så vedertaget bland allmänheten som utredningen argumenterar för och framförallt är det osäkert om den engelska benämningen bidrar till att öka kännedomen om och efterlevnaden av bestämmelsen. Regeringen anser således att enbart det svenska begreppet ska användas i lagstiftningen.

En utvidgad möjlighet till ny medicinsk bedömning

Utredningen anser att dagens regelverk om en ny medicinsk bedömning är onödigt begränsande. Som framgår ovan kan möjligheten att få en ny medicinsk bedömning vara av stor betydelse för att bl.a. öka tryggheten

för patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Detta oavsett om rekvisitet att ”det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienter eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet” är uppfyllt eller inte. Enligt utredningen har det rekvisitet även inneburit tolkningsproblem. Utredningen föreslår mot den bakgrunden att rekvisitet ska tas bort. Däremot anser utredningen att rekvisitet ”livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada” ska behållas.

Regeringen anser att en utökning av möjligheterna att använda sig av en ny medicinsk bedömning kan stärka patientens ställning ytterligare och instämmer således i utredningens bedömning att rekvisitet att ”det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet” bör tas bort. Förslaget innebär att fler patienter kan få tillgång till en ny konsultation utan att denna i sig är kopplad till möjligheten att få en annan behandling. I själva verket kan det vara så att en konsultation bekräftar att inga ytterligare behandlingsmöjligheter finns att tillgå i patientens situation.

Några av remissinstanserna anser att landstingen ska erbjuda en ny medicinsk bedömning till en ännu vidare grupp av patienter. Utredningen påpekar dock att den författningsreglerade möjligheten för en person att få en ny medicinsk bedömning medför långtgående skyldigheter för landstingen och hälso- och sjukvårdspersonalen att medverka, t.ex. genom att ställa journalhandlingar etc. till förfogande och bekosta patientens eventuella merkostnader. Enligt utredningens bedömning är det rimligt att här ställa krav på att det ska handla om livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Det torde också vara för dessa patienter som en ny medicinsk bedömning har störst värde. Regeringen delar utredningens bedömning men vill samtidigt tydliggöra att det i lagstiftningen inte finns något hinder för att i vissa fall medverka till att patienten får en ny medicinsk bedömning trots att villkoren för landstingens skyldighet att medverka till detta inte är uppfyllda. Det har även Socialstyrelsen tydliggjort i sina nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer samt hjärtsjukdomar. Det bör också nämnas att regeringens förslag om utökade valmöjligheter i den öppna hälso- och sjukvården (avsnitt 14) innebär att fler patienter på eget initiativ kan få möjlighet till en ny medicinsk bedömning i ett annat landsting.

Syftet med att utöka möjligheterna till en ny medicinsk bedömning är att ge patienter med livshotande eller särskilt allvarliga sjukdomar eller skador reella och fungerande möjligheter att få en ny bedömning. Om den nya medicinska bedömningen leder till att patienten önskar ett annat behandlingsalternativ får detta önskemål prövas mot bestämmelserna om val av behandlingsalternativ. Det innebär att ett sådant önskemål ska tillgodoseas om den valda behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (se avsnitt 12). Regeringen anser att detta bör framgå direkt av lagtexten.

Ny medicinsk bedömning inom den psykiatriska tvångsvården

Som tidigare nämnts avstyrker Socialstyrelsen förslaget om möjligheten till en ny medicinsk bedömning i sin nuvarande utformning. Myndigheten menar att det finns vissa patientgrupper som riskerar att inte uppfylla författningsförslagets rekvisit för en ny medicinsk bedömning. Det gäller framförallt patienter som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård eller enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Bland dessa finns ofta långa vårdtider. Socialstyrelsen anser därför att denna grupp bör särregleras och ges rätt till en ny medicinsk bedömning. Psykiatrilagsutredningen uppmärksammade problemet i sitt betänkande (SOU 2012:17) och föreslog som en följd av detta att Socialstyrelsen skulle få i uppdrag att utfärda närmare anvisningar om hur patientens rätt att i vissa fall få en ny medicinsk bedömning ska förstås och tillämpas inom den psykiatriska tvångsvården. Psykiatrilagsutredningens förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Tillämpningen av bestämmelserna om ny medicinsk bedömning

Flera av remissinstanserna har påtalat att begreppet ”livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada” behöver klarläggas, t.ex. vilka tillstånd som omfattas. I tidigare förarbeten konstaterar regeringen att vilka tillstånd som kan betecknas som livshotande eller särskilt allvarliga får avgöras från fall till fall. Vidare sägs att med livshotande avses situationer i ett kortare tidsperspektiv, således inte det förhållandet att t.ex. vissa sjukdomar på längre sikt kan medföra en risk för att livet förkortas med något eller några år (prop. 1998/99:4 s. 48).

Socialstyrelsen har i de nationella riktlinjerna för bröst-, kolorektal- och prostatacancer samt hjärtsjukdomar gett några exempel på när en ny medicinsk bedömning bör övervägas. Socialstyrelsen har dessutom möjlighet att meddela föreskrifter inom området med stöd av förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. Regeringen förutsätter att Socialstyrelsen vid behov använder sig av denna möjlighet eller på annat sätt ger vägledning till hälso- och sjukvården när det gäller tillämpningen av bestämmelserna om ny medicinsk bedömning.

14 Ökad valfrihet

14.1 Ett fritt val av utförare i öppen vård

Regeringens förslag: I patientlagen införs en bestämmelse om att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska få möjlighet att inom eller utom detta landsting välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

I hälso- och sjukvårdslagen fastslås att landstinget ska erbjuda öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Dessa patienter omfattas inte av landstingets

vårdgaranti. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna.

Det landsting som ansvarar för hälso- och sjukvård av en patient enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen svarar för kostnaderna för vård som patienten ges utanför landstinget. Detta gäller dock inte om hemlandstinget ställer krav på remiss och remissreglerna inte följs.

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.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: En klar majoritet av remissinstanserna, t.ex. *Sveriges läkarförbund*, *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund*, *Reumatikerförbundet* och *Statens medicinsk-etiska råd (SMER)*, stöder utredningens förslag med hänvisning till att det kommer att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. *Konsumentverket* anser att det är bra att möjligheterna att välja vårdgivare stärks. På så sätt skapas möjligheter för att vården produceras på konsumenternas villkor, vilket är väsentligt för goda vårdresultat.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och flertalet landsting tillstyrker förslaget då en sådan lagreglering medför att bestämmelserna om valfrihet blir tydligare för patienter, medborgare samt hälso- och sjukvårdspersonal. Förbundet påpekar dock att förslaget kommer att påverka landstingens möjligheter att genomföra egna prioriteringar inom den öppna vården. *Linköpings kommun* och *Dalarnas läns landsting* m.fl. anför att förslaget kommer att leda till minskad lokal demokrati och svårigheter att planera och prioritera utifrån lokala behov.

Kronobergs läns landsting, *Skåne läns landsting*, *Hallands läns landsting* m.fl. vill framhålla vikten av ett tydligt klargörande av att patienter även utanför det egna landstinget ska kunna välja öppen vård hos privata vårdgivare som har kontrakt med berört vårdlandsting. *Västra Götalands läns landsting* och *Värmlands läns landsting* m.fl. anser att det bör tydligt framgå om det med begreppet offentligt finansierad öppen vård även avses den högspecialiserade vården då valmöjligheten i dag inte omfattar region- och rikssjukvård.

Hallands läns landsting och *Jönköpings läns landsting* anser att innebörden av remisser i den öppna specialiserade vården bör klargöras. Landstingen ställer sig frågande till om förslaget endast gäller de remissregler som gäller inom länet eller även remissregler över länsgränserna. SKL anser att det finns behov av att klargöra att landstingen har kommit överens om att den ersättning som utgår till privata vårdgivare för en vårdtjänst är densamma för både de egna patienterna och patienter som kommer från andra landsting.

Örebro läns landsting, *Svenska Diabetesförbundet*, *Vårdföretagarna* och *Praktikertjänst* välkomnar förslaget men anser även att slutenvården bör ingå i valmöjligheten.

Sveriges läkarförbund och *Vårdförbundet* konstaterar att förslaget är ett steg i rätt riktning mot ett fritt vårdval i hela landet. En olycklig begränsning i förslaget är, enligt läkarförbundet, att hemlandstingets

kostnadsansvar förutsätter att hemlandstingets remissregler följs. De menar att det är angeläget att landstingets remissregler harmoniseras, så att de inte innebär ett hinder för patienternas valfrihet.

Norrbottnens läns landsting och Örebro läns landsting anser att det fria vårdvalet bara ska innefatta sådant som ingår i hemlandstingets vårdutbud. *Norrbottnens läns landsting* avstyrker att patienter formellt ska kunna listas på primärvård i ett annat landsting och därmed utgöra en del av landstingets planeringsansvar, såvida inte landstingen sinsemellan träffar avtal om listning.

Bl.a. *Handikappförbunden, Prostatacancerförbundet* och *Attention* anser att förslaget om att patienten själv ska stå för kostnader för resor och uppehålle i samband med vård i annat landsting riskerar leda till att patienter tvingas avstå från denna möjlighet av ekonomiska skäl. Svenska Diabetesförbundet kan i princip godta förslaget att inte ersätta patienten för resor och uppehålle. Emellertid kan det finnas en rad olika situationer och anledningar till varför en person väljer vård i ett annat landsting, och i vissa fall är det högst rimligt att hemlandstinget står för kostnaderna. Det bör därför finnas en möjlighet att få en begäran om ersättning prövad av landstinget samt en rätt att överklaga ett negativt beslut.

Hallands läns landsting, Blekinge läns landsting och *Västra Götalands läns landsting* anser att vårdgarantin bör omfatta alla patienter, även de patienter som söker vård utanför sitt egna landsting.

Skälen för regeringens förslag

Valfrihet stärker patientens ställning

Valfrihet ger den enskilde inflytande över vården och genom att patienter får möjlighet att utifrån egna behov och önskemål välja utförare stärks patientens ställning. Om patienterna ska kunna tillvarata rätten till ett fritt och individuellt val inom hälso- och sjukvården är det nödvändigt att vården präglas av öppenhet och mångfald i fråga om innehåll, form och utförare. En mångfald av utförare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad kvalitet och tillgänglighet.

Under de senaste åren har patienternas valfrihet i hälso- och sjukvården stärkts. Från och med den 1 januari 2010 är alla landsting skyldiga att införa vårdvalssystem i primärvården, med den bärande principen att patienten fritt kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Samtliga landsting har också sedan 2010 vårdvalssystem i primärvården. I och med vårdvalets införande i primärvården har tillgängligheten förbättrats. Sedan införandet har antalet vårdcentraler ökat med 15 procent och 2012 fanns det 1 172 vårdcentraler. De flesta invånare kan dessutom välja mellan minst två vårdcentraler inom nära avstånd. Åtta av tio invånare i Sverige har en annan vårdcentral än den närmaste på högst fem minuters bilväg därifrån.

Enligt en rapport från Konkurrensverket om val av vårdcentral kan vårdvalsreformen ses som en relativt lyckad reform, med goda förutsättningar att bidra till en fortsatt kvalitetskonkurrens och mångfald i primärvården. Myndigheten för vårdanalys konstaterar i sin rapport Vem har vårdvalet gynnat att alla patientgrupper har gynnats av vårdvalet och

att förbättringen av tillgängligheten för befolkningen i allmänhet inte har skett på bekostnad av att andra grupper fått det sämre.

Enligt en rekommendation från SKL som samtliga landsting har åtagit sig att följa ska patienten erbjudas möjlighet att välja offentligt finansierad hälso- och sjukvård, både öppen- och slutenvård, inom såväl det egna landstinget som i ett annat landsting (Rekommendationen om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården). Möjligheten att välja öppen specialistvård i ett annat landsting gäller under förutsättning att hemlandstingets eventuella remisskrav beaktas. Riksavtalet för utomlänsvård innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sitt hemlandsting.

För att stimulera vårdval inom den specialiserade vården har regeringen avsatt totalt 360 miljoner kronor under perioden 2012–2014 till insatser, både nationellt och i landstingen. Flera landsting har infört eller börjat utveckla vårdval inom den specialiserade hälso- och sjukvården. I landstingen i Stockholms, Skåne och Uppsala län har ett flertal vårdvalssystem införts.

Utöver de nationella valmöjligheter som patienten har finns möjlighet för svenskar att få planerad vård med offentlig finansiering i andra EU- och EES-länder (se avsnitt 7.2).

Regeringen anser att patientens ställning i vården behöver stärkas ytterligare och att patientens möjlighet att själv välja utförare både inom och utom det egna landstinget därför bör utökas. Utredningen fick därför i uppdrag att föreslå ett fritt vårdval över hela Sverige.

Lagreglering av det fria vårdvalet

I dag styrs den enskildes möjligheter att välja planerad vård av SKL:s rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (se ovan). Enligt utredningen anser dock många att rekommendationen skapar onödig administration samt är svårbegriplig och svår att följa utan att överträda upphandlingsrättsliga regler. Utredningen har vidare erfarit att kunskapen om vad rekommendationen i praktiken innebär och vilken status den har är bristfällig hos både vårdpersonal och andra. Mot bakgrund av detta anser utredningen att de hinder som finns för de valmöjligheter som landstingen redan uttryckt att de önskar tillhandahålla bör undanröjas. Regeringen delar denna uppfattning och anser således att ett fritt vårdval bör regleras i lag.

En lagreglering av det fria vårdvalet skulle medföra flera fördelar för såväl patient som utförare. Framför allt skulle en lagreglering innebära att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på valmöjlighet för patienten som den ovan nämnda 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.

Utredningen har övervägt om ett reglerat vårdval bör omfatta såväl öppen vård som slutenvård. Detta skulle kunna anses naturligt mot bakgrund av att den rekommendation som samtliga landsting anslutit sig till innefattar både öppen och slutenvård. Utredningen anser dock att det är viktigt att beakta att den slutna vården är dyrare än den öppna vården,

platserna är begränsade och vårdeperioderna är längre. Sjukhusvård med den avancerade tekniska utrustningen, den personal och de lokaler som krävs för verksamheten är kostsam. Slutenvårdens höga specialiseringsgrad medför att det finns större anledning för landstingen att vilja behålla kontrollen över resurser och kompetens för att på så sätt kunna skapa långsiktiga planeringsförutsättningar. Utredningen anser därför att det nationella vårdvalet bör avgränsas till den öppna vården, dvs. primärvård och öppen specialiserad vård. Regeringen instämmer i utredningens bedömning men anser samtidigt att det är viktigt att patienternas önskemål får ett stort utrymme även inom den slutna vården. Regeringen vill därför framhålla att landstingen har vissa förutsättningar att beakta patientens önskemål om utförare inom den slutna vården genom rekommendationen och det s.k. riksavtalet för utomlänsvård.

Regeringen delar vidare utredningens bedömning att en lagreglering av patientens valmöjligheter inom landet ska vara producentneutral, dvs. att patienten ska ges, under förutsättning att vården är offentligt finansierad, samma valmöjligheter oavsett om den utförare patienten väljer är en offentlig eller privat aktör. En producentneutral reglering måste således utformas med hänsyn tagen till de upphandlingsrättsliga regler som styr relationen mellan beställare och utförare.

Fritt vårdval inom den offentligt finansierade öppenvården

För att lagstiftningen ska få avsedd effekt har utredningen valt att föreslå en reglering som slår fast dels de valmöjligheter som patienten har, dels de skyldigheter som landstingen har gentemot en patient som kommer från ett annat landsting. Enligt 3 och 3 c §§ hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, har samtliga landsting en skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget, dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget, dem som har rätt till vårdförmåner enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen samt dem som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och omfattas av den nämnda förordningen. Landstingen har också ansvar för att ge viss vård åt dem som omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Utredningen föreslår att ett landsting, utöver dessa personer, även ska vara skyldigt att erbjuda öppen vård till motsvarande personkrets som hör till ett annat landstings primära ansvar.

Regeringen instämmer i utredningens bedömning och föreslår därför att det av patientlagen ska framgå att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård inom eller utom detta landsting ska få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Med öppenvård avses primärvård och specialiserad vård som inte kräver intagning i vårdinrättning. Valmöjligheten kan även omfatta hög-specialiserad vård, dvs. exempelvis regionsjukvård enligt 9 § HSL.

Vidare behöver det fastslås i HSL att landstinget även ska erbjuda öppen vård åt dem som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Med undantag för att landstingets skyldighet gentemot

patienter som kommer från ett annat landsting enbart gäller öppen vård och att dessa patienter inte omfattas av vårdgarantin (se vidare nedan) ska vården ges på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna.

Att vården ska ges på samma villkor innebär bl.a. att en patient som söker sig till ett annat landsting även ska få ta del av det öppenvårdsutbud som ingår i det landstingets vårderbjudande även om utbudet är ett annat än det som finns i patientens hemlandsting. Det betyder bl.a. att en patient har möjlighet att välja mellan samtliga behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården, dvs. även de behandlingsalternativ som finns i andra landsting (se avsnitt 12) och att patienten kan få tillgång till en fast vårdkontakt i ett annat landsting (se avsnitt 15.2). Förslaget innebär således att landstingen inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter som är bosatta i andra landsting. Principen om att vård ska ges efter medicinska behov är grundläggande i svensk hälso- och sjukvård. Att patientens medicinska behov ska styra hälso- och sjukvårdens prioriteringar gäller följaktligen både för de egna patienterna och för patienter som kommer från andra landsting. Eftersom vården ska ges på samma villkor ska patienter som kommer från andra landsting betala patientavgifter och andra taxor enligt de regler som fastställs av vårdlandstinget för de egna patienterna. Vidare ska de eventuella remisskrav som vårdlandstinget ställer upp också gälla för patienter från andra landsting.

En patient kommer att kunna välja utförare, antingen en offentlig aktör eller en privat utförare som har avtal med landstinget. Den sistnämnda behöver således vara upphandlad av landstinget enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, förkortad LOU, alternativt godkänd inom ett s.k. valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Patienten kan även välja öppen vård hos läkare eller fysioterapeuter som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkaryrdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Patienten kommer dessutom ha möjlighet att ”lista” sig på en vårdcentral och välja en fast läkarkontakt i ett annat landsting (se avsnitt 15.2).

Det finns redan i dag avtal mellan landsting och privata vårdgivare som medger att utföraren tar emot patienter från andra landsting. LOU och LOV begränsar möjligheterna att omförhandla redan befintliga kontrakt. Regeringen räknar emellertid inte med att lagregleringen av det fria vårdvalet kommer att leda till någon sådan tillströmning av patienter från andra landsting som inte kunde förutses när avtalen ingicks. (Se även övergångsbestämmelsen till HSL.)

En grundläggande förutsättning för att patienter ska kunna utnyttja befintliga och föreslagna valmöjligheter är att de får information om och möjlighet att välja och välja bort utförare. Regeringen föreslår i avsnitt 7.2 att det i patientlagen ska finnas en bestämmelse om att patienten ska få information om möjligheten att välja vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Kunskapen om vad medborgare och patienter anser vara relevant information för att göra ett val av utförare behöver bli bättre. SKL har därför påbörjat ett arbete som bl.a. innebär att de ska se över vilken information medborgare och patienter efterfrågar, hur de önskar få den presenterad och vilket ytterligare stöd de behöver för att kunna göra

informerade val. Regeringen har dessutom beviljat medel till utvecklandet av en vårdvalsfunktion på 1177 Vårdguiden. Vårdvalsfunktionen ska ge medborgare och patienter möjlighet att bättre kunna guida sig mellan olika utförare utifrån egna preferenser, både inom primärvård och specialiserad hälso- och sjukvård. Informationen ska fungera som stöd för det fria vårdvalet. Samtliga landsting har anslutit sig till vårdvalsfunktionen.

Det finansiella ansvaret för patienten

Att ett landstings ansvar för att ge öppen vård utökas enligt förslaget ovan ska inte innebära att det finansiella ansvaret övergår från patientens hemlandsting. Regeringen anser, i likhet med utredningen, att det är hemlandstinget som ska bekosta den vård som patienten erbjuds. Efter att patienten vårdats i ett annat landsting, utifrån den medicinska bedömning av vårdbehovet som gjorts där, kan vårdlandstinget därmed kräva att patientens hemlandsting ersätter den faktiska kostnaden för patientens vård. Detta gäller under förutsättning att hemlandstingets eventuella remissregler följs, se avsnittet nedan. Regeringen lämnar till landstingen att lösa hur de ekonomiska transaktionerna ska genomföras. Det är emellertid av vikt att understryka att det endast är de faktiska kostnaderna som ska ersättas. Då en patient har vårdats av en privat utförare skickas fakturan till det landsting som har avtal med vårdgivaren. Vårdlandstinget får sedan ersättning av patientens hemlandsting.

