

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2013-04-10

HSN 1302-0258

Handläggare:  
Gunnel Blomgren

Hälso- och sjukvårdsnämnden,  
2013-04-23 p 25

## **Yttrande över delbetänkande av Patientmaktsutredningen – Patientlag (SOU 2013:2)**

### **Ärendebeskrivning**

Regeringen beslutade den 24 mars 2011 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas (dir. 2011:25). Utredningen har antagit namnet Patientmaktsutredningen.

Regeringen har också beslutat om två tilläggsdirektiv till Patientmaktsutredningen (dir. 2012:24 och 2012:113). Tilläggsuppdragen ska redovisas senast den 30 juni 2013.

Patientmaktsutredningen har i uppdrag att föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas. I detta delbetänkande SOU 2013:2 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.

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

*att* till Landstingsstyrelsen överlämna förvaltningens förslag till yttrande

*att* omedelbart justera beslutet

### **Bakgrund**

Till skillnad från våra Nordiska länder saknar *Sverige en lagstiftning som samlat beskriver patientens ställning i vården.*

Med undantag för de bestämmelser som existerar kring juridiska rättigheter –utkrävbara rättigheter i domstol- präglas hälso- och sjukvården i Norden av ”skyldighetslagstiftning”, dvs sjukvårdspersonalens skyldigheter i förhållande till sina patienter.

Lagstiftningen är av offentlighetsrättslig karaktär, vilken innebär att

sjukvårdshuvudmannen har en vertikal relation till individen.

Det har framkommit ett behov av att göra en översyn av HSL, särskilt när det gäller lagens struktur och utformning. Den nya lagen ska vara en ramlag och även samla generella bestämmelser om organisation och ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården.

Tilläggsdirektiv till "Utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning "Dir 2012;113)". En utgångspunkt för utredarens arbete i denna del ska vara att ansvarsförhållandena inom hälso- och sjukvården inte ska ändras.

Utredaren ska i denna del också beakta arbetet inom utredningen "En kommunallag för framtiden (Fi 2012:07) Tilläggsdirektivet ska redovisas senast den 30 juni 2013.

Patientlagens portalparagraf föreslås vara:

"Lagen ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet". Detta är inte en rättighetslag, utan en skyldighetslag, för att inte få en utveckling mot en tidsödande och resurskrävande prövning av mål via rättsväsendet. I stället är fokus på vad landstingen, vårdgivare och profession är skyldiga att erbjuda.

Regeringen ställer sig bakom utredningens bedömning att en samlad patientlagstiftning inte ska innehålla utkrävbara rättigheter i den meningen att beslut som fattas inom vården ska kunna överprövas av domstol.

I denna proposition av Patientmaktsutredningen ska utredaren bland annat analysera förhållandet till annan lagstiftning och utarbeta ett fullständigt författningsförslag som ska innefatta eventuella följdändringar i annan lagstiftning.

Vidare ska Patientlagen stärka och tydliggöra patientens ställning, barnperspektivet ska synliggöras. Lagen ska dessutom vara begriplig, pedagogisk och överskådlig.

Den första delen i Patientmaktutredningen omfattar;

Valfrihet och bemötande, avsnitt 8 och 9

Val av fast läkarkontakt, avsnitt 7

Information, samtycke och delaktighet, avsnitt 5, 6, 7

Tillgänglighet, personuppgifter och intyg

Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet

## **Förvaltningens synpunkter på förslaget**

### **2013:2, avsnitt 8**

*Ökad valfrihet, Val av utförare i den offentligt finansierade öppenvården, (9 kap. 1 §)*

I patientlagen införs en bestämmelse att patienter får möjlighet att välja offentligt finansierad primärvård och öppen specialistvård inom hela landet. Hälso- och sjukvård ska ges på samma villkor som för de egna invånarna. Hemlandstinget svarar för kostnaderna för den vård som patienten får i ett annat landsting under förutsättning att

hemlandstingets remissregler följs. Hemlandstinget ska inte vara skyldigt att bekosta patientens merkostnader i form av resor, uppehälle mm för vård som sker inom ramen för patientens fria val i annat landsting.

#### ***Kommentar***

En sådan lagregel om valfrihet, att kunna välja offentlig finansierad primärvård och öppen specialistvård inom hela landet, blir härmed en tydlighet för såväl patienter som hälso- och sjukvårdspersonal. Detta bör därför synliggöras i den föreslagna rubriken i kapitel 9 i lagtexten med att det rör sig om val av utförare inom den offentligt finansierade öppna hälso- och sjukvården.

#### ***Prioriteringar***

Denna del i lagförslaget medför samtidigt konsekvenser för berört hemlandstings möjligheter att fullt ut tillämpa sina medicinska prioriteringar och indikationsgränser i de fall patienten väljer öppenvård i andra landsting.

#### ***Kostnadskontroll***

Vidare påverkar förslaget landstingens möjligheter att styra över sina kostnader för den öppna hälso- och sjukvården.

