

# Sammanfattning

## Förslag för att stärka patientens ställning

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

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

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

## De lämnade förslagen

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

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

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

Utredningen föreslår vidare en lagreglering där landstingen åläggs att ge patienten individuellt anpassad information om rådande väntetider, valmöjligheter och innehållet i den vårdgaranti som landstinget tillämpar. Det ska i lagen tydligt framgå att patienter har rätt att välja vårdgivare både inom och utanför det egna landstinget. Utredningen föreslår också att hälso- och sjukvårdslagens definition av god vård ges ett tillägg med innebörden att hälso- och sjukvården ska tillvarata patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare.

Patienter saknar ofta förmåga att överblicka och hantera den egna vårdens organisation eller förstå den komplexitet som vården inrymmer. Utredningen föreslår därför en stärkt skyldighet att vid behov ge patienter en fast vårdkontakt. Det är verksamhetschefens ansvar att denna vårdkontakt utses. Den fasta vårdkontakten kan exempelvis ha en samordningsroll för de olika kontakter som en vårdprocess omfattar. Vårdkontakten kan, men måste inte, vara läkare. Med ett tydligt ansvar för verksamhetschefen behövs ingen särskild lagbestämmelse om patientansvarig läkare, eftersom en likvärdig funktion kan utses av verksamhetschefen. Utredningen föreslår därför att lagbestämmelsen om patientansvarig läkare

utgår. Utredningen understryker vidare landstingens skyldighet att organisera verksamheten så att patienten vid brister hos vårdgivaren bara behöver vända sig till en kontaktyta för fortsatt hjälp och stöd.

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

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

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

Förslagen presenteras i sin helhet i kapitel 7.

### Utgångspunkter för de lämnade förslagen

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dagens situation

### Nuvarande rättsliga reglering av patientens ställning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### **Nuvarande tillämpningar av patientnära stödfunktioner samt utredningens värdering av desamma**

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

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

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

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

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

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

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

## Utredningens överväganden bakom förslagen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Konsekvenser av utredningens förslag**

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

Ett införande av en lagstadgad nationell vårdgaranti innebär att det som i dag är ett frivilligt åtagande från landstingens sida blir obligatoriskt. I och med detta måste den kommunala finansieringsprincipen beaktas. En vårdgaranti behöver dock inte innebära att landstingens kostnader långsiktigt ökar. Om vårdbehov väl konstaterats, så blir kostnaderna för landstinget inte lägre av att man förskjuter starten av den beslutade åtgärden eller behandlingen och på motsvarande sätt naturligtvis inte heller högre om vården ges i tid. Alla behandlingar och andra åtgärder som görs inom vårdgarantin ingår redan i det åtagande som landstinget har mot den egna befolkningen. Landstingens egna systematiskt genomförda förbättringsarbeten har visat att det finns betydande potential att tillvarata, vad avser möjligheter till att förbättra vårdprocesser, och därmed nå såväl bättre medicinska resultat som mer kostnads-effektiv vård.

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

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

Betänkandets konsekvensbeskrivning återfinns i kapitel 8.