Regeringen anser att det är upp till landstingen sinsemellan att reglera ersättningen för vård inom primärvården och den specialiserade öppenvården. I dag regleras ersättningen i regionala prislistor eller andra prisavtal som har sin grund i överenskommelser mellan landstingen. Landstingen har dessutom kommit överens om, via riksavtalet för utomlänsvård, att den ersättning som utgår till privata vårdgivare för en vårdtjänst är densamma för både de egna patienterna och patienter som kommer från andra landsting.

Skyldigheten för ett landsting att finansiera öppen vård i ett annat landsting gäller endast när vård ges till personer som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt folkbokföringslagen och stadigvarande vistas inom landstinget. Vissa av de vårdförmåner som en person enligt 3 c § HSL har rätt till i ett landsting ersätts av staten, genom det förfarande som regleras i förordning (EG) 883/2004. Staten ersätter även landstingen för vård som ges enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Regeringen vill även förtydliga att de avtal som landstingen tecknar med privata vårdgivare hädanefter måste utformas för att gälla alla patienter som landstinget ansvarar för, dvs. även patienter från andra landsting. I avsnitt 18 föreslås en övergångsbestämmelse för de avtal som tecknats före det föreslagna ikraftträdandet och som är oförenliga med patienters ökade valmöjligheter enligt förslaget.

Vilket landstings remissregler ska gälla?

Regeringens förslag till lagreglering av vårdvalet innebär att patienten kan välja utförare av primärvård eller öppen specialiserad vård inom hela landet utan att hemlandstinget har möjlighet att påverka patientens val

genom att kräva betalningsförbindelser eller godkännande i förväg. Förslaget innebär således en viss inskränkning i landstingens möjlighet att planera och styra vården. Regeringen anser dock att landstingen även fortsatt ska ha möjlighet att styra hälso- och sjukvården genom de remissregler man väljer att ställa upp.

Regeringen föreslår att en patients hemlandsting som huvudregel ska ersätta vårdlandstinget för den utförda vården. Detta gäller dock inte om hemlandstinget ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs. Förslaget innebär således att en patient som kommer från ett landsting som kräver remiss till öppen specialistsjukvård måste ha en remiss även då han eller hon vårdas inom den specialiserade öppenvården i ett annat landsting för att hemlandstinget ska bli betalnings-skyldigt för vården. Om patienten ges vård utan att hemlandstingets remissregler följs, får vårdlandstinget stå för kostnaderna för vården. Detta gäller oavsett om det är hemlandstinget som erbjuder patienten möjlighet att välja öppenvård i ett annat landsting eller om patienten på eget initiativ söker öppenvård utanför det egna landstinget. Det har i detta sammanhang ingen betydelse om vårdlandstinget ställer krav på remiss eller inte.

En patient som har remitterats på hemlandstingets initiativ kan remitteras vidare på vårdlandstingets bekostnad av den läkare som är behörig att göra sådan remittering vid den mottagande enheten i vårdlandstinget om det gäller vård eller åtgärder som anges i remissen.

Det kan även uppkomma situationer när en patient från ett landsting med remisskrav söker primärvård i ett annat landsting och den aktuella primärvårdsläkaren vill skicka patienten vidare till öppen specialist-sjukvård. Primärvårdsläkaren har då möjlighet att utfärda en sådan remiss. I dag är detta reglerat inom riksavtalet för utomlänsvård. Information om landstingens remissregler förmedlas av SKL.

Om en patient vill söka vård i ett annat landsting som har krav på remiss till den öppna specialistvården gäller vårdlandstingets remiss-regler. Detta följer av att vårdlandstinget ska ge vård till patienter från andra landsting på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna. Patienten behöver då söka sig till en primärvårdsläkare, antingen i hemlandstinget eller vårdlandstinget, som sedan har möjlighet att remittera patienten vidare till den specialiserade öppenvården.

Om det finns krav på remiss så behöver inte den skickas via vårdlandstinget utan den kan skickas direkt till en vårdgivare. Det är sedan vårdgivarens ansvar att kontrollera att patienten har nödvändig remiss. Det ansvaret har vårdgivaren redan i dag genom riksavtalet för utomlänsvård. Den nya bestämmelsen innebär att remissen, till skillnad från i dag, kan skickas direkt även till en privat utförare som har avtal med landstinget.

SKL sammanställer och redovisar regelbundet landstingens krav på remiss. Dessa uppgifter förmedlas vidare till samtliga landsting och de finns även på SKL:s hemsida. År 2012 krävde sju landsting remiss vid läkarbesök. Sammanställningen över gällande remissregler kommer att vara betydelsefull för både patienter och vårdgivare i och med det utökade vårdvalet. Som utredningen påpekade finns det anledning för landstingen att se över sina remissregler och, så långt det är möjligt, försöka harmonisera dem.

I avsnitt 7.2 föreslår regeringen att patienten ska få information om möjligheten att välja utförare inom öppenvården. Informationen syftar bl.a. till att vägleda patienterna så att de kan få den praktiska hjälp som behövs för att de ska kunna ta till vara sina möjligheter. Patienten bör t.ex. upplysas om sina möjligheter att välja öppen vård även i andra landsting när en patient remitteras till nästa vårdnivå.

Kostnader för resor och uppehålle

Utredningen anser inte att landstingets ekonomiska åtagande ska innefatta de merkostnader för t.ex. resor och uppehålle som en patient ådrar sig i samband med ett vårdtillfälle i ett annat landsting. Detta gäller om det är patienten själv som har tagit initiativ till att få sin vård utförd i ett annat landsting. Detsamma gäller för övrigt för en patient som på eget bevåg söker vård i ett annat land inom EES.

Ett par remissinstanser har påtalat att förslaget riskerar att leda till att patienter tvingas avstå från möjligheten att välja vård i ett annat landsting av ekonomiska skäl. Regeringen är medveten om att kostnaden för resor och uppehålle kan utgöra ett hinder för vissa patienter att utnyttja de ökade valmöjligheterna. I vissa fall kan emellertid den motsatta situationen uppstå, t.ex. kommer en patient som arbetar på en annan ort inte att behöva resa tillbaka till sitt hemlandsting för att få ett eventuellt vårdbehov tillgodosett. En annan fördel som också delvis kan väga upp de kostnader som kan uppkomma är möjligheten att få vård och behandling nära familj och vänner. För en person som bor på annan ort kan närheten till exempelvis familj vara till stor hjälp under den medicinska behandlingen.

Ett förslag som innebär att landstingen skulle stå för merkostnader i form av resor och uppehålle kan medföra orimliga konsekvenser. Exempelvis skulle kostnaderna för resor och uppehålle i många fall kunna överstiga kostnaden för själva vårdinsatsen och det skulle innebära negativa konsekvenser för den sjukvårdande verksamheten. Regeringen delar således utredningens uppfattning om att landstingen inte ska stå för patientens merkostnader.

Offentlig upphandling

Upphandlingsskyldighet uppstår normalt mellan landsting eftersom de är fristående från varandra. Frågan är om förslaget till reglering av det fria vårdvalet medför någon konflikt med EU:s upphandlingsregler eller de grundläggande EU-rättsliga principerna. Det finns ett antal förutsättningar som måste vara uppfyllda för att förslaget ska anses uppfylla de upphandlingsrättsliga krav som följer av EU:s direktiv och den svenska lagstiftning som finns på området.

Av 3 § tredje stycket HSL framgår att ett landsting genom avtal får överlåta åt någon annan att praktiskt utföra landstingets uppgifter. Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, förkortad LOU, blir tillämplig på kontrakt som en eller flera upphandlande myndigheter ingår med en eller flera leverantörer. I 2 kap. 10 a § LOU finns dock ett undantag från lagens definition av kontrakt. Bestämmelsen bygger på EU-rättslig praxis, den s.k. Teckal-domen och en rad efterföljande domar, och rör

bl.a. avtal som ingås mellan en offentlig myndighet och en i förhållande till denna myndighet fristående juridisk person.

Det råder i dagsläget, utöver möjligheten till undantag enligt 2 kap. 10 a § LOU, osäkerhet om hur långt samarbete mellan offentliga myndigheter ska omfattas av reglerna om offentlig upphandling. Relevant rättspraxis från Europeiska unionens domstol (domstolen) tolkas olika. Det finns emellertid situationer då domstolen gjort bedömningen att det inte uppstår ett upphandlingsrättsligt kontrakt mellan två parter. Detta gäller bl.a. då det i lag finns två eller flera huvudmän utpekade som ansvariga för en allmännyttig tjänst. Ett finansieringsavtal mellan de offentliga parterna anses då inte innebära att en tilldelning av ett offentligt kontrakt har skett. I målet kommissionen mot Irland ansåg domstolen att en överenskommelse mellan två regionala myndigheter – där den ena myndigheten, med utövande av en egen behörighet som följer direkt av lag och med delvis användande av sina egna medel, tillhandahåller B-tjänster till allmänheten – inte ska anses innefatta något ”kontrakt med ekonomiska villkor”, även om den andra myndigheten betalar ett bidrag som täcker en del av kostnaderna för utförda tjänster.²

Vidare har domstolen i den s.k. Hamburg-domen ansett att det saknades upphandlingskyldighet då ett avtal mellan flera offentliga myndigheter om visst samarbete ingicks.³ Domstolen fastslog att EU-lagstiftningen inte tvingar upphandlande myndigheter att välja en viss rättslig form för att gemensamt utföra tjänster i allmänhetens intresse. Det kan emellertid vara vanskligt att dra några långtgående slutsatser av den nämnda domen eftersom domstolens bedömning starkt baserat på de speciella omständigheterna i målet.

Det kan även nämnas att domstolen nyligen avgjort ett mål där dessa frågor berörs. Domstolen gör bedömningen att det följer av tidigare praxis att avtal genom vilka ett samarbete mellan myndigheter/offentliga organ inrättas inte omfattas av tillämpningsområdet för de unionsrättsliga reglerna om offentlig upphandling om samtliga följande kriterier är uppfyllda:

- kontraktet syftar till att säkerställa att ett allmännyttigt uppdrag som är gemensamt för myndigheterna fullgörs,
- kontraktet ingås enbart mellan offentliga organ utan inblandning av någon privat part,
- ingen privat leverantör ges någon fördel i förhållande till sina konkurrenter,
- det samarbete som inrättas uteslutande styrs av överväganden och krav som är ägnade att uppnå mål av allmänintresse.⁴

Även Europaparlamentet har i en resolution uppmärksammat bl.a. Hamburg-domen.⁵ Parlamentet konstaterar att det i unionslagstiftningen inte föreskrivs någon skyldighet för offentliga myndigheter att använda sig av en särskild rättslig form för att gemensamt kunna säkerställa att en

² C-523/03, Europeiska gemenskapernas kommission mot Irland. Se även prop. 2009/10:67 s. 55.

³ C-480/06, Europeiska gemenskapernas kommission mot Tyskland (Hamburg).

⁴ C-159/11 punkterna 31 och 34-36.

⁵ Europaparlamentets resolution den 18 maj 2010 om nya utvecklingstendenser inom offentlig upphandling (2009/2175[INI]).

allmännyttig uppgift fullgörs. Parlamentet anger också att offentlig-offentliga partnerskap inte omfattas av lagstiftningen om offentlig upphandling när följande kriterier är uppfyllda:

- en allmännyttig uppgift som åligger alla berörda lokala myndigheter fullgörs,
- verksamheten ombesörjs endast av de berörda offentliga myndigheterna, dvs. utan deltagande av privata aktörer eller företag,
- verksamheten utförs huvudsakligen åt de berörda offentliga myndigheterna.

I ett förslag till nytt direktiv om offentlig upphandling finns förslag till en reglering av offentliga samarbeten. Förslaget bygger på en uttolkning av praxis och utgör närmast en kodifiering av de kriterier som fastställs i Hamburg-domen.⁶

Det finns anledning att tro att gränserna för offentligt-offentligt samarbete, även efter det att rättspraxis kodifieras i nya direktiv, kommer att fortsätta att prövas och utvecklas i praxis. Regeringen delar emellertid utredningens bedömning att förslaget till reglering av det fria vårdvalet inte bör medföra någon konflikt med EU:s upphandlingsregler eller de grundläggande EU-rättsliga principerna. Regleringen syftar till att möjliggöra för patienter att själva kunna välja var i landet de vill ha sin öppenvård. Skyldigheten att säkerställa att patienterna får denna valmöjlighet utgör en allmännyttig uppgift som åvilar samtliga landsting. Varje landsting har en skyldighet att se till att uppgiften utförs och landstingen har samma rättigheter och skyldigheter gentemot varandra. Uppgiften kan således sägas vara gemensam för landstingen. Vidare finns det inte någon inblandning av privata aktörer i samarbetet landstingen emellan. En annan sak är att det finns privata aktörer som tillhandahåller vård på entreprenad. Denna verksamhet ska vara upphandlad eller godkänd inom ramen för ett valfrihetssystem.

Mot denna bakgrund gör regeringen, i likhet med utredningen, bedömningen att den föreslagna samverkan mellan landstingen sannolikt inte utgör ett offentligt kontrakt enligt EU-rättslig praxis. Övervägande skäl talar för att samverkan inte heller ska betraktas som ett kontrakt med ekonomiska villkor. Den föreslagna konstruktionen omfattas därmed inte av krav på offentlig upphandling enligt LOU.

Den nationella vårdgarantin

Regeringens förslag medför ingen principiell ändring av de regler som gäller för den nationella vårdgarantin. Landstinget ska även fortsatt erbjuda dem som landstinget ansvarar för vårdgaranti (se även avsnitt 15.1). En patient som väljer att vårdas i ett annat landsting kan anses ha avstått frivilligt från vårdgaranti i det egna landstinget. Patienten omfattas inte heller av vårdgarantin i det landsting som han eller hon söker sig till. Detta bör enligt regeringens mening förtydligas i HSL. Patienten ska dock naturligtvis ingå i de prioriteringar som vårdgivaren gör baserat på de medicinska behov som patienten har.

⁶ Förslag till Europaparlamentets och rådets direktiv om offentlig upphandling, (KOM(2011) 896).

Att patienter som kommer från andra landsting ska ges öppen vård utifrån medicinska behov på samma villkor som dem som bl.a. är bosatta i landstinget kan medföra att patienter från andra landsting i vissa fall går före landstingets egna invånare i vårdköen. Dessa kan då riskera att hamna utanför vårdgarantins gränser. En märkbar påverkan på landstingens möjligheter att uppfylla vårdgarantin skulle emellertid endast kunna uppstå om relativt stora patientgrupper söker sig till samma landsting för att få sin vård där. Så kan det vara i de landsting där vårderbjudandet på något vis avviker från andra landstings utbud och därmed gör det mer attraktivt för patienterna. Utredningen gör dock bedömningen att det i förlängningen kan innebära att vissa av dagens skillnader mellan landstingen, som av patienterna i vissa fall kan uppfattas som djupt orättvisa, justeras eller försvinner. Så kan även vara fallet då många patienter från andra landsting söker sig till en specifik utförare. Eftersom vårdlandstingets kostnader täcks av patientens hemlandsting får emellertid vårdlandstinget anses ha förutsättningar för att kalibrera sin vård efter de patienter som landstinget ansvarar för, dvs. även de patienter som söker sig dit från andra landsting.

14.2 Personkrets i bestämmelser om vårdval och vårdgaranti

Regeringens förslag: Landstingets skyldighet att erbjuda vårdgaranti utvidgas till att, förutom personer som är bosatta inom landstinget, även omfatta personer som är kvarskrivna enligt folkbokföringslagen och som stadigvarande vistas inom landstinget samt personer som har rätt till vårdförmåner enligt vad som följer av förordning (EG) nr 883/2004.

Alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och kunna välja en fast läkarkontakt i primärvården.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Få remissinstanser har yttrat sig om förslagen. *Örebro läns landsting* avstyrker delvis förslagen. Landstinget anser att personkretsarna enbart ska utvidgas till att även omfatta kvarskrivna. Om personkretsen för vårdgarantin utvidgas ytterligare kan det uppstå risk att landstinget inte klarar vårdgarantin för sina egna länsbor.

Skälen för regeringens förslag: Enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, ska landstingen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och dem som är kvarskrivna enligt folkbokföringslagen och stadigvarande vistas inom landstinget. Enligt 3 c § HSL ska landstinget även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 samt åt dem som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning. Landstinget ska däremot, enligt 3 g § HSL, enbart erbjuda dem som är *bosatta* inom landstinget vårdgaranti (se avsnitt 15.1). I förarbetena till den sistnämnda bestämmelsen finns det

inget resonemang som belyser varför bestämmelsen begränsats till endast bosatta. Regeringen föreslår därför att den personkrets som ska omfattas av ett landstings erbjudande av vårdgaranti utökas till att gälla samtliga personer som avses i 3 och 3 c §§ HSL. En utvidgad vårdgaranti medför en stärkt tillgänglighet och kortare vårdköer och det sin tur innebär en potential för landstingen att använda tillgängliga resurser mer effektivt.

Av 5 § andra stycket HSL framgår det att landstinget ska organisera primärvården så att alla som är *bosatta* inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdsvårdtjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Denna bestämmelse bör ändras på så sätt att den gäller alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. Den kommer således att omfatta samtliga som avses i 3 och 3 c §§ HSL (se ovan), men även dem som omfattas av lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlännningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Landstingen är skyldiga att erbjuda asylsökande och vuxna personer som vistas i landet utan tillstånd vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Asylsökande barn och barn som vistas i landet utan tillstånd ska emellertid erbjudas vård i samma omfattning som erbjuds dem som är bosatta inom landstinget. Förslaget till ändring i 5 § andra stycket HSL kommer enligt regeringens bedömning i praktiken att få betydelse enbart för de barn som omfattas av de nämnda lagarna.

Enligt förslaget i avsnitt 14.1 ska landstinget även erbjuda öppen vård åt personer som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Även dessa patienter ska få möjlighet att välja utförare samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt.

14.3 Utökat planeringsansvar för landstingen

Regeringens förslag: Landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

Utredningens förslag: Utredningen lämnade inte något förslag om landstingens skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård.

Remissinstanserna: Några av remissinstanserna, bl.a. *SKL* och ett antal landsting, menar att en konsekvens av förslaget att stärka patienternas valmöjligheter blir att när landstingen, i enlighet med HSL:s bestämmelser, ska planera sin hälso- och sjukvård blir utgångspunkten inte bara den egna befolkningens behov av sådan vård. Landstingen behöver också beakta tillströmningen av patienter från andra landsting som söker öppenvård. *SKL* föreslår att denna förändring av landstingens ansvar för sin planering av hälso- och sjukvården ska framgå tydligt i HSL.

Skälen för regeringens förslag: Landstinget ska enligt 7 § HSL planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. Under de senaste åren har landstingets ansvar utökats till att även gälla dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdför-

måner här enligt förordning nr 883/2004 samt med vissa skyldigheter avseende vård av asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Som en konsekvens av den ovan nämnda utvecklingen samt förslaget om att landstingen ska vara skyldiga att erbjuda patienter öppen vård till dem som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna (avsnitt 14.1) anser regeringen att landstingen bör få ett lagstadgat ansvar för att planera sin verksamhet med utgångspunkt i behovet av vård hos alla dem som omfattas av landstingens ansvar för hälso- och sjukvård.

Förändringen innebär 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. Regeringen har dock inte anledning att tro att det kommer röra sig om några betydande patientströmmar, utan anser att detta endast i undantagsfall kan ha någon avgörande inverkan på landstingens planering av hälso- och sjukvården (se vidare avsnitt 19).

Ett liknande förslag finns med i Patientmaktsutredningens slutbetänkande Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44). Utredningen föreslår bl.a. att HSL upphävs och ersätts av en ny lag – lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Slutbetänkandet har remissbehandlats. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

15 Vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering m.m.

Regeringens förslag: I patientlagen införs motsvarigheter till nuvarande bestämmelser i främst hälso- och sjukvårdslagen som handlar om patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården eller som har direkt betydelse för vårdens utformning. Bestämmelserna rör exempelvis vårdgaranti, fast vårdkontakt, individuell planering, fast läkarkontakt, kvalitet, tillgänglighet och samordning samt patientens självbestämmande och integritet.