Förslaget medför att patienter kommer att kunna välja att åka till landsting som tillhandahåller sådana vårdtjänster som inte finns tillgängliga i det egna hemlandstinget till vanliga patientavgifter ex sterilisering, omskärelse på icke medicinska grunder, assisterad befruktning.

#### ***Verksamhetsplanering***

En ytterligare konsekvens av förslaget blir att landstingen inte längre kan prioritera sina egna invånare framför patienter som är bosatta i andra landsting utan enbart efter de medicinska behov som patienterna har.

Vårdlandstinget kan inte säga nej till patienter från andra landsting som väljer öppen vård i vårdlandstinget. Landstingen behöver vidare planera och organisera sin verksamhet för öppenvård med hänsyn till befolkningens behov i övriga landsting.

Detta torde ur ett storlandsting/regionperspektiv medföra en synnerligen komplex planering.

En ytterligare dimension torde vara att ur ett samhällsperspektiv följa om vissa regioner inom Sverige skulle få ett minskat patientunderlag som kan försvåra den egna planeringen och rekryteringen.

Här krävs också ett ställningstagande vilka åtgärder som ska prioriteras och ett regelverk hur hemlandstinget kommer att ställa sig till de fakturor som måste betalas för utförd öppenvård oavsett hemlandstingets prioriteringsordning.

#### ***Specialiserad öppen Regionsjukvård***

EU:s patientrörlighetsdirektiv stipulerar också möjligheten att välja vårdgivare inom den öppna vården och innefattar också sådan öppen vård som ges enligt reglerna om *regionsjukvård* 9 § HSL.

### *Privata vårdgivare*

Det är betydelsefullt att synliggöra att patienter även utanför sitt eget hemlandsting kan välja öppen vård hos privata vårdgivare som har kontrakt med berört vårdlandsting. Ett kontrakt som kan slutas med stöd av antingen lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Det ska vara lika enkelt att välja en sådan privat vårdgivare som det är att välja vård som tillhandahålls i landstingets egen regi.

Det kan finnas ett behov att tydliggöra att den ersättning som utgår till privat vårdgivare för en vårdtjänst är densamma för både inom- och utomlänspatienter i enlighet med riksavtalet för utomlänsvård.

Det bör även framgå i den kommande propositionen att ett hemlandsting kan sända en remiss om öppenvård, med hänvisning till exempelvis vårdgarantin, direkt till privat vårdgivare med kontrakt med berört vårdlandsting. Med nuvarande bestämmelser i HSL är det inte förenligt med LOU och LOV att ett landsting sänder en remiss direkt till privata vårdgivare även om det finns ett kontrakt med annat landsting där frågor om bland annat vårdåtagande och ersättningsbestämmelser är reglerade. Landstingen har byggt upp administrativ kapacitet att från andra landsting, via en egen kontraktfunktion, förmedla remisser till privata vårdgivare med vilka de har kontrakt. Den administrativa bördan bör således minska om ett hemlandsting kan sända en remiss för öppenvård direkt till en privat vårdgivare.

Vidareförmedling av remisser via landstingens kontaktfunktioner kommer framledes att röra enbart slutenvård.

I den kommande propositionen behöver det framgå att i de fall en privat vårdgivare med kontrakt med ett landsting tillhandahåller en i kontraktet reglerad vårdtjänst betar både inomlän- och utomlänspatienter de patientavgifter som kontraktsslutande landsting tillämpar. Motsvarande klargörande behövs också i den del av propositionen som utgör bakgrund till 9 kapitlet "Val av utförare" i den föreslagna patientlagen.

### *Hjälpmedel*

Det bör framgå att frågor om hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning som besöker andra landsting även i fortsättningen kommer att hanteras i enlighet med bestämmelserna i riksavtalet för utomlänsvård. Av detta avtal framgår bland annat att det är hemlandstinget som ersätter ett vårdlandsting som föreskriver och utlämnar hjälpmedel.

### *Remisser i den öppna specialiserade vården*

Det behövs ett klargörande mot bakgrund av att bestämmelserna i riksavtalet för utomlänsvård, att om en patient på eget initiativ söker öppenvård för specialistsjukvård och sjukgymnast ersätter hemlandstinget vårdlandstinget enbart om hemlandstingets remisskrav iakttagits.

Vidare behövs ett klargörande enligt riksavtalet, om patientens hemlandsting kräver remiss i öppen vård till annan specialistläkare i allmän medicin och sjukgymnast kan även vårdlandstinget utfärda en sådan remiss. Landsting kan inte införa krav på remiss inom specialiteterna barnmedicin, gynekologi och psykiatri hos privatläkare, som ger vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Införandet av en nationell e-remiss kommer att underlätta informationsöverföringen och tillgodose ett säkrare patientomhändertagande.

**SOU 2013:2, avsnitt 7**

*Val av behandlingsalternativ, (5 kap. 1 §)*

Utredningen förslår att det i patientlagen fastslås att det inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet finns flera behandlingsalternativ som står i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhets ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som patienten föredrar. Paragrafen motsvarar i sak gällande bestämmelser i HSL.