Utredningens förslag: Överensstämmer i sak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: I stort sett samtliga remissinstanser har inget att invända mot att motsvarigheter till bestämmelser om vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt m.m. införs även i patientlagen. (Se dock avsnitt 6 i fråga om den lagtekniska konstruktionen med dubbelreglering.) *Kronobergs läns landsting* och *Kalmar läns landsting* förordar att det i lagtexten förtydligas att patienter ska få tillgång till en fast vårdkontakt. *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)* anser att begreppet fast vårdkontakt inte tillräckligt väl tillgodoser patientens behov för RSMH:s grupper. De menar att mycket inom vården går i stå i väntan på tillgång till doktorn och dennes beslutskompetens. RSMH förordar därför förslaget om fast läkarkontakt. *Sveriges*

Kommuner och Landsting (SKL) tycker att det ska förtydligas att patienter ska ges möjlighet att välja en fast läkarkontakt och även få tillgång till en fast vårdkontakt i andra landsting.

Statens folkhälsoinstitut menar att om lagens intention ska få genomslag så bör vården organiseras på ett sätt som underlättar etablering av fasta vård- och läkarkontakter. *Jönköpings läns landsting* instämmer i förslaget om att patienten ska ges möjlighet att välja fast läkarkontakt i primärvården. Detta ska tillgodoses så långt möjligt, men kan inte ses som en ovillkorlig rätt, eftersom det kan medföra en orimligt hög belastning på vissa läkare. *Kronobergs läns landsting* ser ett behov av klarläggning vad gäller möjligheten till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i andra landsting.

Flera remissinstanser, som t.ex. *Sveriges läkarförbund*, *Svenska läkaresällskapet*, *Svenska Diabetesförbundet* och *Akademikerförbundet SSR*, befarar att den nationella vårdgarantin i dess nuvarande form medför risk för felprioriteringar och oacceptabla undanträngningseffekter i vården. *Handikappförbunden*, *Svensk sjuksköterskeförening*, *Jämtlands läns landsting* m.fl. menar att så länge vårdgarantin inte gäller hela vårdkedjan riskerar patienter med funktionsnedsättning och/eller kroniska sjukdomar att drabbas när patienter med lindrigare vårdbehov prioriteras. En stor andel av remissinstanserna, t.ex. *Myndigheten för vårdanalys*, *Sveriges läkarförbund*, *Sveriges Psykologförbund*, *Vårdförbundet* och *Astma- och Allergiförbundet*, anser att vårdgarantin behöver utvecklas till att omfatta fler delar i vårdkedjan.

Skälen för regeringens förslag: Patientlagen syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Främst hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, innehåller en rad bestämmelser som kan sägas ha samma syfte. Regeringen ställer sig bakom utredningens förslag att motsvarande bestämmelser även bör finnas i patientlagen. I avsnitt 6 finns överväganden när det gäller denna dubbelreglering.

Det handlar för det första om bestämmelser om målet med hälso- och sjukvården, om människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna, om att patienten snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd och i övrigt sakkunnig och omsorgsfull vård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, om att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig och utformas och genomföras i samråd med patienten samt bestämmelser om att respektera patientens självbestämmande och integritet och tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

I avsnitt 12 och 13 föreslås bestämmelser i patientlagen om val av behandlingsalternativ och hjälpmedel samt om ny medicinsk bedömning.

I HSL finns även bestämmelser om den nationella vårdgarantin, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och individuell planering. Den nationella vårdgarantin syftar till att förbättra tillgängligheten för patienterna. Möjligheten för patienten att välja en fast läkarkontakt samt att få en fast vårdkontakt och en individuellt upprättad plan för sin vård kan vara viktig i arbetet med att tillgodose patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet. Regeringen föreslår därför motsvarigheter även till dessa bestämmelser i patientlagen. Nedan redovisas bakgrund och närmare överväganden i dessa frågor.

15.1 Den nationella vårdgarantin

Sedan den 1 juli 2010 är den nationella vårdgarantin lagstadgad och återfinns i HSL. Landstingen ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget en vårdgaranti som ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt (via telefon eller genom besök) med primärvården, t.ex. vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen (tillgänglighetsgaranti),
2. besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti),
3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och
4. planerad vård efter beslut om behandling, t.ex. operation (behandlingsgaranti).

Det är regeringen som beslutar om vilka tidsgränser som ska gälla inom vårdgarantin. Enligt förordningen (2010:349) om vårdgaranti ska landstingen uppfylla

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 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.

Vårdgarantin kan i dagsläget sammanfattas med 0-7-90-90 och anger en lägsta godtagbar nivå, där de landsting som så önskar kan ange än kortare tidsgränser för sina invånare.

Om landstinget inte förmår uppfylla besöksgarantin eller behandlingsgarantin i den specialiserade vården ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Vårdgarantin anger således endast den tid som en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med, besök hos eller behandling inom hälso- och sjukvården. Den reglerar inte om vård över huvud taget ska ges, vilken vård som kan komma i fråga eller hur lång tid en utredning av en patient får ta. Det är vårdutbudet i respektive patients landsting som sätter gränsen för vad garantin ska innehålla.

Den nationella vårdgarantin omfattar inte utredningar såsom röntgen, provtagningar och tester och inte heller återbesök till vården, t.ex. regelbundna kontroller för patienter med kroniska sjukdomar.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp vårdgarantin. I sin rapportering lyfter myndigheten fram att en positiv effekt med vårdgarantin är att patienternas inflytande över hur och när vården ges har ökat och att tillgängligheten till hälso- och sjukvården har förbättrats. Andra positiva effekter är att garantin har bidragit till en ökad motivation att effektivisera landstingens arbete med att korta väntetiderna och till ett ökat samarbete i vårdkedjorna.

Tillgängligheten inom hälso- och sjukvården har förbättrats

Regeringen och SKL har under perioden 2009–2013 slutit årliga överenskommelser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvården, den s.k. kömiljarden. En miljard kronor har regeringen avsatt årligen för detta ändamål. För att få möjlighet att ta del av medlen måste varje landsting uppfylla vissa grundläggande krav och ett antal fastställda prestationskrav. Regeringen och SKL har även slutit särskilda överenskommelser för att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa.

Under den tid vårdgarantin har varit reglerad och kömiljarden har funnits har tydliga förbättringar skett när det gäller tillgängligheten till primärvården och den specialiserade vården. År 2012 besvarades 89 procent av alla telefonsamtal till vårdcentralerna samma dag till skillnad från 2007, då enbart 80 procent av samtalen besvarades samma dag. Andelen genomförda läkarbesök inom sju dagar ökade från 89 procent 2007 till 93 procent 2012. Antalet patienter som väntar på ett besök eller en behandling inom specialistvården har minskat de senaste åren och allt färre av de väntande har en väntetid över 90 dagar. År 2007 hade 73 procent av patienterna väntat mindre än 90 dagar på besök eller på behandling. År 2012 fick 90 procent besöka specialist inom 90 dagar. Även om definitionen och omfattningen av vårdgarantin har ändrats något sedan 2007 tyder detta på att fler får vård inom 90 dagar i dag jämfört med 2007. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst från 2013 är många patienter nöjda med vårdens tillgänglighet, särskilt när det gäller primärvården.

Vårdgarantins utformning

Flera remissinstanser befarar att vårdgarantin i dess nuvarande form medför risk för felprioriteringar och oacceptabla undanträngningseffekter i vården. Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov).

Risken för att vårdgarantin och kömiljarden skapar undanträngningar av viss vård är en fråga som har diskuterats återkommande sedan vårdgarantins införande. Som tidigare nämnts reglerar inte vårdgarantin om vård ska ges eller vilken vård som ska ges. I förarbetena till den nationella vårdgarantin konstaterar regeringen att en förutsättning för att vårdgarantin ska gälla är att nödvändiga beslut redan har fattats. Ett sådant beslut kan vara att en patient har behov av ett besök inom någon form av specialiserad vård eller att patienten har behov av en behandling. Detta innebär att vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen. Det innebär i sin tur att vårdgarantin är beroende och begränsas av de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården, såväl mellan patienter som har samma sjukdom som mellan olika sjukdomsgrupper. Sådana prioriteringar ska alltid utgå från den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen (nationella riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården). Prioriteringsordningen innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Enligt regeringen måste arbetet med prioriteringar inom

hälso- och sjukvården fortgå som vanligt utifrån prioriteringsordningen. Vårdgarantin ändrar inte detta. Utredningen påpekar att det måste vara möjligt att generellt förbättra vårdens tillgänglighet och samtidigt följa prioriteringsbestämmelsen i lagstiftningen.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp och utvärdera vårdgarantin och kömiljarden. I uppdraget ingår det att studera eventuella undanträngningseffekter av dessa båda reformer. I sin senaste rapport från 2013 framhåller Socialstyrelsen att det är svårt att bekräfta om det förekommer undanträngningar. Myndigheten menar att eventuella undanträngningar kan vara en effekt av förändrade rutiner och effektivisering av vården.

Kritiken mot vårdgarantin har inte enbart handlat om risken för eventuella undanträngningar utan även att den inte omfattar hela vårdkedjan och att tidsgränserna i garantin borde kunna skärpas. Socialstyrelsens uppföljning av vårdgarantin visar dessutom att kännedomen och kunskapen om vårdgarantin och dess regelverk är relativt låg hos både allmänhet och hälso- och sjukvårdspersonal.

En majoritet av remissinstanserna anser att vårdgarantin behöver utvecklas till att omfatta fler delar i vårdkedjan. Utredningen gör bedömningen att vårdgarantin bör vidareutvecklas och att det är särskilt angeläget att prioritera att diagnostiska åtgärder omfattas av garantin. Utredningen anser dock att det är viktigt att samtliga landsting når upp till utfästelserna i vårdgarantin, vilket några landsting i dag inte klarar, innan några förändringar görs. Regeringen delar utredningens bedömning. Att det finns en vårdgaranti som inte efterlevs riskerar att urholka legitimiteten för hälso- och sjukvården. Det är först när patienterna känner till vilka möjligheter de har att få vård inom garantins tidsgränser och de faktiskt, om de så önskar, erbjuds denna vård som vårdgarantin kan uppfyllas.

Regeringen anser däremot att tillgängligheten till hälso- och sjukvården behöver förbättras ytterligare och avser därför att fortsätta prioritera frågan. Inom ramen för den s.k. kömiljarden bedrivs det t.ex. ett antal samverkansprojekt som syftar till att det ska bli lättare att följa patientens kontakter med vården, t.ex. när det gäller diagnostiska åtgärder och återbesök. Målet är kömiljarden ska kunna vidareutvecklas så att landstingen ska kunna belönas för fler led i patientens väg genom vårdkedjan.

När det gäller diskussionen om kortare tidsgränser vill regeringen understryka att det inte finns något som hindrar landstingen att besluta om kortare tidsgränser än vad som följer av den nationella vårdgarantin, något som redan skett i vissa fall t.ex. i Stockholms läns landsting (SLL). SLL:s vårdgaranti skiljer sig från den nationella då besök till primärvården ska ske inom fem dagar och väntetiden till nybesök till specialistmottagning måste ske inom 30 dagar jämfört med 90 dagar i den nationella vårdgarantin. Kömiljarden stimulerar dessutom till en utveckling med kortare tidsgränser eftersom regeringen och SKL har kommit överens om att landstingen, för att få del av medlen, ska kunna erbjuda vård inom kortare tid än vad som är reglerat i förordningen om vårdgarantin. År 2013 var kravet att landstingen skulle kunna erbjuda såväl besöks- som behandlingsgaranti inom den specialiserade vården inom 60 dagar.

Regeringen har för avsikt att även fortsättningsvis följa upp vårdgarantin och kömiljarden, och det kommer ingå som en del av den samlade uppföljningen av patientlagen (se avsnitt 17.2). Frågan om vårdgarantin påverkar prioriteringarna i vården kommer att ingå i uppföljningen.

15.2 Fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och individuell plan

Möjligheten att få en fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och individuell plan är viktig för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården genom att den ökar den enskildes möjlighet till inflytande och självbestämmande. Möjligheten är dessutom viktig i arbetet med att tillgodose patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet.

15.2.1 Möjligheten till en fast vårdkontakt

Sedan den 1 juli 2010 gäller att patienten ska få en fast vårdkontakt om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, eller om patienten begär det. Det innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Syftena med bestämmelsen är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet. Det är verksamhetschefen som ansvarar för att det utses en fast vårdkontakt för patienten. Enligt förarbetena (prop. 2009/10:67) ska vårdkontakten alltid utses på patientens begäran, oavsett om det anses behövligt eller inte. Detta gör att patientens egen uppfattning om hans eller hennes behov blir styrande. När en fast vårdkontakt utses ska patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses så långt det är möjligt och patienten ska vara delaktig i processen. Beroende på vilka medicinska och övriga behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan. Då vissa patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård kan de få mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna ska då samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient. Samordning av insatser och förmedling av information med t.ex. andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas. Det är verksamhetschefen som har ansvaret för den fasta vårdkontakten, vilket

innebär att vårdkontaktens ansvarsområde begränsas av verksamhetschefens.

År 2012 presenterade Socialstyrelsen en uppföljning av den aktuella bestämmelsen som visade att mindre än hälften av vårdgivarna har haft patienter som fått en fast vårdkontakt. Uppföljningen visade även att många verksamheter inte har rutiner för hur en fast vårdkontakt ska arbeta. Socialstyrelsen menade att bestämmelsen inte är särskilt väl känd bland hälso- och sjukvårdsverksamheterna och dess personal eller patienterna. Genom att en motsvarighet till bestämmelsen i HSL om fast vårdkontakt förs in i patientlagen är regeringens förhoppning att bestämmelsen börjar tillämpas i ökad utsträckning i hälso- och sjukvården och således att fler patienter får tillgång till en fast vårdkontakt. I avsnitt 14 föreslås att patienten ska kunna få tillgång till en fast vårdkontakt även i ett annat landsting.

15.2.2 Möjligheten till en fast läkarkontakt

För många människor, kanske speciellt dem med sådana hälsoproblem som innebär att de ofta behöver kontakt med hälso- och sjukvården, är det viktigt att oftast kunna möta samma läkare. Detta gäller inte minst många äldre.

En viktig åtgärd för att skapa trygghet och kontinuitet i vårdkontakten är den regel om att en patient ska få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt i primärvården som finns i HSL. Landstinget har skyldighet att organisera primärvården så att invånarna kan få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Regelns syfte är att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten för den enskilda patienten.

Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.

Genom att patienten har möjlighet att välja en fast läkarkontakt förbättras möjligheterna till en förtroendefull relation mellan läkare och patient.

I avsnitt 14 föreslås att en patient ska kunna välja en fast läkarkontakt även i andra landsting.

15.2.3 Individuell plan ska upprättas vid behov

När en person har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska landsting och kommun tillsammans upprätta en individuell plan. Bestämmelser om detta finns i både HSL och socialtjänstlagen sedan den 1 januari 2010. Planen ska upprättas när ett landsting eller en kommun anser att det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda och om den enskilde samtycker till detta. När det är möjligt ska planen upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska även ges möjlighet att delta vid

upprättandet av planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig detta.

Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ansvarar för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget samt om det är kommunen eller landstinget som har huvudansvar för planen.

Enligt flera uppföljningar upprättas det för få individuella planer i dag, vilket är ett tecken på att lagstiftningen inte har fått genomslag i alla kommuner och landsting. Det pågår därför ett arbete inom ramen för regeringens satsning PRIO psykisk ohälsa som syftar till att uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting så att fler individuella planer upprättas.

16 Patientnämndernas roll

Regeringens förslag: Ett förtydligande görs i lagen om patientnämndsverksamhet m.m. med innebörd att patientnämnderna ska tillhandahålla, inte enbart hjälpa patienter att få, den information som de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården.

I patientlagen införs en bestämmelse om patientnämndernas uppgifter.

Utredningens förslag: Överensstämmer i sak med regeringens förslag. Utredningen föreslår att patientnämnderna ska *erbjuda* patienter den information som de behöver för att kunna tillvarata sina intressen i vården.

Remissinstanserna: En majoritet tillstyrker eller har inget att erinra mot förslagen. *Handikappförbunden* anser att förslaget är bra då det stärker och förtydligar nämndernas ansvar i relation till patienterna. *Sandvikens kommun* anser att ett förtydligande om patientnämndens verksamhet bättre tillmötesgår patienternas behov av råd och stöd för att tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvårdsfrågor. *Kalmar kommun* och *Stockholms läns landsting* anser att patientnämndens verksamhet och roll måste förtydligas.

Skälen för regeringens förslag: Kommuner och landsting är, enligt lagen om patientnämndsverksamhet m.m., skyldiga att ha en patientnämnd (eller motsvarande) i sin nämndorganisation. Nämnderna har till uppgift att stödja och hjälpa patienter. Som framgår av avsnitt 4.1.2 ska patientnämnderna 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.

Det framgår inte direkt av lagstiftningen att patientnämnderna ska informera patienterna i olika frågor, även om det förmodligen ligger i begreppet att hjälpa patienter att få den information de behöver. Enligt några remissinstanser sker detta i praktiken redan i dag.

Enligt utredningens bedömning bör lagstiftningen ändras så att det tydligare framgår att patientnämnderna har i uppdrag att informera enskilda patienter, bl.a. i frågor som rör den nya patientlagen. Utredningen föreslår därför att patientnämnderna ska *erbjuda* patienter den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården. Regeringen instämmer i utredningens bedömning att lagen om patientnämndsverksamhet m.m. bör förtydligas. Eftersom patientnämnderna även har i uppdrag att hjälpa patienter att få information av medicinsk karaktär som nämnderna själva inte kan bistå med, bör det i lagen anges att nämnderna ska *tillhandahålla eller hjälpa* patienter att få den information som de behöver.

Patientnämndernas verksamhet är central för patienter med behov av stöd och hjälp. Vidare behöver kännedomen om verksamheten öka. Regeringen ställer sig därför bakom utredningens förslag att en bestämmelse som informerar om patientnämndernas uppgifter ska föras in i patientlagen (jfr s. 41 f. angående patientlagens lagtekniska utformning).

17 Stöd till genomförandet och uppföljning

17.1 Stöd till genomförandet

Regeringen anser att det finns behov av vissa förberedande insatser för att lagförslagen ska kunna genomföras på ett effektivt sätt och således får den effekt som regeringen önskar, dvs. stärkt ställning och inflytande för patienten. Regeringen har därför i budgetpropositionen för 2014 aviserat att man avser att avsätta totalt 24 miljoner kronor under perioden 2014–2016 för att bl.a. stödja olika informationsinsatser och för att följa upp den nya lagen. Förslag på hur dessa insatser bör utformas kommer delvis att presenteras i den kommande propositionen.

17.2 Uppföljning ur ett patientperspektiv

Regeringens bedömning: Berörda myndigheter bör ges i uppdrag att följa upp genomförandet och konsekvenserna av regeringens förslag.
--

Utredningens bedömning: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: De remissinstanser som har kommenterat frågan har inget att invända eller är övervägande positiva i sina kommentarer. *Riksrevisionen* tycker att det är bra om någon myndighet följer upp lagstiftningen då patientlagen endast innehåller indirekta rättigheter och förmåner som inte är utkrävbara i domstol. *Handikappförbunden* menar

att bristen på sanktionsmöjligheter gör det särskilt viktigt att lagen följs upp och utvärderas ur ett brukarperspektiv. *Prostatacancerförbundet* och *Astma- och Allergiförbundet* anser att patientlagen behöver följas upp och utvärderas ur ett patient- och brukarperspektiv. Patientorganisationerna bör ha en roll i detta. *Stockholms läns landsting* anser att patientens rätt att välja vårdgivare över landstingsgränserna, vårdgarantin och frågor om samtycke bör belysas särskilt. *Sveriges läkarförbund* anser att fokus på uppföljningen bör ligga på patienternas rätt till en likvärdig och jämlik vård oberoende av bostadsort. *Barnombudsmannen* vill särskilt lyfta fram att det är viktigt att följa reformens genomförande ur ett barnrättsperspektiv. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och ett flertal landsting, bl.a. *Värmlands läns landsting* och *Skåne läns landsting*, anser att uppföljningen även bör omfatta frågor om bl.a. landstingens prioriteringsarbete, de förändrade förutsättningarna till följd av ökat ansvar för öppenvård av patienter som kommer från andra landsting och reformens ekonomiska konsekvenser.

Skälen för regeringens bedömning: Vid sidan av det tillsynsansvar som vilar på Inspektionen för vård och omsorg när det gäller de lämnade förslagen har regeringen för avsikt att återkomma med kompletterande uppdrag till berörda myndigheter avseende uppföljning av patientlagen. Uppföljningen syftar till att säkerställa att den nya lagen och övriga ändringar i lagstiftningen följs och således får den effekt som regeringen önskar, dvs. stärkt ställning och inflytande för patienten. Uppföljningen bör bl.a. ske ur ett tydligt medborgar- och patientperspektiv.

Det har visat sig att många viktiga reformer och initiativ som syftar till att stärka patientens ställning inte har genomförts i hälso- och sjukvården på det sätt som var avsett. Som ett exempel kan nämnas de ändringar i hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 juli 2010, närmare bestämt reglerna om fast vårdkontakt, ny medicinsk bedömning och utökad information till patienten. Som tidigare nämnts har Socialstyrelsen haft i uppdrag att följa upp hur lagändringarna har tillämpats, vilken effekt de har fått och hur väl patienter, personal och hälso- och sjukvårdsverksamheter känner till de aktuella bestämmelserna. I Socialstyrelsens slutrapport framkommer det att bestämmelserna inte är särskilt väl kända bland vare sig hälso- och sjukvårdsverksamheterna, professionerna eller patienterna. Uppföljningen visar även att få patienter har fått tillgång till en fast vårdkontakt och att få landsting har tagit fram direktiv för hur regeln om en ny medicinsk bedömning ska tillämpas.

Frågor som kan vara särskilt relevanta för en uppföljning av genomförandet av patientlagen är således hur patienternas valmöjligheter tillgodoses, tillgången till fast vårdkontakt och en ny medicinsk bedömning samt genomförda informationsinsatser. Den nationella vårdgarantins effekter när det gäller väntetider, möjligheterna till och utnyttjandet av vård hos andra vårdgivare, eventuell förekomst av undanträngning liksom eventuella effekter på utredningstiden och andra ledtider som inte omfattas av garantin bör också följas.

I uppföljningen bör det ingå att se över de nya möjligheterna att välja öppen vård i andra landsting än hemlandstinget. Det är av stor vikt att förslaget inte medför någon negativ påverkan på medicinska behov och prioriteringar. I den här delen av uppföljningen bör det även ingå att se över förslagen om att det är hemlandstingets remissregler som ska gälla

och att landstingets ekonomiska åtagande inte ska innefatta de merkostnader för t.ex. resor och uppehälle som en patient eventuellt ådrar sig i samband med ett vårdtillfälle i ett annat landsting (se avsnitt 14.1).

Kännedomen hos patienter, personal och hälso- och sjukvårdsverksamheter om den nya lagen bör också studeras.

Uppföljningen bör uppmärksamma konsekvenser och effekter för patienter, personal och hälso- och sjukvårdsverksamheter liksom huvudmän. Uppföljningen bör bl.a. omfatta frågor om landstingens prioriteringsarbete, de förändrade förutsättningarna till följd av ökat ansvar för öppenvård av patienter som kommer från andra landsting och reformens ekonomiska konsekvenser.

Eventuella skillnader mellan kvinnor och män, utrikes och inrikes födda och personer med olika utbildningsbakgrund bör uppmärksammas i uppföljningen av samtliga förslag.

Om uppföljningen visar på ett bristande genomförande och/eller oförutsedda effekter är det viktigt att orsakerna till detta redovisas på ett tydligt sätt, vilket möjliggör för regeringen att antingen justera lagstiftningen eller överväga andra åtgärder.

18 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Den nya lagen och lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2015.

Bestämmelsen om landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård till patienter som kommer från andra landsting gäller inte vård som ges enligt avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som ingåtts före ikraftträdandet, så länge avtalet gäller. Efter ikraftträdandet får avtalet inte förlängas utan att bestämmelsen beaktas.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Större delen av remissinstanserna har inte uttalat sig om förslagen.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen har för avsikt att stödja förberedelsearbetet och genomförandet av patientlagen (se avsnitt 17.1). Det handlar framförallt om informationsinsatser. Enligt regeringen skulle ett påskyndat ikraftträdande inte gagna patienterna då det finns risk för att nödvändiga rutiner etc. för att uppfylla de nya kraven inte hinner komma på plats hos de olika vårdgivarna. Regeringen föreslår därför att lagförslagen ska träda i kraft den 1 januari 2015.

Förslaget i det nya andra stycket i 4 § hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, om att landstingen ska erbjuda öppen vård åt dem som omfattas av andra landstings ansvar för hälso- och sjukvård, på i princip samma villkor som de som gäller för de egna invånarna, kräver inte några övergångsbestämmelser för ikraftträdandet när det gäller den hälso- och sjukvård som landstinget bedriver i egen regi.

När det däremot gäller den vård som ges enligt avtal med privata vårdgivare gör regeringen, liksom utredningen, en annan bedömning. Nu gällande avtal har ingåtts utifrån de legala förutsättningar som gällde vid tecknandet av avtalen. Enskilda avtal kan exempelvis innehålla klausuler om att vårdgivaren uteslutande får behandla landstingets egna invånare. Avtalen kan också innebära att den privata vårdgivaren i första hand ska behandla landstingets egna invånare och först i andra hand patienter som kommer från andra landsting, oavsett vilka medicinska behov patienterna har. Avtalen kan även innehålla särskilda regler om ersättning etc. som skulle kunna bli svåra att tillämpa med de ändringar som nu föreslagits. Den nämnda bestämmelsen bör därför inte gälla vård som ges enligt avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalet gäller. Efter ikraftträdandet bör ett sådant avtal inte få förlängas utan att 4 § första stycket HSL beaktas. En övergångsbestämmelse med denna innebörd föreslås därför.

19 Konsekvensanalys

Regeringens bedömning: Förslagets påverkan på det kommunala självstyret är begränsad. Denna begränsade påverkan får anses vara nödvändig med hänsyn till önskan att stärka och tydliggöra patientens ställning i hälso- och sjukvården. Förslagen bedöms således vara proportionerliga och därmed godtagbara.

Förslagen innebär marginella kostnadsökningar för landstingen. Förslagen medför även kostnader för staten engångsvis för stöd till genomförandet och uppföljningen av den nya lagen.

Förslaget om fritt val av utförare kan leda till ökad konkurrens, vilket bör gynna även små företag.

Utredningens bedömning: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna har inte haft några invändningar mot utredningens bedömning eller har inget att erinra mot den. *Statskontoret* menar att en analys av i vilken utsträckning den föreslagna lagstiftningen påverkar kommunernas och landstingens verksamhet och om det får effekt på deras ekonomi bör vara mer ingående än de resonemang som presenteras i betänkandet. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och flera landsting vill beröra att lagförslaget kommer att påverka landstingens möjligheter att genomföra egna prioriteringar inom den öppna vården. De förordar att det inom ramen för det föreslagna nationella utvecklingsarbetet som avser att stödja genomförandet av patientlagen görs särskilda satsningar på frågorna om sjukvårdshuvudmännens prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Uppföljningen av reformen bör även omfatta frågor om bl.a. landstingens prioriteringsarbete och reformens ekonomiska konsekvenser.

Jönköpings läns landsting hävdar att de ekonomiska konsekvenserna av förslaget om ökad valfrihet är svåra att bedöma. *Dalarnas läns*

landsting anser att förslaget avseende valfrihet till specialiserad vård strider mot principen om kommunalt självstyre. *Jämtlands läns landsting* påtalar att en utökad valfrihet kan komma att leda till ökade administrativa kostnader för hantering av t.ex. utomlänbesök. Även administrationen kopplat till ersättning gentemot privata vårdgivare kan komma att öka. *Stockholms läns landsting* saknar i betänkandet en djupare analys av vilka ekonomiska konsekvenser den lagreglerade valfriheten kommer att få eller vilka patientströmmar som skulle kunna väntas med anledning av förändringen. Det finns därför ett starkt behov av uppföljning av reformen. Landstinget delar utredningens bedömning om att samtliga inskränkningar i den kommunala självstyrelsen är proportionerliga med hänsyn till de ändamål som har föranlett dem. *Astma- och Allergiförbundet* anser att förslaget kommer att kosta när det gäller att informera patienterna om den nya lagen. Därför bör staten skjuta till medel.

Skälen för regeringens bedömning

Konsekvenser för det kommunala självstyret

Större delen av förslagen i lagrådsremissen innebär inga nämnvärda nya åtaganden för kommuner och landsting. När det gäller förslagen om hur information ska ges till patienter, samtycke, barns ställning samt hälso- och sjukvård till personer som inte själva kan lämna samtycke så syftar de i stort till att förtydliga vad som redan får anses gälla, i praxis, enligt förarbeten eller genom avtal och överenskommelser landstingen emellan. Dessa förslag bedöms därmed inte påverka det kommunala självstyret. Däremot innebär förslagen om att utvidga möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och att vårdgarantin ska erbjudas till en utökad personkrets vissa nya åtaganden för landstingen och således en inskränkning av det kommunala självstyret. En sådan inskränkning bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Landstingens skyldighet att erbjuda öppen hälso- och sjukvård utvidgas till att även gälla patienter som primärt omfattas av ett annat landstings ansvar (se avsnitt 14). Förslaget påverkar således, i viss utsträckning, möjligheterna för landstingen att bestämma över hur de ska bedriva sin verksamhet. Det kan dock konstateras att landstingen redan idag har gjort frivilliga åtaganden, genom rekommendationen om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården och riksavtalet förutomlänsvård, att erbjuda patienter möjligheten att välja vård i andra landsting. Regeringens uppfattning är att det, då samtliga landsting ställt sig bakom rekommendationen, i praktiken endast blir en mindre inskränkning i det kommunala självstyret.

Regeringens förslag innebär således att det som hittills varit ett frivilligt åtagande för landstingen enligt ovannämnda rekommendation blir en lagstadgad skyldighet för landstingen att erbjuda patienten möjligheten att välja öppenvård i andra landsting. Patienter som kommer från ett annat landsting kommer, till skillnad från idag, att prioriteras på samma sätt som landstingens egna invånare. Regeringens förslag innebär emellertid att landstingen fortfarande kan styra med formella remisskrav.

För att uppnå syftet med bestämmelsen och i realiteten utöka patienters valmöjligheter nationellt anser regeringen att inskränkningen är proportionerlig i förhållande till syftet med förslaget.

Med hänsyn till att förslagen i lagrådsremissen framförallt förtydligar vad som redan gäller och i viss mån lagreglerar praxis på olika områden i hälso- och sjukvården är påverkan på det kommunala självstyret över lag begränsad. Däremot medför förslagen en inskränkning av det kommunala självstyret i de delar som avser en utvidgad möjlighet till en ny medicinsk bedömning och att vårdgarantin ska erbjudas till en utökad personkrets. Denna inskränkning får, enligt regeringens mening, anses vara nödvändig med hänsyn till önskan att stärka och tydliggöra patientens ställning i hälso- och sjukvården samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Regeringen bedömer således att förslagen är proportionerliga och därmed godtagbara.

Ekonomiska konsekvenser

Eftersom några av förslagen i lagrådsremissen, t.ex. val av utförare och den utvidgade möjligheten till en ny medicinsk bedömning, innebär ett utökat lagstadgat åtagande för landstingen kan den kommunala finansieringsprincipen vara tillämplig. Om så är fallet ska landstingen kompenseras för eventuella ökade kostnader till följd av förslagen. Som nämns ovan syftar förslagen om informationsplikten, förtydligandet om patientnämndernas verksamhet, samtycke, barns ställning samt hälso- och sjukvård till vuxna beslutsoförmögna i stort till att förtydliga vad som redan får anses gälla. Dessa förslag bör således inte innebära några ökade kostnader för landstingen.

Förslaget om ett fritt val av utförare i öppen vård (avsnitt 14.1) går enligt regeringens uppfattning inte utöver vad landstingen redan idag sinsemellan har avtalat om i enlighet med den ovan nämnda rekommendationen. Det är den enskilde patientens medicinska behov som ska vara avgörande för om öppen vård ska erbjudas i ett annat landsting än det där patienten är hemmahörande. Det innebär rimligen att patientens hemlandsting ändå skulle fått bekosta vård för patienten. Enligt regeringen får därför förslaget i allt väsentligt betecknas som ett ”nollsummespel” där landsting tar emot patienter från andra landsting, vilket genererar en intäkt för landstinget, och bekostar öppen vård i andra landsting för patienter som valt att få sin vård där. Regeringen menar, i likhet med utredningen, att det finns ingenting som talar för att patienter, som en direkt följd av förslaget, i så mycket högre grad än vad som sker idag kommer att resa till andra landsting i syfte att erhålla vård. Uppföljningar av vårdval i primärvården visar bl.a. att patienter värdesätter geografisk närhet och kontinuitet när det gäller val av utförare. Vidare visar statistik från SKL att utomlänsvården svarar för cirka fyra procent av den totala nettokostnaden för samtliga landstings hälso- och sjukvård. Eftersom förslaget om val av utförare redan idag regleras i rekommendationen från SKL och det s.k. Riksavtalet för utomlänsvård anser regeringen att förslagen inte kommer medföra några ökade kostnader för landstingen. Detta eftersom landstingen redan idag har kostnader för t.ex. administration av patienter som kommer från ett annat landsting. Förslaget kommer däremot innebära ett utökat

planeringsansvar för landstingen. Regeringen avser dock att tillfälligt stödja det arbetet (se nedan).

När det gäller den utvidgade möjligheten till en ny medicinsk bedömning (avsnitt 13) kan konstateras att en viss ökning av antalet sådana bedömningar kan förutses. Omfattningen av denna ökning är svår att förutsäga. Det är bl.a. oklart hur stor inverkan är av övriga kvarvarande begränsningar i lagstiftningen när det gäller möjligheten till en ny medicinsk bedömning. Det handlar dock även i fortsättningen om en mycket begränsad grupp patienter som kan komma ifråga för en ny medicinsk bedömning. Förslaget bedöms således endast ha marginella ekonomiska konsekvenser för landstingen. Samma bedömning gjordes när möjligheten till en ny medicinsk bedömning infördes i hälso- och sjukvårdslagen 1999 och när en ändring av bestämmelsen gjordes 2010 som innebär att möjligheten att få en ny bedömning utvidgades till fler personer. Remissinstanserna har inte påtalat att förslaget kommer innebära några ökade kostnader för landstingen. Förslaget bedöms indirekt leda till positiva ekonomiska konsekvenser, eftersom bestämmelsen har som syfte att skapa trygghet åt särskilt sjuka och sårbara personer. En patient som känner tillit och förtroende för sin läkare och den behandling som han eller hon föreslår, kan förväntas delta mer aktivt i behandlingen och följa de rekommendationer som ges. Detta är viktigt för att vården ska kunna ha avsedd verkan och nå bästa slutresultat. Regeringen gör bedömningen att en utökad möjlighet till en ny medicinsk bedömning kan bidra till en sådan förståelse och deltagande från patientens sida och att det i sig kan skapa förutsättningar för vården att vara mer effektiv.

Förslagen innebär vidare att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti utvidgas till att omfatta fler personer (se avsnitt 14.2). Det finns enligt regeringen inget som visar att detta kommer att medföra ökade kostnader för landstingen. Ett fortsatt arbete för att stärka tillgängligheten och korta väntetider för fler patienter medför snarare en potential för landstingen att använda tillgängliga resurser mer effektivt. Regeringens åtgärder inom området de senaste åren, bl.a. i form av den s.k. kömiljarden (se avsnitt 15.1), har haft syftet att bistå landstingen i detta arbete.

Några av förslagen, t.ex. möjligheten för patienter att få skriftlig information, kan komma att innebära merarbete för hälso- och sjukvårdspersonalen genom viss ökad administration. Samtidigt ska hälso- och sjukvårdspersonalen redan idag, för att uppfylla kraven på individuellt anpassad information i hälso- och sjukvårdslagen, ge patienten skriftlig information om det behövs för att patienten ska förstå betydelsen av informationen. Studier pekar dessutom på att god information påverkar vården positivt. Man har funnit effekter som kortare väntetider, mindre eller färre behandlingar, större patient-tillfredsställelse och bättre medicinskt resultat. Förslaget om möjligheten för patienter att få skriftlig information bedöms sammantaget leda till marginella kostnadsökningar för landstingen.

Regeringen anser att det är svårt att uppskatta vilka eventuella kostnader som kan uppstå men bedömningen är att förslagen i lagrådsremissen endast innebär marginella kostnadsökningar för landstingen. Någon kompensation i enlighet med den kommunala finansierings-

principen bedöms därmed inte vara aktuell. Samtidigt visar forskning och flera studier på att ökad delaktighet för patienter ger nöjdare patienter, kan leda till bättre följsamhet till insatta behandlingar, färre komplikationer och i slutändan viss kostnadsminskning. Att beräkna storleken på dessa vinster är emellertid inte möjligt.

I avsnitt 17 har regeringen aviserat att man avser att stödja olika insatser för att stödja och följa upp den nya lagen. Enligt budgetpropositionen för 2014 kommer totalt 24 miljoner kronor att avsättas under perioden 2014-2016. Det kan t.ex. handla om att ge stöd i arbetet med sjukvårdshuvudmännens prioriteringar och planeringen av hälso- och sjukvården.

Andra konsekvenser

Enligt regeringens bedömning medför förslagen inte några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för jämställdheten mellan kvinnor och män, för brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Förslaget om fritt val av utförare i den öppna vården kan dock leda till ökad konkurrens inom hälso- och sjukvården, vilket bör gynna även små företag. Förslaget medför enligt regeringens uppfattning att något särskilt upphandlingsförfarande inte blir aktuellt under förutsättning att den privata utföraren har ett kontrakt med det landsting inom vars område denne är etablerad. Förslaget kan därmed sägas innebära en förenkling för privata utförare och i synnerhet för små företag.

20 Författningskommentar

20.1 Förslaget till patientlag

1 kap. Inledande bestämmelser

1 § Denna lag syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Lagen innehåller bestämmelser om

- tillgänglighet (2 kap.),*
- information (3 kap.),*
- samtycke (4 kap.),*
- delaktighet (5 kap.),*
- fast vårdkontakt och individuell planering (6 kap.),*
- val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.),*
- ny medicinsk bedömning (8 kap.),*
- val av utförare (9 kap.),*
- personuppgifter och intyg (10 kap.),*
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).*

Paragrafens *första stycke* beskriver lagens syfte. Paragrafens *andra stycke* redogör för lagens struktur och syftar till att ge en överblick över de olika kapitlens innehåll.

Med patient avses den som på eget initiativ eller på annat sätt etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt eget hälsotillstånd (jfr. prop. 1993/94:149 s. 77).

2 § Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman.

Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting som huvudman.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.

De allra flesta bestämmelserna i patientlagen gäller inom all hälso- och sjukvårdsverksamhet, oavsett vem som är huvudman och vem som finansierar vården. Av paragrafens *första stycke* framgår att bl.a. bestämmelserna om individuella planer och val av behandlingsalternativ och hjälpmedel enbart gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman. Av *andra stycket* följer att bestämmelserna om vårdgaranti, val av fast läkar-kontakt, ny medicinsk bedömning och val av utförare inom offentligt finansierad öppen hälso- och sjukvård enbart gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet där ett landsting är huvudman. Ett landsting är huvudman även när vården utförs av privata vårdgivare med avtal med landstinget eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Bestämmelsen innebär ingen skillnad gentemot vad som gäller i dag.

3 § Lagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.

Paragrafen innebär att patientlagen inte gäller tandvårdsverksamhet.

4 § Bestämmelser om landstings, kommuners och privata vårdgivares skyldigheter och ansvar finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienter finns i patientsäkerhetslagen (2010:659).

Paragrafen hänvisar till hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, och patientsäkerhetslagen (2010:659). HSL innehåller bl.a. bestämmelser om vilken personkrets som omfattas av landstingens och kommunernas ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård samt bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas som gäller samtliga vårdgivare, dvs. såväl offentliga som privata. Bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienterna finns i patientsäkerhetslagen.

5 § Med hälso- och sjukvård avses i denna lag dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.

Paragrafen har utformats med definitionen av hälso- och sjukvård i 1 § HSL som förebild. Definitionen i denna lag omfattar dock inte omhändertagande av avlidna.

Förarbeten till 1 § HSL finns i prop. 1981/82:97 s. 29 ff. och s. 110 ff.

6 § Målet med hälso- och sjukvården 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.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.

Paragrafens *första stycke* innehåller en bestämmelse om målet med hälso- och sjukvården och i *andra stycket* uttrycks de människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciper som riksdagen ställt sig bakom. Motsvarande bestämmelser finns i 2 § HSL. I den nya lagen används dock uttrycket "Målet med hälso- och sjukvården" för att bestämmelsen ska överensstämma med definitionen av hälso- och sjukvård som olika åtgärder.

Förarbeten till 2 § HSL finns i prop. 1981/82:97 s. 20 ff. och s. 112 ff. samt i prop. 1996/97:60 s. 18 f. och s. 40 f.

7 § Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.

Paragrafen innehåller grundläggande krav på den hälso- och sjukvård som ges. Bestämmelser om att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet

samt att patienten ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav finns i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. Att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet följer redan i dag av 2 a § första stycket 1 HSL. Den föreslagna paragrafen innebär att en motsvarighet till de nämnda bestämmelserna även finns i den nya patientlagen.

Förarbeten till 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen finns i prop. 1978/79:220 s. 43 f., prop. 1993/94:149 s. 63 f. och s. 118 samt prop. 1997/98:109 s. 151. Förarbeten till 2 a § HSL finns i prop. 1981/82:97 s. 116.

8 § När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

Paragrafen behandlas i avsnitt 10.1.

Vad som är barnets bästa måste avgöras utifrån förhållandena i varje enskilt fall. Bedömningen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska, beroende på barnets ålder och mognad, utgå från underlag från vårdnadshavare och det som barnet själv ger uttryck för. I vissa fall kan det även vara relevant att inhämta underlag från andra personer som har kunskap om barnet. Så långt som möjligt bör såväl långsiktiga som kortsiktiga konsekvenser av att exempelvis ge eller avstå från att ge barnet viss vård eller behandling beaktas. Med barn avses personer under 18 år.

9 § Bestämmelser om habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för vardagstolkning finns i 3 b och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Paragrafen hänvisar till bestämmelser i HSL om landstings respektive kommuners skyldighet att erbjuda vissa insatser för personer med funktionsnedsättning.

2 kap. Tillgänglighet

1 § Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.

Paragrafen motsvarar 2 a § första stycket 2 HSL. Förarbeten till den bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 57 och s. 117.

2 § Patienten ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.

Paragrafen motsvarar i sak 2 a § tredje stycket HSL. Förarbeten till den bestämmelsen finns i prop. 1996/97:60 s. 40 f. och s. 44.

3 § Enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. besöka läkare inom primärvården,

3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15 och 15.1.

Paragrafen hänvisar till och redovisar delvis innehållet i 3 g § HSL. Enligt den bestämmelsen ska landstingen erbjuda vissa patienter vårdgaranti. Förarbeten till paragrafens nuvarande lydelse finns i prop. 2009/10:67 s. 36 ff. och s. 78 f.

I förordningen (2010:349) om vårdgaranti finns bestämmelser om bl.a. längsta tillåtna väntetider inom ramen för vårdgarantin.

4 § Om vårdgarantin enligt 3 § 3 eller 4 inte uppfylls, ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15 och 15.1.

Paragrafen motsvarar i sak 3 h § HSL. Förarbeten till den bestämmelsen finns i prop. 2009/10:67 s. 51 ff. och s. 79 f.

3 kap. Information

1 § Patienten ska få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
7. eftervård, och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.1.

En motsvarighet till *punkterna 1 och 2* finns i 2 b § första stycket 1 och 2 HSL och 6 kap. 6 § första stycket 1 och 2 patientsäkerhetslagen i paragrafernas nuvarande lydelse. Förarbeten till dessa bestämmelser finns i prop. 1978/79:220 s. 43 f., prop. 1981/82:97 s. 119 och prop. 1998/99:4 s. 46 och s. 48 f. I informationsskyldigheten enligt punkt 1 får bl.a. anses ligga att informera om resultatet av undersökningar, provtagningar och dylikt. Kravet enligt punkt 2 får anses innefatta att även informera om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns i andra landsting eller utomlands, om dessa är i enlighet med internationell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt så pass vedertagna att det är rimligt att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till dem. Se även 2 § 1 och 4.

Punkt 3 motsvarar det tillägg till de ovan nämnda paragraferna i HSL och patientsäkerhetslagen om information om hjälpmedel som föreslås i prop. 2013/14:67 Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel, se s. 27 f., s. 36 och s. 38. Patienten ska få information om vilka hjälpmedel som finns att tillgå och om möjligheterna att påverka vilket hjälpmedel som förskrivs.

I *punkterna 4–7* förtydligas vad som i stort sett kan anses gälla redan idag enligt de nämnda bestämmelserna om informationskyldighet i HSL och patientsäkerhetslagen.

Skyldigheten enligt *punkt 4* att informera om den förväntade tidpunkten för vård har inget samband med vårdgarantin, utan gäller oavsett om vården kan ges inom ramen för vårdgarantin eller inte. Informationen bör ges så snart den är tillgänglig.

Med ”det förväntade vård- och behandlingsförloppet” i *punkt 5* avses en beskrivning av vad patienten normalt sett kan förvänta sig. Uttrycket innefattar de åtgärder som är aktuella och följderna av dem, men även hur patienten kan antas må och fungera efter att ha fått vård.

Med ”väsentliga risker för komplikationer och biverkningar” i *punkt 6* avses risker som inte är försumbara. Informationskyldigheten kan inte anses omfatta alla tänkbara risker och komplikationer som ett ingrepp kan leda till, exempelvis mycket sällsynta komplikationer. Om däremot en biverkan av en behandling är förhållandevis ovanlig men mycket allvarlig, får den anses utgöra en väsentlig risk för patienten som han eller hon bör få information om. Kravet på information måste i denna del stå i rimligt förhållande till den planerade behandlingen.

Det är av stor vikt att patienten får information även om vad som händer när han eller hon har lämnat hälso- och sjukvårdsinrättningen. Patienten ska därför enligt *punkt 7* informeras om eftervård, dvs. uppföljande behandling, exempelvis läkemedelsbehandling, diet eller rehabilitering. Informationen bör ges så snart som möjligt, men senast då patienten lämnar vårdinrättningen.

Punkt 8 motsvarar i sak nuvarande andra meningen i 2 c § HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1984/85:181 s. 94 ff. och i bet. 1984/85:SoU28 s. 13 f.

Paragrafen är inte avsedd att tolkas uttömmande eller som en checklista. Om patienten behöver ytterligare information måste sådan naturligtvis ges. Å andra sidan är det inte alla gånger aktuellt att informera enligt samtliga punkter i paragrafen. Informationen ska således anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet.

Vårdgivarnas ansvar enligt ovannämnda 2 b § HSL medför en skyldighet att organisera verksamheten så att kravet på fullgod information till patienten kan upprätthållas (prop. 1998/99:4 s. 46). I 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen regleras hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för att ge information. Dessa bestämmelser ändras på så sätt att det där hänvisas till bestämmelserna om information i 3 kap. patientlagen.

2 § Patienten ska även få information om

- 1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,*
- 2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,*
- 3. vårdgarantin, och*
- 4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.2.

Punkt 1 motsvaras, när det gäller information om möjligheten att välja vårdgivare och utförare, av 2 b § första stycket 3 HSL och 6 kap. 6 § första stycket 3 patientsäkerhetslagen i sin nuvarande lydelse. Förarbeten finns i prop. 2009/10:67 s. 46 ff., s. 76 f. och s. 81.

Enligt punkt 1 ska patienten även få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ och fast läkarkontakt. Materiella bestämmelser om detta finns i 7 kap. 1 § respektive 6 kap. 3 §.

Av *punkt 2* följer att patienten ska få information om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt, vilket regleras närmare i 8 kap. 1 § respektive 6 kap. 2 §.

Punkt 3 om vårdgarantin har en motsvarighet i 2 b § första stycket 4 HSL och 6 kap. 6 § första stycket 4 patientsäkerhetslagen i sin nuvarande lydelse. Förarbeten finns i prop. 2009/10:67 s. 46 ff., s. 76 f. och s. 81.

Försäkringskassan handlägger ärenden såväl enligt förordningen (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen som enligt lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet. Bestämmelsen i *punkt 4* innebär att patienten ska få information om att Försäkringskassan kan lämna upplysningar om möjligheten att få ersättning för vård i annat EES-land eller i Schweiz. Bestämmelsen innebär däremot inte att hälso- och sjukvårdspersonalen ska redogöra för innehållet i det EU-rättsliga regelverket eller ta ställning till möjligheten att få ersättning.

Information enligt paragrafen behöver, liksom information enligt 1 §, enbart lämnas när det är aktuellt i det enskilda fallet. Exempelvis är det inte relevant att informera om vårdgarantin om vården kan erbjudas direkt, att informera om de valmöjligheter en patient har vid ett enstaka enklare besök på en vårdcentral eller att informera om möjligheten att ansöka om ersättning för vård i ett annat EES-land då en patient behöver akutsjukvård. Inom den privat finansierade vården är det sällan aktuellt att informera om vårdgarantin, valmöjligheter inom den offentligt finansierade vården eller möjligheten till ersättning för vård i andra länder.

3 § När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information enligt 1 och 2 §§.

Paragrafen behandlas i avsnitt 10.3.

Den som har vårdnaden om ett barn (normalt sett en förälder) har ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov av omvårdnad blir tillgodosett (6 kap. 1 och 2 §§ föräldrabalken). Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter men ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § föräldrabalken).

Barn har samma rätt till information enligt 1 och 2 §§ som vuxna patienter har. Informationen måste dock anpassas till barnets ålder och mognad enligt vad som anges i 6 §.

Den aktuella paragrafen innebär att barnets vårdnadshavare, i egenskap av ställföreträdare för barnet i personliga angelägenheter, också ska få information enligt 1 och 2 §§. Av 5 § följer dock att information inte får lämnas om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (se även 10 kap.

2 §). Särskilda bestämmelser om sekretess i förhållande till vårdnadshavare finns i 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. Information som ska lämnas enligt 1 § omfattas i stor utsträckning av hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 25 kap. 1 § OSL. Enligt 12 kap. 3 § OSL gäller sekretess till skydd för ett barn även i förhållande till dennes vårdnadshavare. Sekretessen gäller dock inte i den utsträckning vårdnadshavaren enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, såvida det inte kan antas att barnet lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren eller det annars anges i OSL. Kravet att det men som kan befaras vid utlämnandet ska vara betydande innebär att sekretess gäller i förhållande till vårdnadshavare t.ex. om barnet kan skadas allvarligt psykiskt, fysiskt eller på annat sätt om uppgiften lämnas. Det torde i praktiken betyda att det i det enskilda fallet ska finnas speciella skäl som tyder på att en uppgift om barnet kan komma att missbrukas av vårdnadshavaren i något avsevärt hänseende (se prop. 1988/89:67 s. 38).

I takt med att barnet blir äldre och mognare övergår rätten att förfoga över sekretessen mer och mer till barnet. När barnet har uppnått en viss mognad och utveckling har vårdnadshavarna inte längre rätt att med stöd av 12 kap. 3 § OSL utan barnets samtycke få sekretessbelagd information om honom eller henne.

Har ett barn två vårdnadshavare ska informationen som regel ges till båda (jfr. 6 kap. 13 § föräldrabalken). Vid enklare åkommor torde detta inte vara nödvändigt. I många fall kan det också förutsättas att den vårdnadshavare som tar med sig ett barn till exempelvis ett läkarbesök vidarebefordrar den information som läkaren lämnar till den andra vårdnadshavaren.

4 § Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället lämnas till en närstående till honom eller henne.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.

Paragrafen motsvaras av 2 b § andra stycket första meningen HSL och 6 kap. 6 § andra stycket första meningen patientsäkerhetslagen i sin nuvarande lydelse. Förarbeten till dessa bestämmelser finns i prop. 1978/79:220 s. 43 f., prop. 1981/82:97 s. 51 och s. 119, prop. 1993/94:149 s. 118 f. och prop. 1996/97:60 s. 44.

Bestämmelsen avser enbart fall där information inte kan lämnas till patienten. Även i fall där patienten är i stånd att ta emot information kan det dock vara lämpligt att närstående informeras om t.ex. patientens hälsotillstånd. En skadeprövning enligt tillämpliga bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt ska dock alltid göras, se kommentaren till 5 §.

Vem som är närstående får avgöras från fall till fall. Med närstående avses i första hand familjen och andra anhöriga, men även andra, som t.ex. mycket nära vänner, kan i det enskilda fallet vara att anse som närstående (jfr. prop. 1996/97:60 s. 44).

5 § Informationen får inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.

Paragrafen motsvaras delvis av 2 b § andra stycket andra meningen HSL och 6 kap. 6 § andra stycket andra meningen patientsäkerhetslagen i sin nuvarande lydelse. Förarbeten till bestämmelserna finns i prop. 1980/81:28 s. 27, prop. 1981/82:97 s. 51 och prop. 1984/85:181 s. 96 f.

I de nämnda paragraferna hänvisas till vissa bestämmelser i OSL och patientsäkerhetslagen om sekretess och tystnadsplikt. Dessa paragrafer gäller enbart i förhållande till den enskilde patienten själv. Någon motsvarande hänvisning görs inte i den aktuella paragrafen eftersom det främst är andra bestämmelser som kan hindra ett utlämnande av information till närstående. Som huvudregel gäller t.ex. hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 25 kap. 1 § OSL även i förhållande till närstående.

Se även kommentaren till 10 kap. 3 §.

6 § *Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.*

Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.

I 2 b § HSL och 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen i sin nuvarande lydelse anges att information till patienten ska vara individuellt anpassad. *Första stycket* i förevarande paragraf innebär ett förtydligande och utvecklande av de nämnda bestämmelserna. Paragrafen gäller inte bara information till patienten utan även till andra mottagare, dvs. främst vårdnadshavare eller andra närstående.

Informationen ska anpassas till mottagarens ålder och mognad. Underåriga patienter har samma rätt till information som andra och ska därmed i princip alltid informeras om bl.a. sitt hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling samt det förväntade vårdförloppet. Informationen måste emellertid anpassas till barnets ålder och mognad. När patienten är ett spädbarn är det naturligtvis tillräckligt att vårdnadshavarna får information. Även mycket små barn kan emellertid ta till sig viss information, exempelvis om sitt hälsotillstånd. Informationen ska utformas med omsorg och ges på ett hänsynsfullt sätt utifrån barnets mognad och situation i övrigt. Det kan även finnas anledning att anpassa informationen då mottagaren är äldre.

Informationen ska vidare anpassas efter mottagarens erfarenhet. Därmed avses mottagarens tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvården, men även övriga erfarenheter som bl.a. kan ha betydelse för vilken förståelse han eller hon har av exempelvis skeenden i kroppen.

Informationen ska även anpassas efter mottagarens språkliga bakgrund. Patienter som inte förstår eller talar svenska fullt ut har rätt till samma goda information som andra patienter. Hälso- och sjukvårdens verksamheter bör vid behov anlita tolk och har ett ansvar för att utforma sin information så att den blir tillgänglig för alla.

Informationen ska även anpassas efter mottagarens andra individuella förutsättningar, såsom utbildningsbakgrund, könsidentitet, religion, kognitiva och andra funktionsnedsättningar, livssituation eller andra omständigheter som kan påverka hur informationen bör ges.

Enligt *andra stycket* ska mottagarens önskan om att avstå från information respekteras.

7 § Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.

För att den nya lagens bestämmelser om samtycke, delaktighet och valmöjligheter ska få genomslag i praktiken krävs en dialog som bara kan komma till stånd om mottagaren förstår den information som ges. I *första stycket* fastslås därför att den som ger informationen har ett ansvar för att så som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Detta gäller oavsett om mottagaren är en patient, vårdnadshavare eller annan närstående till en patient.

För många patienter kan det vara svårt att till fullo ta till sig den muntliga information som ges under besöket i hälso- och sjukvården. Informationen kan vara detaljerad och patienten är ofta i en ovan och ibland även svår situation. Informationen ska därför enligt *andra stycket* lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.

4 kap. Samtycke

1 § Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.

Paragrafen motsvarar i sak 2 a § första stycket 3 HSL. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1981/82:97 s. 50, s. 58 och s. 117 f.

2 § Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap.

Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.

Den grundläggande principen om att vård inte får ges utan samtycke om inte annat följer av lag gäller i dag med stöd av annan lagstiftning. Paragrafens *första stycke* är avsett att tydliggöra denna princip för patienter, närstående och hälso- och sjukvårdspersonal. Ett samtycke kan endast anses vara giltigt om det föregåtts av information som gör det möjligt för patienten att fatta beslut i den aktuella frågan. Undantag från bestämmelsen får endast meddelas i lag, se exempelvis lagen

(1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Även i patientlagen införs en bestämmelse om vård utan samtycke, se 4 § detta kapitel.

Av paragrafens *andra stycke* framgår att ett samtycke till hälso- och sjukvård kan lämnas skriftligt, muntligt eller genom patientens handlande, s.k. konkludent samtycke. Bestämmelsen gäller inte i det fall det i speciallagstiftning ställs krav på en viss form för samtycket. Exempelvis krävs det enligt 6 § lagen (1995:831) om transplantation m.m. skriftligt samtycke från levande donatorer i vissa fall.

Av *tredje stycket* framgår att patienten när som helst kan ta tillbaka sitt samtycke. En patient som inte samtycker till viss vård eller behandling ska få information om vilka konsekvenser det kan få att vården därigenom inte kan genomföras. Informationen måste ges på ett hänsynsfullt sätt och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

3 § När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Paragrafen behandlas i avsnitt 10.2.

Paragrafen, som kompletterar bestämmelserna om samtycke i 2 §, avser att kodifiera den praxis som utvecklats när det gäller barns inflytande inom vården. Paragrafen har sin grund i bestämmelsen i 6 kap. 11 § föräldrabalken om att i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål i frågor som rör barnets personliga angelägenheter.

Av *första meningen* framgår att barns inställning till viss vård eller behandling ska klarläggas så långt som möjligt. Att ett spädbarns inställning inte kan klarläggas torde stå klart. Även mycket små barn kan emellertid ha en inställning till en åtgärd och det är viktigt att ge barnet utrymme att få uttrycka sin åsikt.

Av *andra meningen* framgår att barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Vilken mognad som krävs för att ett barns inställning ska tillmätas betydelse måste utredas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av den planerade vårdens art och angelägenhetsgrad. Som utgångspunkt är det vårdnadshavaren som har beslutanderätt i frågor som rör barnet. Det är dock inte nödvändigt att i alla situationer inhämta samtycke från vårdnadshavaren. Det centrala för bedömningen av om barnet ska anses moget nog att ensamt få besluta om viss vård eller behandling är om barnet kan tillgodogöra sig relevant information och överblicka vilka konsekvenser som hans eller hennes beslut kan få. Det krävs en avsevärd mognad för att ett barn ska kunna ta ställning till mer omfattande behandlingar och ingrepp. Yngre barn kan däremot på egen hand i vissa fall samtycka till enklare åtgärder.

Barnets möjlighet att bestämma får inte medföra att vårdnadshavaren fransäger sig sitt ansvar som beslutsfattare utan att barnet känner sig moget för det. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör också göra väl avvägda mognadsbedömningar som inte resulterar i att barn avkrävs beslut som de inte känner sig mogna att fatta.

4 § Patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

Paragrafen behandlas i avsnitt 9.

Bestämmelsen utgör ett undantag från huvudregeln i 2 § och innebär att hälso- och sjukvårdspersonal i en nödsituation med stöd av paragrafen ska kunna ge hälso- och sjukvård till en patient som inte är i stånd att samtycka till vården.

Det är enbart sådan vård som behövs för att avvärja en fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa som får ges utan patientens samtycke. Det ska således vara fråga om sådan nödvändig vård som inte kan anstå tills en patient eventuellt själv kan ta ställning till åtgärden. Bestämmelsen gäller enbart i situationer där det handlar om att rädda patientens liv eller i övrigt för att undvika svåra konsekvenser för hans eller hennes hälsa.

Paragrafen avser situationer då en patients vilja på grund av medvetlöshet eller av annan orsak inte kan utredas. Andra orsaker till att patienten inte kan ge sitt samtycke än att han eller hon är medvetlös kan vara att patienten är okontaktbar på grund av chock, är på väg in i medvetlöshet eller är påverkad av exempelvis narkotiska preparat. Bestämmelsen är även tillämplig när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation.

Under den tid ett akut eller i övrigt nödvändigt omhändertagande pågår får en nödsituation anses vara för handen. När så inte längre är fallet kan vård inte längre ges med stöd av denna bestämmelse, även om patienten fortfarande inte är i stånd att uttrycka sin vilja. Bestämmelsen ska således inte tillämpas för att t.ex. fortlöpande kunna bereda en person som är varaktigt beslutoförmögen hälso- och sjukvård som inte är av akut karaktär.

5 kap. Delaktighet

1 § Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.

Paragrafen motsvaras i sak av 2 a § andra stycket första meningen HSL i sin nuvarande lydelse och 6 kap. 1 § tredje meningen patientsäkerhetslagen. Förarbeten till paragraferna finns i prop. 1978/79:220 s. 20 och 44 samt i prop. 1981/82:97 s. 50, s. 54 och s. 119.

2 § En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

Paragrafen behandlas i avsnitt 11.

Patienter medverkar redan i dag i många olika former och grader i sin egen vård. I samråd med hälso- och sjukvårdspersonalen kan en patient själv utföra även relativt avancerade åtgärder, t.ex. dialysbehandling eller behandling av diabetes. I den aktuella paragrafen tydliggörs att ett

minimikrav för patientmedverkan är att det dels finns en viljeyttring avgiven, dels att patienten, utifrån sina individuella förutsättningar, ska kunna medverka praktiskt. Av föreskrifter från Socialstyrelsen framgår bl.a. att en hälso- och sjukvårdsåtgärd inte får bedömas som egenvård om det finns risk för att patienten skadas.

3 § Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

Paragrafen behandlas i avsnitt 11.

Paragrafen rör möjligheten för patientens närstående att medverka dels i utformandet av vården, dels vid själva genomförandet av främst egenvård. En närståendes medverkan förutsätter att det anses lämpligt att han eller hon deltar och att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte sätter hinder i vägen. Om patienten motsätter sig att en närstående medverkar bör det normalt sett inte anses lämpligt att involvera denne i vården. Detta gäller oavsett om det ur sekretesssynpunkt inte finns några hinder mot att låta den närstående delta. I lämplighetsbedömningen ingår även att utvärdera om den närstående har praktiska förutsättningar för att medverka. Han eller hon måste givetvis också uttrycka någon form av egen önskan om att få vara delaktig.

Som närstående räknas bl.a. patientens vårdnadshavare, egna barn och övriga familj samt andra personer som patienten står nära, t.ex. mycket nära vänner.

Underåriga patienter måste ses i ett sammanhang där vårdnadshavarnas medverkan ofta är av stor vikt för att hälso- och sjukvården ska få eftersträvat resultat. När det gäller små barn är en samverkan med vårdnadshavarna ofta nödvändig för att kunna utreda vad som är det enskilda barnets bästa i den aktuella situationen. Även då en underårig patient är mogen nog att ensam fatta beslut om en insats (se 4 kap. 3 §) bör hälso- och sjukvårdspersonalen i normala fall sträva efter att involvera vårdnadshavarna om inte patienten motsätter sig det. I vissa situationer är dock en samverkan eller kontakt med ett barns vårdnadshavare inte lämplig utifrån barnets bästa.

6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering

1 § Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.

Paragrafen motsvarar i sak delar av 2 a § första stycket 1 och 5 HSL samt nuvarande andra meningen i andra stycket i samma paragraf. Förarbeten till de bestämmelserna finns i prop. 1981/82:97 s. 56 och s. 116, prop. 1984/85:181 s. 94 ff. samt prop. 2005/06:115 s. 46 ff.

2 § En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.

Paragrafen motsvarar i sak delar av 29 a § HSL. Förarbeten finns i prop. 2009/10:67 s. 59 ff. och s. 80 f.

3 § Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.

Paragrafen motsvarar i sak delar av 5 § andra stycket första meningen HSL. Förarbeten till bestämmelsens nuvarande lydelse finns i prop. 1994/95:195 s. 41 f. och s. 80 f.

Att bestämmelsen enbart gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med landstinget som huvudman förtydligas i 1 kap. 2 § andra stycket.

4 § För en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.

Paragrafen hänvisar till den bestämmelse i HSL som beskriver under vilka förutsättningar en individuell plan ska upprättas samt vilket innehåll en sådan plan ska ha.

7 kap. Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel

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

Patienten har inte rätt att välja en sådan behandling som kommunen ansvarar för enligt 18 § första–tredje styckena hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kommun kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Paragrafen behandlas i avsnitt 12.

Paragrafen motsvarar i sak 3 a § första stycket HSL, 18 a § samma lag och 6 kap. 7 § första stycket patientsäkerhetslagen i bestämmelsernas nuvarande lydelse. Förarbeten till de bestämmelserna finns i prop. 1998/99:4 s. 25 ff. och s. 46 ff. samt i prop. 2009/10:67 s. 54 och s. 78.

Liksom i dag kan patienten välja behandlingsalternativ även inom den enskilda hälso- och sjukvården, under förutsättning att det upphandlingsrättsliga regelverket följs. Även behandlingsalternativ inom den slutna vården omfattas av paragrafen.

Paragrafen kan bli tillämplig även när en patient väljer utförare i ett annat landsting än det egna med stöd av 9 kap. 1 § denna lag och 4 § HSL. De bestämmelserna avser dock enbart öppen hälso- och sjukvård.

Andra stycket innebär inskränkningar i rätten att välja behandlingsalternativ inom den kommunala hälso- och sjukvården, exempelvis sådan specifik omvårdnad som utförs av sjuksköterskor inom den kommunala

äldreomsorgen. Någon ändring i sak i förhållande till vad som i dag gäller enligt 18 a § andra stycket HSL är inte avsedd.

HSL och patientsäkerhetslagen ändras på så sätt att det där i stället hänvisas till förevarande paragraf när det gäller landstingets eller kommunens skyldighet att ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ respektive hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka till att patienten ges en sådan valmöjlighet.

2 § När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.

Paragrafen behandlas i avsnitt 12.

Paragrafen motsvarar det förslag om patientens möjlighet att välja hjälpmedel som föreslås i prop. 2013/14:67 Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel, se s. 24 f. och s. 36 f.

När det gäller landstingets skyldighet att ge patienten möjlighet att välja hjälpmedel följer det av 3 b § första stycket HSL att denna möjlighet enbart gäller dem som är bosatta i eller som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget. Kommunens skyldighet att erbjuda patienten möjlighet att välja hjälpmedel gäller enbart patienter som omfattas av kommunens ansvar enligt 18 b § första eller andra stycket HSL.

8 kap. Ny medicinsk bedömning

1 § En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en ny medicinsk bedömning.

Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om

1. behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och

2. det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Paragrafen behandlas i avsnitt 13.

Paragrafen motsvaras delvis av 3 a § andra stycket HSL och 6 kap. 7 § andra stycket patientsäkerhetslagen i sin nuvarande lydelse. Förarbeten till bestämmelserna finns i prop. 1998/99:4 s. 28 ff., s. 47 f. och s. 50 samt prop. 2009/10:67 s. 65 ff, s. 78 och s. 81.

Uttrycket ”förnyad medicinsk bedömning” ersätts av ”ny medicinsk bedömning” i syfte att förtydliga att avsikten inte är att exempelvis samma läkare ska förnya sin bedömning på egen hand eller i samråd med kollegor.

Möjligheten att få en ny medicinsk bedömning begränsas i de ovannämnda bestämmelserna i HSL och patientsäkerhetslagen till att gälla endast om det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Denna begränsning finns inte i den aktuella paragrafen.

Syftet är att göra det lättare för patienter att få en ny medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Andra stycket innebär att om den nya medicinska bedömningen leder till att patienten önskar ett annat behandlingsalternativ ska detta önskemål tillgodoses om den valda behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (jfr. 7 kap. 1 §).

För patienter som är aktuella för en ny medicinsk bedömning, dvs. patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada, bör toleransen för kostnadsökningar vara betydligt större än om det rör sig om mindre allvarliga tillstånd.

Liksom i dag gäller att patienten kan få en ny medicinsk bedömning såväl inom som utom det egna landstinget. Med ”det egna landstinget” avses det landsting som primärt ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till personen i fråga.

Av 1 kap. 2 § följer att förevarande paragraf endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet där landstinget är huvudman.

I HSL och patientsäkerhetslagen hänvisas fortsättningsvis till den aktuella paragrafen när det gäller landstingets ansvar att erbjuda en ny medicinsk bedömning respektive hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka till att patienten får en sådan bedömning.

9 kap. Val av utförare

1 § En patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Paragrafen behandlas i avsnitt 14.1.

Paragrafen beskriver patientens möjlighet att inom eller utom det egna landstinget välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. I 4 § HSL införs samtidigt ett nytt andra stycke med innebörd att varje landsting ska erbjuda öppen vård till patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård.

Möjligheten att välja utförare av öppen vård gäller patienter som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Bestämmelser om vilken personkrets som omfattas av landstingens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård finns i HSL, men även i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Vad som utgör öppen vård framgår av 5 § första stycket HSL. Vård som ges under intagning i vårdinrättning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård, varav primärvården är en del. Patienten ska således ges möjlighet att välja utförare inom primärvården och den specialiserade öppenvården, såsom t.ex. dagkirurgi. Valmöjligheten omfattar även högspecialiserad vård, dvs. exempelvis regionsjukvård enligt 9 § HSL, under förutsättning att vården inte kräver intagning i vårdinrättning.

Valmöjligheten omfattar offentligt finansierad öppen vård som bedrivs i landstingets egen regi, av privata vårdgivare med avtal med landstinget eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

Se även kommentaren till 4 § HSL.

10 kap. Personuppgifter och intyg

1 § Inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska personuppgifter utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras.

Bestämmelser om patientens rätt att ta del av journalhandlingar och andra uppgifter och att motsätta sig behandling av personuppgifter samt andra bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i patientdatalagen (2008:355).

Paragrafens första stycke motsvarar i sak 1 kap. 2 § tredje stycket patientdatalagen (2008:355). Förarbeten finns i prop. 2007/08:126 s. 91 f. och s. 223.

Andra stycket erinrar om att det i patientdatalagen finns för patienter viktiga bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Exempelvis innehåller 2 kap. 2 och 3 §§ regler om att den enskilde kan motsätta sig sådan behandling. Vidare anges i 3 kap. 8 § att det ska antecknas i patientjournalen om patienten anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande. Bestämmelser om patientens rätt att begära att vårddokumentation spärras från tillgänglighet genom elektronisk åtkomst för t.ex. andra vårdenheter inom samma landsting finns i 4 kap. 4 och 5 §§. Enligt bestämmelserna i 6 kap. kan patienten motsätta sig att vårddokumentation rörande honom eller henne görs tillgänglig för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring. I 8 kap. finns bestämmelser om patientens rätt att ta del av bl.a. journalhandlingar samt om rättelse och förstörande av patientjournal. Slutligen finns i 10 kap. patientdatalagen bestämmelser om skadestånd och överklagande av vissa beslut.

2 § Bestämmelser om sekretess inom allmän hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bestämmelser om tystnadsplikt inom enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Paragrafen upplyser om de bestämmelser som specifikt reglerar sekretess inom den allmänna hälso- och sjukvården och tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonal inom enskild verksamhet.

3 § Den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

Paragrafen motsvarar i sak 3 kap. 16 § patientdatalagen. Förarbeten till den bestämmelsen finns i prop. 2007/08:126 s. 90 f. och s. 237.

Av 3 kap. 3 § patientdatalagen framgår att bl.a. den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva yrke på hälso- och sjukvårdsområdet är skyldig att föra patientjournal.

11 kap. Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet

1 § Patientnämnderna ska enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

- 1. tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen,*
- 2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, och*
- 3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 16.

Paragrafen motsvarar delvis 2 § första stycket 1–3 lagen om patientnämndsverksamhet m.m. Förarbeten till den bestämmelsens nuvarande lydelse finns i prop. 1998/99:4 s. 38 f. och s. 44 f.

Se även kommentaren till den nämnda paragrafen nedan.

2 § En patient som har drabbats av en vårdskada ska snarast informeras om

- 1. att det har inträffat en händelse som medfört en vårdskada,*
- 2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,*
- 3. möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg,*
- 4. möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt*
- 5. patientnämndernas verksamhet.*

Paragrafen motsvarar i sak 3 kap. 8 § första stycket patientsäkerhetslagen. Förarbeten till den bestämmelsen finns i prop. 2009/10:210 s. 92 f. och 198 f.

3 § Inspektionen för vård och omsorg ska enligt vad som anges i 7 kap. 10–18 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) efter anmälan pröva klagomål mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och mot hälso- och sjukvårdspersonal.

Paragrafen innehåller en upplysning om att inspektionen prövar klagomål samt en hänvisning till relevanta bestämmelser i patientsäkerhetslagen.

4 § Patienten och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

Paragrafen motsvarar i sak 3 kap. 4 § patientsäkerhetslagen. Förarbeten till den bestämmelsen finns i prop. 2009/10:210 s. 86 f. och s. 196.

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

2 a §

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

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

Olika insatser för patienten *ska* samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

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

Paragrafen ändras i sak på så sätt att bestämmelsen i nuvarande *andra stycket* om att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten utgår. En motsvarande bestämmelse finns i stället i 5 kap. 1 § patientlagen.

2 b §

Patienten och dennes närstående ska ges information *enligt vad som anges i 3 kap. patientlagen (2014:000)*.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.

Paragrafen i dess nuvarande lydelse innehåller detaljerade bestämmelser om skyldigheten att lämna information till patienter och deras närstående. Ändringarna innebär att paragrafen i stället hänvisar till bestämmelserna om information i 3 kap. patientlagen där det materiella innehållet i informationsskyldigheten hädanefter regleras.

2 c §

Hälso- och sjukvården *ska* arbeta för att förebygga ohälsa.

Paragrafen ändras i sak på så sätt att *andra meningen* angående upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada utgår. En motsvarande bestämmelse finns i stället i 3 kap. 1 § 8 patientlagen.

3 a §

Landstinget ska ge patienten möjlighet att välja *behandlingsalternativ enligt vad som anges i 7 kap. 1 § patientlagen (2014:000)*.

Landstinget ska ge *patienten* möjlighet att få en *ny* medicinsk bedömning *enligt vad som anges i 8 kap. 1 § patientlagen*.

Paragrafen behandlas i avsnitt 12 och 13.

I paragrafen finns i dag materiella bestämmelser om landstingens skyldighet att ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ och få en förnyad medicinsk bedömning. Paragrafen ändras på så sätt att den i fortsättningen hänvisar till bestämmelserna i patientlagen om val av behandlingsalternativ respektive ny medicinsk bedömning.

3 b §

Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där,

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

Landstingets ansvar omfattar dock inte habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 b §. Landstingets ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.

Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel ska planeras i samverkan med den enskilde. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

Landstinget ska ge den enskilde möjlighet att välja hjälpmedel enligt vad som anges i 7 kap. 2 § patientlagen (2014:000).

Paragrafen behandlas i avsnitt 12.

I prop. 2013/14:67 föreslås nya bestämmelser om landstingets skyldighet att ge den enskilde möjlighet att välja hjälpmedel. Ändringen i *ffjärde stycket* innebär att dessa bestämmelser ersätts av en hänvisning till 7 kap. 2 § patientlagen där förutsättningarna för att patienten ska få välja hjälpmedel regleras fortsättningsvis.

3 g §

Landstinget ska erbjuda *vårdgaranti* åt dem som *omfattas av landstingets ansvar enligt 3 eller 3 c §*. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

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

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

Paragrafen behandlas i avsnitt 14.2.

Ändringen i *första stycket* innebär att landstingets ansvar att erbjuda vårdgaranti inte endast ska gälla dem som är bosatta i landstinget utan även dem som enligt 3 § är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas i landstinget. Vidare ska vårdgaranti erbjudas dem som enligt 3 c § har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen samt dem som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av den nämnda förordningen.

4 §

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

Landstinget ska erbjuda öppen vård åt dem som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Dessa patienter omfattas inte av

landstingets vårdgaranti. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna.

Om patienten omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård enligt 3 § svarar det landstinget för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av andra stycket. Detta gäller dock inte om det landstinget ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.

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.

Särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Paragrafen behandlas i avsnitt 14.1.

Andra stycket, som är nytt, innebär en utvidgning av landstingens ansvar att erbjuda öppen hälso- och sjukvård till att även gälla patienter som omfattas av ett annat landstings primära ansvar, dvs. patienter som är bosatta i ett annat landsting eller som är kvarskrivna enligt folkbokföringslagen och stadigvarande vistas i ett annat landsting enligt 3 §, som har rätt till vårdförmåner i Sverige i ett annat landsting enligt 3 c § samt asylsökande och andra utlänningar som har rätt till vård i ett annat landsting i enlighet med reglerna i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. eller lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Det utökade ansvaret begränsas till öppen vård, dvs. primärvård och specialiserad vård som inte kräver intagning i vårdinrättning.

Genom att landstingens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård utvidgas i lag får patienter från andra landsting samma möjlighet som landstingets egna invånare att välja såväl offentliga utförare som privata aktörer som genom avtal med landstinget utför uppgifter som landstinget ansvarar för eller som är verksamma mot den nationella taxan. De avtal som landstinget har med privata utförare måste följa det upphandlingsrättsliga regelverket. Avtal som landstingen slutit innan lagändringarna träder i kraft undantas, så länge de gäller, från bestämmelsens tillämpningsområde (se övergångsbestämmelsen till denna lag).

Av 3 g § HSL följer att landstingets skyldighet att erbjuda vårdgaranti inte gäller patienter som omfattas av ett annat landstings primära ansvar för hälso- och sjukvård. Detta förtydligas i förevarande paragraf. Vårdlandstinget ska, när det är aktuellt, erbjuda patienter från andra landsting möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § och att få en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. 1 §, dock enbart inom öppenvården. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna. Detta innebär att landstingen inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter från andra landsting utan enbart ska ta hänsyn till de medicinska behov som patienterna har. Att vården ska ges på samma villkor för patienter från ett annat landsting innebär vidare att de ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt och få tillgång till en fast vårdkontakt, få del av vårdlandstingets öppenvårdsutbud även om detta är ett annat än i hemlandstinget samt att det är vårdlandstingets patientavgifter och andra lokalt beslutade taxor etc. som ska tillämpas vid den länsöverskridande vården. Bestämmelsen innebär

också att om vårdlandstinget ställer upp krav på remiss för viss vård ska dessa regler gälla även för patienter från andra landsting.

Av *tredje stycket*, som också är nytt, följer att om en patient är bosatt i ett landsting, eller om han eller hon är kvarskrivnen enligt folkbokföringslagen och stadigvarande vistas i ett landsting, är det detta landsting som ska svara för kostnaderna för öppen vård som patienten får i ett annat landsting. Vissa av de vårdförmåner som en person enligt 3 c § HSL har rätt till i ett landsting ersätts av staten genom det förfarande som regleras i förordning (EG) 883/2004. Staten ersätter även landstingen för vård som ges enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Det är endast kostnaderna för vården som ska bekostas av landstinget. Kostnaderna för t.ex. resa och uppehälle får patienten själv betala.

Om hemlandstinget ställer krav på remiss för den aktuella vården gäller dock som förutsättning för att detta landsting ska behöva bekosta vården att de egna remissreglerna följs. Om patienten ges vård i strid med hemlandstingets remissregler får det vårdgivande landstinget stå för kostnaderna. Bestämmelsen innebär således i praktiken att en patient kan behöva remiss för att få öppen specialistvård i ett annat landsting, trots att det där inte finns några krav på remiss för den aktuella vården.

Fjärde stycket motsvarar delvis nuvarande andra stycket i förevarande paragraf. Av bestämmelsens nuvarande lydelse följer att ett landsting får erbjuda även annat än akut hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det. Ändringen innebär att ett landsting får erbjuda hälso- och sjukvård i andra fall än som avses i första–tredje styckena även åt andra som omfattas av ett annat landstings ansvar än dem som är bosatta i det landstinget, om de båda landstingen är överens om detta.

5 §

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

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 behandlas i avsnitt 14.2.

Första stycket ändras som en följd av att landstingets skyldighet att erbjuda primärvård inte enbart gäller den egna befolkningen.

Andra stycket ändras på så sätt att landstinget får ett ansvar att organisera primärvården så att val av utförare samt tillgång till och val av

fast läkarkontakt inte endast ska gälla dem som är bosatta i landstinget. Skyldigheten ska omfatta samtliga som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård, dvs. även dem som i enlighet med 3 § är kvarskrivna enligt folkbokföringslagen och stadigvarande vistas i landstinget, dem som enligt 3 c § har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordningen (EG) nr 883/2004, dem som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning samt dem som avses i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Paragrafen gäller även patienter som omfattas av ett annat landstings primära ansvar för hälso- och sjukvård, se 4 § andra stycket.

7 §

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

Planeringen *ska* avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare.

Landstinget *ska* även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

Paragrafen behandlas i avsnitt 14.3.

I *första stycket* görs ändringar som en följd av att landstingen får ett utökat ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. Landstinget ska i fortsättningen inte enbart planera sin hälso- och sjukvård med hänsyn till befolkningens behov av vård utan med utgångspunkt i behovet av vård hos samtliga som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

18 a §

Kommunen ska ge den enskilde möjlighet att välja behandlingsalternativ inom sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första–tredje styckena enligt vad som anges i 7 kap. 1 § patientlagen (2014:000).

Paragrafen behandlas i avsnitt 12.

I paragrafen finns i dag materiella bestämmelser om kommunernas skyldighet att ge den enskilde möjlighet att välja behandlingsalternativ inom den kommunala hälso- och sjukvården. Paragrafen ändras på så sätt att den i fortsättningen hänvisar till bestämmelserna om val av behandlingsalternativ i 7 kap. 1 § patientlagen.

18 b §

Kommunen ska i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första–tredje styckena erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

Landstinget får även utan samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § träffa överenskommelse med en kommun inom landstinget om att kommunen ska ha ansvar för hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

Vad som sägs i 3 b § tredje stycket gäller även i fråga om habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning som ombesörjs av en kommun.

Kommunen ska ge den enskilde möjlighet att välja hjälpmedel enligt vad som anges i 7 kap. 2 § patientlagen (2014:000).

Paragrafen behandlas i avsnitt 12.

I prop. 2013/14:67 föreslås nya bestämmelser om de närmare förutsättningarna för att en enskild ska få välja hjälpmedel inom den kommunala hälso- och sjukvården. Ändringen i *fjärde stycket* innebär att dessa bestämmelser ersätts av en hänvisning till den paragraf i patientlagen där de materiella bestämmelserna hädanefter finns.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

- 1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.*
- 2. Bestämmelsen i 4 § andra stycket gäller inte vård som ges enligt avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalet gäller. Efter ikraftträdandet får ett sådant avtal inte förlängas utan att 4 § andra stycket beaktas.*

Bestämmelserna behandlas i avsnitt 18.

Lagen träder enligt bestämmelsen i *punkt 1* i kraft den 1 januari 2015.

Övergångsbestämmelsen i *punkt 2* innebär att 4 § andra stycket inte ska tillämpas vid landstingsöverskridande vård som ges av privata utförare som landstinget har slutit avtal med, om avtalet har träffats före den 1 januari 2015. Efter det datumet får ett sådant avtal med privata utförare inte förlängas utan att bestämmelserna i 4 § andra stycket beaktas. Bestämmelsen innebär exempelvis att avtalen därefter inte får innehålla klausuler om att den privata utföraren uteslutande ska behandla landstingets egna invånare eller regler som på annat sätt försvårar för patienter från andra landsting att, på samma villkor som landstingets egna invånare, välja öppen vård hos en privat utförare som landstinget har slutit avtal med. Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling och lagen (2008:962) om valfrihetssystem ska beaktas vid en eventuell omförhandling av avtalen.

20.3 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

3 §

Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,
2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
3. vara lätt tillgänglig,
4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Akuta fall ska behandlas med förtur.

När tandvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

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

Paragrafen behandlas i avsnitt 10.4.

Paragrafens *tredje stycke* är nytt. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 8 § patientlagen. Se kommentaren till den bestämmelsen.

Nuvarande andra och fjärde styckena flyttas till nya 3 a respektive 3 b §.

3 a §

Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella åtgärden så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 10.4.

Första stycket motsvarar i sak nuvarande 3 § andra stycket.

Andra stycket har en motsvarighet i 4 kap. 3 § patientlagen. Se kommentaren till den paragrafen.

3 b §

Patienten ska få information om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

När patienten är ett barn ska även patientens vårdnadshavare få information enligt första stycket. Informationen får inte lämnas om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 10.4.

Första stycket motsvarar nuvarande 3 § fjärde stycket. Ordet ”upplysas” har dock ersatts av ”få information” för att paragrafen bättre ska harmoniera med motsvarande bestämmelser i bl.a. patientlagen.

Andra stycket första meningen har en motsvarighet i 3 kap. 3 § patientlagen. I *andra meningen* erinras om att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt kan hindra att information lämnas till vårdnadshavare. Särskilda bestämmelser om sekretess i förhållande till vårdnadshavare finns i 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). I övrigt gäller bestämmelserna om hälso- och sjukvårdssekretess i 25 kap. samma lag och om tystnadsplikt i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) även inom tandvården. Se även kommentaren till 3 kap. 3 § patientlagen.

20.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

1 §

Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och patientlagen (2014:000) 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 kompletterande hänvisning till den nya patientlagen.

20.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

2 §

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. *tillhandahålla eller* hjälpa patienter att få den information *patienterna* 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.

Nämnderna ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet.

Paragrafen behandlas i avsnitt 16.

Genom tillägget av ordet ”tillhandahålla” i *första stycket punkt 1* förtydligas patientnämndernas uppdrag att informera enskilda patienter bl.a. i frågor som rör den nya patientlagen. Patientnämnderna ska fortfarande hjälpa patienterna att få information av medicinsk karaktär, men ska inte råda i medicinska frågor eller rekommendera patienterna att välja en viss vårdgivare. Däremot kan de t.ex. informera om förekomsten av öppna jämförelser och annan kvalitetsinformation som patienten kan ta del av.

20.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

1 kap. 3 §

I *patientlagen (2014:000)* ges grundläggande bestämmelser om patientens självbestämmande och om respekt för människors lika värde inom hälso- och sjukvården, och i patientsäkerhetslagen (2010:659) föreskrivs om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal.

I lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. regleras hur humanbiologiskt material, med respekt för den enskilda människans integritet, ska få samlas in, förvaras och användas för vissa ändamål.

När det gäller att skydda den enskilda människan och respektera människovärdet vid forskning finns bestämmelser i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Första stycket ändras så att en hänvisning görs till den nya patientlagen istället för till HSL.

20.7 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

3 kap. 6 §

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
5. uppgift om den information som lämnats till patienten, *dennes vårdnadshavare och övriga närstående* och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en *ny* medicinsk bedömning, *samt*
6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8 och 10.3.

Ändringen i *andra stycket punkt 5* innebär att även uppgifter om den information som lämnats till en patients vårdnadshavare och övriga närstående ska dokumenteras i patientjournalen.

Andra stycket punkt 6 är ny och innebär att uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling ska dokumenteras i patientjournalen. Enligt 4 kap. 2 § patientlagen får hälso- och sjukvård inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av patientlagen eller annan lag. Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Förevarande bestämmelse omfattar såväl de fall då en patient redan från början nekar till att ta emot viss vård som de fall då patienten tar tillbaka ett tidigare avgivet samtycke.

20.8 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.),
- Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn (7 kap.),
- prøvotid 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* (2014:000) och tandvårdslagen (1985:125).

I *andra stycket* görs en kompletterande hänvisning till patientlagen.

6 kap. 6 §

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten *och dennes närstående* ges information *enligt 3 kap. patientlagen* (2014:000).

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.

Paragrafen i dess nuvarande lydelse innehåller detaljerade bestämmelser om skyldigheten för ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal att lämna information till patienter och deras närstående. Ändringarna innebär att paragrafen i stället hänvisar till bestämmelserna om information i 3 kap. patientlagen där innehållet i informations-skyldigheten hädanefter regleras.

6 kap. 7 §

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient *ska* medverka till att patienten ges möjlighet att välja *behandlingsalternativ respektive hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt vad som anges i 7 kap. 1 och 2 §§ patientlagen* (2014:000).

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att *patienten* får en *ny* medicinsk bedömning *enligt vad som anges i 8 kap. 1 § patientlagen*.

Denna paragraf omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

Paragrafen behandlas i avsnitt 12 och 13.

I paragrafen finns i dag utförliga bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ samt får en förnyad medicinsk bedömning. I prop. 2013/14:67 föreslås att personalen även ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Paragrafen ändras på så sätt att det i stället hänvisas till bestämmelserna i patientlagen om val av behandlingsalternativ och hjälpmedel och om ny medicinsk bedömning.

8 kap. 10 §

Om en läkare eller tandläkare *har missbrukat* sin behörighet att förskriva narkotiska läkemedel, andra särskilda läkemedel, alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit, ska denna behörighet dras in eller begränsas. Behörigheten ska också dras in eller begränsas om läkaren eller tandläkaren själv begär det.

Paragrafen förtydligas och anpassas till kapitlets övriga bestämmelser om ingripanden mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal genom att ordet "missbrukar" ersätts av "har missbrukat". Någon ändring i sak är inte avsedd.

Sammanfattning av betänkandet Patientlag (SOU 2013:2)

Patientmaktutredningen har i uppdrag att föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas. I detta delbetänkande föreslår utredningen i enlighet med direktiven en ny patientlagstiftning, hur patientens valmöjligheter i vården kan stärkas ytterligare, hur patientens behov av stöd, råd och information bör hanteras inom ramen för vårdgarantin och det fria vårdvalet samt hur berörda myndigheter bör arbeta för att stärka patientens ställning.

En patientlag

Utredningen föreslår en ny patientlag där bestämmelser från hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som tydliggör patienters möjligheter till inflytande i hälso- och sjukvården eller har direkt betydelse för vårdens utformning samlas. Som framgår i det följande föreslår utredningen också nya eller utvecklade lagbestämmelser på flera områden.

Patientlagen har som övergripande syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning. Lagen ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

I uppdraget ligger att göra lagstiftningen lättillgänglig, pedagogisk och överskådlig. Den nya patientlagen har därför med nödvändighet avgränsats till såväl omfång som innehåll. Utredningens målsättning har varit att i lagen föra in övergripande och centrala bestämmelser av vikt för en majoritet av patienterna och allmänheten. Lagstiftning som reglerar särskilda, avgränsade frågor, såsom t.ex. smittskydd, aborter och transplantationer, har i huvudsak lämnats orörd och utanför patientlagen. Patientlagen innehåller bestämmelser om

- information,
- samtycke,
- delaktighet,
- val av behandlingsalternativ,
- förnyad medicinsk bedömning,
- fast vårdkontakt och individuell planering,
- tillgänglighet,
- val av utförare,
- personuppgifter och intyg,
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet.

Övriga bestämmelser om landstingens och kommunernas planering och organisering av hälso- och sjukvård, personal, forskning, samverkan etc. kommer tills vidare att finnas kvar i HSL. I några fall har bestämmelser som bedömts ha betydelse för båda lagarnas tillämpning dubblerats.

Enligt tilläggsdirektiv den 15 november 2012 har utredningen fått i uppdrag att se över de bestämmelser som finns kvar i HSL och föreslå en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation. Utredningens förslag i denna del ska lämnas senast den 30 juni 2013.

Information

Information behövs för att patienten ska kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om han eller hon vill acceptera den vård som erbjuds, men den underlättar också för patienten att känna ökad kontroll över sin tillvaro genom att undanröja eller minska ovisshet och möjliggöra planering.

Enligt utredningens bedömning behöver informationspliktens omfattning och innehåll förtydligas i lagstiftningen. Utredningen föreslår att det av patientlagen ska framgå att patienten ska få information om

- sitt hälsotillstånd,
- de metoder för undersökning, vård och behandling som finns,
- vid vilken tidpunkt patienten kan förvänta sig att få vård,
- det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, samt
- eventuell eftervård.

I en egen paragraf i patientlagen regleras att patienten när det är aktuellt även ska få information om

- möjligheten att välja vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
- vårdgarantin,
- övrigt innehåll i patientlagen, samt
- möjligheten att hos Försäkringskassan ansöka om ersättning för vård i annat EES-land.

Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan att avstå från information ska respekteras.

Den som ger informationen ska så långt det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligt om mottagaren ber om det.

När patienten inte själv kan informeras ska informationen lämnas till en närstående till patienten om det inte är uppenbart olämpligt och patienten inte motsatt sig det.

Samtycke

Att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke framgår endast indirekt av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientsäkerhetslagen. Av förarbetena till HSL framgår att patienten i princip har en obegränsad rätt att avstå från behandling och att han eller hon därmed kan kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas. Enligt utredningens mening är det viktigt att dessa fundamentala rättigheter är kända för såväl patienter som för närstående och hälso- och sjukvårdspersonal.

Utredningen föreslår därför att det i patientlagen tydliggörs att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av annan lagstiftning. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt bestämmelserna i patientlagen. Patienter kan när som helst ta till-

baka sitt samtycke. Om en patient inte samtycker till viss hälso- och sjukvård ska patienten få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

Patienten kan om inte annat särskilt följer av annan lagstiftning lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

En patients nekande till att ta emot viss vård eller behandling ska alltid dokumenteras i patientjournalen.

Hälso- och sjukvård till vuxna beslutsoförmögna

Inom hälso- och sjukvården uppkommer ofta situationer då personer – som normalt sett är fullt beslutskapabla – av olika anledningar tillfälligt saknar möjlighet att ge samtycke till nödvändiga vårdinsatser. Det handlar framför allt om akuta situationer då en person exempelvis är medvetslös och sjukvårdsinsatser måste vidtas omedelbart för att rädda personens liv eller i övrigt för att undvika svåra konsekvenser för den enskildes hälsa. Det legala stöd som i dag kan åberopas vid dylika situationer är möjligen de allmänna reglerna om ansvarsfrihet vid handlande i nöd som finns i brottsbalken.

Enligt utredningens uppfattning bör hälso- och sjukvårdens insatser i den här typen av situationer ha stöd i den lagstiftning som reglerar patientens ställning och inte i uttolkning av allmänna regler i brottsbalken. Utredningen föreslår därför att det av patientlagen ska framgå att en patient ska beredas den hälso- och sjukvård som behövs för avvärjande av fara som akut hotar patientens liv eller hälsa även om hans eller hennes vilja, på grund av medvetslöshet eller av annan orsak, inte kan utredas.

Det finns också personer som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ge sitt samtycke till vård eller fatta beslut om sin vård. Regeringen har utsett en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till en enkel och ändamålsenlig reglering avseende personer som, på grund av att de är beslutsoförmögna, helt eller delvis saknar möjlighet att fullt ut vara delaktiga eller på annat sätt utöva sitt självbestämmande i situationer då detta förutsätts inom hälso- och sjukvård, tandvård eller forskning (S 2012:06). Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 1 april 2014.

Patientmaktsutredningen föreslår, som tidigare nämnts, att det av den nya patientlagen tydligt ska framgå att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke. Mot denna bakgrund finner utredningen att det finns skäl att, i väntan på förslag från Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, socialtjänst och forskning, reglera vad som i dag får anses utgöra praxis i hälso- och sjukvården av dessa patienter.

Enligt utredningens förslag ska hälso- och sjukvårdsinsatser få ges till personer som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ge sitt samtycke till vård eller fatta beslut om sin vård, utifrån en bedömning om vad som är bäst för patienten i det enskilda fallet. Bedömningen ska göras löpande. Vid bedömningen ska patientens inställning till den aktuella åtgärden så långt det är möjligt klarläggas och beaktas samt närstående höras.

De nya bestämmelserna bör kompletteras alternativt ersättas av de lagförslag som Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning lämnar.

Barns inflytande över sin vård

Utredningen föreslår att principen om barnets bästa förs in i patientlagen genom att det av patientlagen ska framgå att barnets bästa ska beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn. Vidare ska vårdgivare och personal – när det inte är olämpligt – sträva efter att samverka med barnets vårdnadshavare.

I hälso- och sjukvårdslagen finns inte några uttryckliga bestämmelser som gäller barn och deras inflytande över sin egen vård. I flera av våra nordiska grannländer har man slagit fast att barnet har en beslutanderätt i medicinska frågor från en viss ålder. Även i svensk rätt finns åldersgränser i viss speciallagstiftning. Utredningen har övervägt att införa särskilda åldersgränser vad gäller barns inflytande och information i medicinska frågor. Enligt utredningens mening medför emellertid fasta åldersgränser en risk för att vissa barn får ett större ansvar än de är mogna att bära medan andra kan förvägras självbestämmande i frågor de skulle vara kapabla att själva besluta om. Fasta åldersgränser medför även svårigheter då hänsyn bör tas till arten och angelägenhetsgraden av den aktuella sjukvårdsåtgärden. Att många barn kan vara mogna nog att samtycka till enklare sjukvårdsåtgärder långt tidigare än exempelvis vid 15 års ålder behöver inte innebära att de är mogna att samtycka till mer omfattande ingrepp vid samma ålder.

Utredningen föreslår mot den bakgrunden att det av patientlagen ska framgå att barnets inställning till den aktuella åtgärden så långt det är möjligt ska klarläggas. Barnets åsikt ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

I de regler om information som utredningen föreslår finns det inget undantag från skyldigheten att lämna information enbart för att patienten är underårig. Informationen måste emellertid anpassas till barnets ålder och mognad samt de andra förutsättningar som uttrycks i patientlagen.

Hälso- och sjukvårdspersonalen bör givetvis ansvara för att ge även barnets vårdnadshavare information enligt lagen om inte sekretess gäller gentemot vårdnadshavaren. Enligt föräldrabalken har vårdnadshavarna rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter.

Frågan är emellertid vid vilken tidpunkt som vårdpersonalen bör respektera att en ung patient motsätter sig att information lämnas till vårdnadshavarna, dvs. när information till enbart barnet är tillräcklig för att hälso- och sjukvårdens personal ska anses ha uppfyllt sin informationsplikt.

Utredningen föreslår att det av patientlagen ska framgå att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information enligt patientlagen såvida inte

- patienten motsätter sig det och har uppnått den ålder och mognad när han eller hon själv har rätt att bestämma i frågor som rör personliga angelägenheter,

- det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller
- det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen.

Delaktighet och medverkan

Det pågår – såväl i Sverige som i andra länder – en rörelse mot att bättre utnyttja den resurs som patienten själv kan sägas utgöra. Mycket pekar på att en sådan utveckling kan ge positiva effekter för både patienter och hälso- och sjukvårdens verksamheter. Det finns emellertid en risk för att patienter och deras närstående tar på sig krävande uppgifter som de har mindre goda förutsättningar att hantera.

Mot den bakgrunden föreslår utredningen att det i patientlagen införs en bestämmelse som tydliggör att en patients medverkan i den egna vården ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

Vidare ska det av patientlagen framgå att närstående får delta i utformningen och genomförandet av vården om det är lämpligt och patienten inte motsätter sig det.

Förnyad medicinsk bedömning (second opinion)

Möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning (second opinion) inom eller utom det egna landstinget infördes i hälso- och sjukvårdslagen den 1 januari 1999.

Utredningens bedömning är att bestämmelsen inte har slagit igenom i hälso- och sjukvården på det sätt som det var tänkt när lagstiftningen infördes. Det kan bero på att möjligheten att få en förnyad bedömning ursprungligen villkorades av flera kriterier.

Att få en second opinion kan bidra till att skapa trygghet för patienter i särskilt svåra situationer, t.ex. då patienten har förlorat tilltro till sin läkare eller då patienten fått besked om en särskilt svår diagnos som han eller hon har svårt att förlika sig med. Om hälso- och sjukvården medverkar till att en patient får en förnyad medicinsk bedömning kan patienten känna en större tillit till att den diagnos som ställts eller den behandling som föreslås är korrekt.

Utredningen anser att dagens regelverk är onödigt begränsande. Utredningen föreslår därför att möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning (second opinion) enbart ska villkoras av att det ska handla om en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Utredningens förslag innebär också att själva begreppet ”second opinion” förs in i lagstiftningen.

Om den förnyade medicinska bedömningen leder till att patienten önskar ett annat behandlingsalternativ får detta önskemål prövas utifrån de förutsättningar som anges i bestämmelserna om val av behandlingsalternativ i patientlagen.

Tandvård

Utredningen har övervägt om patientlagen ska omfatta verksamheter inom såväl hälso- och sjukvård som tandvård. För detta talar att det i både hälso- och sjukvården och tandvården finns patienter.

Det finns emellertid skäl som talar mot att inkludera tandvård i den nya patientlagen. De brister som finns på tandvårdsområdet avhjälpas enligt utredningens mening inte genom att tydliggöra vad patienter har för möjligheter till valfrihet eller förnyad medicinsk bedömning. Såväl finansiering som organisering och styrning av tandvården skiljer sig avsevärt från vad som gäller inom hälso- och sjukvården. Utredningen anser därför att patientlagen tills vidare inte ska omfatta tandvård.

Utredningen föreslår emellertid att utredningens förslag till bestämmelser om barns ställning i hälso- och sjukvården även ska gälla inom tandvården. Dessa bestämmelser förs in i tandvårdslagen.

Ökad valfrihet

Utredningen föreslår att patienter ska ges möjlighet att välja offentligt finansierad primärvård och öppen specialistvård inom hela landet.

I patientlagen införs en bestämmelse med denna innebörd. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) fastslås att 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. Hemlandstinget svarar för kostnaderna för den vård som patienten får i ett annat landsting. Detta gäller under förutsättning att hemlandstingets remissregler följs.

Utredningen gör bedömningen att landstinget inte ska vara skyldigt att bekosta patientens merkostnader i form av resor och uppehälle i samband med vård i annat landsting som sker inom ramen för patientens fria vårdval.

Det är vidare angeläget att landstingens remissregler på sikt harmoniseras så att de inte utgör hinder för patientens möjligheter att välja sin vård.

Den nationella vårdgarantin

Den nationella vårdgarantin är sedan den 1 januari 2010 lagstadgad och återfinns i hälso- och sjukvårdslagen. Patientmaktsutredningen föreslår att bestämmelsen också ska finnas i den nya patientlagen.

Enligt utredningens uppfattning bör vårdgarantin vidareutvecklas. Det är särskilt angeläget att prioritera att diagnostiska åtgärder omfattas av garantin. Utredningen anser också att det är angeläget att regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting i överenskommelsen om kömiljarden ställer krav på att det utvecklas gemensamma metoder och definitioner som gör det möjligt att följa patientens väg genom vården och att man också bygger in åtgärder för att förhindra undanträngning av vissa patientgrupper.

Kännedomen om vårdgarantin förväntas komma att öka i och med utredningens förslag till en ny patientlag och insatser för att stödja genomförandet av lagen. Utredningen föreslår också – som tidigare framgått – att informationen om vårdgarantin ska anpassas till mottagarens

ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

Myndigheternas ansvar för information och patientnämndernas roll

För att bl.a. stödja genomförandet av den nya patientlagen som utredningen föreslår anser utredningen att det ligger ett stort värde i att ge en myndighet i uppdrag att ansvara för nationella informationsinsatser både när det gäller den nya lagen och andra frågor som kan röra patientens ställning i hälso- och sjukvården.

Att lägga ett uttalat informationsansvar på en myndighet kan göra det lättare för patienter att hitta informationen. Vidare har myndigheten möjlighet att anpassa informationen till personer med olika typer av funktionsnedsättningar och översätta den till olika språk.

När det gäller övriga statliga myndigheter på vård- och omsorgsområdet bör regeringen förtydliga respektive myndighets informationsuppdrag till patienter och medborgare i myndighetens instruktion, regleringsbrev eller på annat lämpligt sätt. Myndigheterna bör i sin tur förstärka sina insatser för att göra information om sin verksamhet tillgänglig för människor med olika funktionsnedsättningar och till dem som talar andra språk än svenska.

Utredningen föreslår vidare att ett förtydligande görs i lagen om patientnämndsverksamhet m.m. med innebörden att nämnderna ska erbjuda patienter den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården. Det kan bl.a. handla om frågor som rör den nya patientlagen

Motsvarande bestämmelse förs in i patientlagen.

Genomförandet av förslaget

Patientmaktsutredningen har i betänkandet lämnat förslag till en ny patientlag med flera nya bestämmelser som syftar till att stärka patienternas ställning i hälso- och sjukvården.

Utredningen har vinnlagt sig om att göra den nya lagstiftningen pedagogisk och lättillgänglig. Detta till trots har inte så mycket vunnits om patienter och andra saknar kunskap om att lagen finns eller om dess innehåll.

Utredningen vill därför framhålla vikten av att reformer och ny lagstiftning åtföljs av ett antal insatser från flera olika aktörer – bl.a. kommuner och landsting, staten och Sveriges Kommuner och Landsting – för att de ska kunna genomföras på ett sätt som i slutändan ger önskad effekt. Patientmaktsutredningens förslag till patientlag innehåller endast indirekta rättigheter och förmåner för patienterna vilka inte är utkrävbara i domstol. Det är viktigt att försäkra sig om att lagstiftningen följs och att patienterna får de möjligheter till inflytande och den information som regleras i lagen.

En myndighet bör enligt utredningens förslag snarast efter den nya lagstiftningens ikraftträdande få i uppdrag att noga följa reformens genomförande ur ett patientperspektiv. Om uppföljningen visar på ett bristande genomförande är det viktigt att orsakerna till detta klarläggs, vilket

möjliggör för regeringen att antingen justera systemet eller överväga andra åtgärder. Bilaga 1

Utredningen föreslår att lagförslagen ska träda i kraft den 1 januari 2015. Utredningen föreslår vidare en övergångsbestämmelse som är kopplad till förslaget om ökad valfrihet i den öppna vården.

Lagförslag i betänkandet Patientlag (SOU 2013:2)

1 Förslag till patientlag

Härigenom föreskrivs följande

1 kap. Inledande bestämmelser

1 § Denna lag syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning. Lagen ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Lagen innehåller bestämmelser om

- information (2 kap.),
- samtycke (3 kap.),
- delaktighet (4 kap.),
- val av behandlingsalternativ (5 kap.),
- förnyad medicinsk bedömning (6 kap.),
- fast vårdkontakt och individuell planering (7 kap.),
- tillgänglighet (8 kap.),
- val av utförare (9 kap.),
- personuppgifter och intyg (10 kap.),
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).

2 § Bestämmelser om ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienter finns i patientsäkerhetslagen (2010:659).

3 § 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.

Med *offentligt finansierad hälso- och sjukvård* avses hälso- och sjukvård som finansieras av landsting, kommun eller stat.

4 § Målet med hälso- och sjukvården 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.

5 § Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

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

7 § När någon har avlidit ska den som tillhandahåller hälso- och sjukvård fullgöra sina uppgifter med respekt för den avlidne. Närstående ska visas hänsyn och omtanke. Bilaga 2

8 § Patienten ska erbjudas habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för funktionshindrade och tolktjänst för vardagstolkning i enlighet med bestämmelserna i 3 b och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

2 kap. Information

1 § Patienten ska få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder för undersökning, vård och behandling som finns,
3. vid vilken tidpunkt patienten kan förvänta sig att få vård,
4. det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, samt
5. eventuell eftervård.

2 § När det är aktuellt ska patienten även få information om

1. möjligheten att välja vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. vårdgarantin,
3. övrigt innehåll i denna lag, samt
4. möjligheten att hos Försäkringskassan ansöka om ersättning för vård i ett annat EES-land.

3 § När patienten inte själv kan informeras ska informationen lämnas till en närstående till patienten om det inte är uppenbart olämpligt och om patienten inte motsatt sig det.

4 § När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information enligt detta kapitel såvida inte

1. patienten motsätter sig det och har uppnått den ålder och mognad när han eller hon själv har rätt att bestämma i frågor som rör personliga angelägenheter,
2. det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller
3. det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

5 § Informationen får inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 25 kap. 6 eller 7 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i 6 kap. 12 § andra stycket eller 13 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659).

6 § Information enligt 1 och 2 §§ ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

Mottagarens önskan att avstå från information ska respekteras.

7 § Den som ger informationen ska så långt det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Informationen ska lämnas skriftligen om mottagaren ber om det.

8 § Den som vänder sig till en verksamhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård ska när det är lämpligt få upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

9 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om hur bedömningar enligt 4 § 1 ska göras.

3 kap. Samtycke

1 § Hälso- och sjukvård ska ges med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

2 § Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 2 kap.

Patienten kan när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient inte samtycker till viss hälso- och sjukvård ska patienten få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

Patienten kan om inte annat särskilt följer av lag lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

3 § I samband med att hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets inställning till den aktuella åtgärden så långt det är möjligt klarläggas. Barnets åsikt ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

4 § Patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för avvärjande av fara som akut hotar patientens liv eller hälsa även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller annan orsak inte kan utredas.

5 § När patienten inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till hälso- och sjukvård ska vården ges utifrån en bedömning av vad som är bäst för patienten i det enskilda fallet. Bedömningen ska göras löpande. Vid bedömningen ska patientens inställning till den aktuella åtgärden så långt det är möjligt klarläggas och beaktas samt närstående höras.

6 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om

1. hur patientens inställning till vård ska inhämtas,
2. hur bedömningar enligt 3 § ska göras.

4 kap. Delaktighet

1 § Hälso- och sjukvården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patientens närstående får delta i utformningen och genomförandet av vården om det är lämpligt och patienten inte motsätter sig det.

2 § Den som tillhandahåller hälso- och sjukvård till barn ska när det inte är olämpligt sträva efter att samverka med barnets vårdnadshavare.

3 § En patients medverkan i den egna vården ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

Närstående får medverka i vård enligt första stycket om det är lämpligt och patienten inte motsätter sig det.

5 kap. Val av behandlingsalternativ

1 § När det inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska erbjudas den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Den som omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § första–tredje styckena hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har inte rätt till behandling utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

6 kap. Förnyad medicinsk bedömning

1 § En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska ges möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning (second opinion).

Patienten ska erbjudas den behandling som den förnyade bedömningen kan ge anledning till om förutsättningarna i 5 kap. 1 § är uppfyllda.

7 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering

1 § Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att den tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

2 § En fast vårdkontakt ska utses för patienten om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården.

3 § En patient ska ges möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

4 § För en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

5 § Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel ska enligt 3 b § tredje stycket och 18 b § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) planeras i samverkan med den enskilde.

8 kap. Tillgänglighet

1 § Hälso- och sjukvård ska vara lätt tillgänglig.

2 § En patient ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

3 § Patienter ska erbjudas vårdgaranti inom det egna landstinget. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. besöka läkare inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Bestämmelser om vårdgarantins innehåll finns i förordningen (2010:349) om vårdgaranti.

4 § Om vårdgarantin enligt 3 § första stycket 3 eller 4 inte uppfylls ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

9 kap. Val av utförare

1 § En patient ska inom eller utom det egna landstinget få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård under de förutsättningar som framgår av 4 och 5 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

10 kap. Personuppgifter och intyg

1 § Inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska personuppgifter utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras.

2 § Patienten har rätt att ta del av sin journal och andra uppgifter om sig själv samt till inflytande över sina personuppgifter i enlighet med bestämmelserna i 8 kap. patientdatalagen (2008:355). Beslut om att inte lämna ut en journalhandling kan överklagas enligt patientdatalagen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Ytterligare bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet finns främst i patientdatalagen.

3 § Bestämmelser om tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonalen samt om sekretess finns i 6 kap. 12 och 13 §§ patientsäkerhetslagen

(2010:659) respektive 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen Bilaga 2 (2009:400).

4 § Den som enligt 3 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

11 kap. Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet

1 § I varje landsting och kommun ska det finnas en eller flera nämnder som utifrån synpunkter och klagomål ska stödja och hjälpa enskilda patienter genom att

1. erbjuda patienter 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.

Bestämmelser om nämndernas verksamhet finns i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

2 § Inspektionen för vård och omsorg ska enligt 7 kap. 10–18 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) efter anmälan pröva klagomål mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och mot hälso- och sjukvårdspersonal.

3 § En patient som har drabbats av en vårdskada ska enligt 3 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659) snarast informeras om

1. att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada,
2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,
3. möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg enligt 7 kap. 10 § patientsäkerhetslagen,
4. möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt
5. patientnämndernas verksamhet.

4 § Bestämmelser om vårdgivares skyldighet att ge patienten och dennes närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet finns i 2 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

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

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

dels att 2 d § ska upphöra att gälla,

dels att 2 a, 2 b, 2 c, 3 a, 3 g, 4, 5 och 18 a §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 a §²

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

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

2. vara lätt tillgänglig,

3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,

5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

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

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

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

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

2. vara lätt tillgänglig,

3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,

5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Olika insatser för patienten *ska* samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

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

2 b §³

Patienten ska ges *individuellt anpassad* information om

1. sitt hälsotillstånd,

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

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

Patienten och dennes närstående ska ges information *enligt 2 kap. patientlagen (2013:000).*

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2006:493.

³ Senaste lydelse 2010:662. Ändringen innebär bl.a. att andra stycket upphävs.

4. vårdgarantin.

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 25 kap. 6 eller 7 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i 6 kap. 12 § andra stycket eller 13 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659).

2 c §⁴

Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

3 a §⁵

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

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

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

Landstinget ska ge patienten möjlighet att få en förnyad medicinsk bedömning enligt vad som anges i 6 kap. 1 § patientlagen.

⁴ Senaste lydelse 1998:1660.

⁵ Senaste lydelse 2010:243.

behandling den förnyade bedömningen kan ge anledning till.

3 g §⁶

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

Landstinget ska erbjuda dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 3 eller 3 c § vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

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

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

4 §⁷

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

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 vård enligt 3 § svarar för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av andra stycket. Detta gäller endast under förutsättning att det betalande landstingets remissregler följs.

Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.

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.

Särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

⁶ Senaste lydelse 2010:243.

⁷ Senaste lydelse 2008:345.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. 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.

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

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.

18 a §⁹

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall kommunen ge den som omfattas av sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första-tredje styckena möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Kommunen skall erbjuda den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Den enskilde har inte rätt till behandling utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kan erbjuda en

Kommunen ska ge den som omfattas av sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första-tredje styckena möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 5 kap. 1 § patientlagen (2013:000).

⁸ Senaste lydelse 2009:140.

⁹ Senaste lydelse 1998:1660. Ändringen innebär bl.a. att andra stycket upphävs.

*behandling som står i överens-
stämmelse med vetenskap och
beprövad erfarenhet.*

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.
 2. Bestämmelsen i 4 § andra stycket gäller inte vård som ges enligt avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalet gäller. Efter ikraftträdandet får ett sådant avtal inte förlängas utan att 4 § första stycket beaktas.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om tandvårdslagen (1985:125)
dels att 3 § ska ha följande lydelse,
dels att det i lagen ska införas två nya paragrafer, 3 a och 3 b §§, av
följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §¹

Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,
2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
3. vara lätt tillgänglig,
4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Akuta fall ska behandlas med förtur.

Patienten ska upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Barnets bästa ska beaktas där tandvård ges till barn.

Den som tillhandahåller tandvård till barn ska när det är lämpligt sträva efter att samverka med barnets vårdnadshavare.

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

3 a §

Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

I samband med att tandvård ges till barn ska barnets inställning till

¹ Senaste lydelse 2008:149. Ändringen innebär bl.a. att andra stycket upphävs.

den aktuella åtgärden så långt det är möjligt klarläggas. Barnets åsikt ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

3 b §

Patienten ska få information om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

När patienten är underårig ska även patientens vårdnadshavare få information enligt första stycket såvida inte

1. patienten motsätter sig det och har uppnått den ålder och mognad när han eller hon själv har rätt att bestämma i frågor som rör personliga angelägenheter,

2. det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller

3. det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

4 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.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

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

1 §¹

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.

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.

¹ Senaste lydelse 2008:415.

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

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska ha följande lydelse.

2 §¹

Nämnderna ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patient-säkerhet 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, 1. *erbjuda* patienter 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.

Nämnderna ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹ Senaste lydelse 2010:670.

6 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 § lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. ska ha följande lydelse.

1 kap.

3 §¹

I *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* ges grundläggande bestämmelser om patientens självbestämmande och om respekt för människors lika värde inom hälso- och sjukvården, och i patientsäkerhetslagen (2010:659) föreskrivs om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal.

I *patientlagen (2013:000)* ges grundläggande bestämmelser om patientens självbestämmande och om respekt för människors lika värde inom hälso- och sjukvården, och i patientsäkerhetslagen (2010:659) föreskrivs om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal.

I lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. regleras hur humanbiologiskt material, med respekt för den enskilda människans integritet, ska få samlas in, förvaras och användas för vissa ändamål.

När det gäller att skydda den enskilda människan och respektera människovärdet vid forskning finns bestämmelser i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

¹ Senaste lydelse 2010:674.

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

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

Nuvarande lydelse

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

Föreslagen lydelse

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.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

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

Bilaga 2

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

6 §

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, *och*
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,

5. uppgift om den information som lämnats till patienten, *dennes vårdnadshavare och övriga närstående* och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning, *och*

6. uppgift om att en patient nekat till att ta emot viss vård eller behandling.

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

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

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 1 § och 6 kap. 6 och 7 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt prop. 2012/13:20 *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.),
- Inspektionen för vård och omsorgs 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) och tandvårdslagen (1985:125).

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).

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

6 §

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

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

Om informationen inte kan

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten *och dennes närstående* ges information *enligt 2 kap. patientlagen (2013:000).*

lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 12 § andra stycket eller 13 § första stycket eller i 25 kap. 6 eller 7 § offentlighets- och se

7 §

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

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

Denna paragraf omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 5 kap. 1 § patientlagen (2013:000).

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten får en förnyad medicinsk bedömning enligt vad som anges i 6 kap. 1 § patientlagen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

Förteckning över remissinstanser

Riksdagens ombudsmän (JO), Riksrevisionen, Justitiekanslern (JK), Datainspektionen, Konkurrensverket, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Myndigheten för vårdanalys, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Statens folkhälsoinstitut (FHI), Smittskyddsinstitutet, Utredningen om inrättande av Inspektionen för vård och omsorg (S 2012:05), Handisam, Barnombudsmannen (BO), Barnombudsmannen (BO), Statskontoret, Karolinska institutet, Uppsala universitet (efter hörande med Juridiska institutionen), Lunds universitet (efter hörande med Juridiska institutionen), Göteborgs universitet, Umeå universitet, Diskrimineringsombudsmannen (DO), Ungdomsstyrelsen, Konsumentverket, Bengtsfors kommun, Dorotea kommun, Fagersta kommun, Falu kommun, Gnosjö kommun, Gotlands kommun, Gällivare kommun, Göteborgs kommun, Halmstads kommun, Huddinge kommun, Kalmar kommun, Linköpings kommun, Malmö kommun, Mora kommun, Munkfors kommun, Norrköpings kommun, Orust kommun, Ronneby kommun, Sandvikens kommun, Skara kommun, Staffanstorps kommun, Stockholms kommun, Sunne kommun, Sävsjö kommun, Torsby kommun, Uppsala kommun, Vimmerby kommun, Vingåker kommun, Växjö kommun, Åre kommun, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Skåne läns landsting, Hallands läns landsting/Region Halland, Västra Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarna läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Svenska Barnläkarförbundet, Sveriges Tandläkarförbund, Privattandläkarna, Tjänstetandläkarna, Sveriges Psykologförbund, Förbundet Sveriges Arbeta-
 reterapeuter, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR), Vårdförbundet, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Distriktssköterskeföreningen, Svenska Barnmorskeförbundet, Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Akademikerförbundet (SSR), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF), Afasiförbundet i Sverige, Astma- och Allergiförbundet, Autism- och Aspergerförbundet, Blodcancerförbundet (BLC), Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation (BRO), Demensförbundet, Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder (DHR), Dyslexiförbundet (FMLS), Elöverkänsligas Riksförbund, Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning (FUB), Förbundet Blödarsjuka i Sverige (FBIS), Handikappförbunden (HSO), Hiv-Sverige, Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft, Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund, Hjärtebarnsförbundet, ILCO Riksförbundet för stomi- och reservoaropererade, Lika Unika, Mag- och tarmförbundet, Migränförbundet, Mun- & Halscancerförbundet (MHCF), Njurförbundet, Parkinsonsförbundet, Personskadeförbundet (RTP), Primär immunbrist

organisationen (PIO), Prostatacancerförbundet, Psoriasisförbundet, Bilaga 3
Reumatikerförbundet, Riksförbundet Attention, Riksförbundet Cystisk
Fibros (RfCF), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH),
Riksförbundet Sällsynta diagnoser, Schizofreniförbundet, Stannings-
förbundet, STROKE-Riksförbundet, Svenska Celiakiförbundet (SCF),
Svenska Diabetesförbundet (SD), Svenska Epilepsiförbundet (SEF),
Svenska föreningen för psykisk hälsa (sfph), Svenska OCD-förbundet
Ananke, Sveriges Dövas Riksförbund (SDR), Sveriges Fibromyalgi-
förbund (SFF), Tandvårdsskadeförbundet (TF), Ung Cancer, FAMNA,
Svenskt Näringsliv, Vårdföretagarna, Praktikertjänst.

Utanför remisslistan:

Storstockholms Diabetesförening, Psykiatriska Riksföreningen för
Sjuksköterskor, Nätverket mot Cancer, Statens medicinsk-etiska råd,
SMER, Hörselskadades Riksförbund, Visma Commerce AB, Svenska
NOBA