**Kommentar**

I den kommande lagtexten bör det framgå tydligt att patienten ska kunna välja mellan *samtliga* de behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården som också finns i *andra landsting*. Det behöver också framgå att valet av behandlingsalternativ inom den öppna vården även avser öppen regionsjukvård för att harmonisera med utredningens lagförslag rörande val av utförare i den öppna vården.

I den kommande propositionstexten kan det behöva framgå att i de fall en patient önskar välja ett behandlingsalternativ inom den slutna hälso- och sjukvården blir det reglerna i riksavtalet för utomlänsvård som också i fortsättningen blir tillämpbara.

Vidare bör det också framgå att patienten ska erbjudas val av behandling inom den slutna vården om det med hänsyn till sjukdom/skada och kostnad framstår som befogat.

*Återbesök på grund av komplikationer*

Ett förtydligande behövs av vad som sker om ingreppet i öppenvården kommer att kräva återbesök på grund av att en komplikation uppstår som hemlandstinget inte har möjlighet eller kompetens att åtgärda.

**SOU 2013:2, avsnitt 7**

*Förnyad medicinsk bedömning, (6 kap. 1 §)*

Utredningen föreslår att det i lagtexten regleras att 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) om förutsättningarna i 5 kap. 1 § är uppfyllda. Nuvarande begränsning i HSL om att det krävs att det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet,

tas bort.

**Kommentar**

Detta bidrar till att stärka patientens möjligheter att enklare få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Bestämmelsen avser att skapa trygghet åt svårt sjuka och sköra individer.

Det bör också framgå att valet av förnyad medicinsk bedömning också innefattar de fall där en patient behöver skrivas in i den slutna vården i samband med tillhandahållandet av sådan medicinsk bedömning.

Begreppet/orden ”second opinion” bör inte föras in i lagtexten utan förnyad medicinsk bedömning är att föredra.

Det föreligger ett behov av ekonomisk uppföljning och konsekvensanalys av detta förslag.

**SOU 2013:2, avsnitt 7**

*Fast vårdkontakt och individuell planering,( 7 kap. 3 §)*

Patientmaktutredningen förslår att det i lagen regleras att en patient ska ges möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Ett annat lagförslag är att en fast vårdkontakt ska utser för patienten om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården.

**Kommentar**

Vid val av fast läkarkontakt innebär det en möjlighet för en individ som är bosatt i ett landsting att ”lista” sig på en vårdcentral och välja en fast läkarkontakt i ett annat landsting. Av utredningen framgår att frågan om ersättning för besök i öppen vård och eventuell kapiteringsersättning för en patient i ett annat landsting får överlåtas även framöver på landstingen. Patientmaktutredningen framhåller att staten inte reglerar hur landstingen utformar sina interna ersättningssystem eller inbördes betalningar.

I kommande lagtext bör det synliggöras att detta även innebär att patienten ska ges möjlighet att också i andra landsting kunna välja en fast läkarkontakt och även få tillgång till en fast vårdkontakt. Socialstyrelsens har utfärdat riktlinjer för de tre största cancerdiagnoserna där det bl.a. framgår att alla patienter ska få en kontaktsjuksköterska. Det bör även i patientlagen framgå att kontaktsjuksköterskor kan utgöra en fast vårdkontakt.

Det bör framgå i 7 kap. 4 § att med individuell plan avses Lag 2009:979, så att ingen sammanblandning sker med begreppet ”samordnad vårdplanering” i Lag 1990:1404 och SOSFS 2007:10.

**SOU 2013:2, avsnitt 7***Information, samtycke och delaktighet (Kap. 2-4 §-§)**Information*

I patientlagen förtydligas det att patienten ska få information om bland annat sitt hälsotillstånd och tillgängliga metoder för undersökning, vård och behandling. Vidare ska patienten erhålla information om möjlighet att välja vårdgivare, vårdgarantin och möjligheten att hos Försäkringskassan ansöka om ersättning för vård i annat EES-land.

Patientmaktsutredningen föreslår också att det i patientlagen tydliggörs att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens *samtycke* om inte annat följer av annan lag

Vidare föreslås att det i patientlagen införs en bestämmelse som gör det tydligt att en patients medverkan i den egna vården ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar,

***Kommentar***

*Förvaltningen* finner att det kommer att krävas förstärkta informationsinsatser såväl inom hälso- och sjukvården som till patienter och befolkning för att patienten ska kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till att acceptera den vård som erbjuds. Vidare underlättar information för patienten att känna ökad kontroll över sin tillvaro genom att minska ovisshet och göra det möjligt att planera. Bristfällig information kan upplevas som bristande respekt eller dåligt bemötande.

Det bör klargöras hur 3 kapitlet 2 § patientlagen gällande att "Om en patient inte samtycker till viss hälso- och sjukvård ska patienten få information om vilka konsekvenser hans eller hennes nekande kan medföra." förhåller sig till 2 kapitlet 6 § gällande att "Patientens önskan att avstå från information ska respekteras." Kan en patient neka till att ta emot information om vilka konsekvenser hans eller hennes nekande till hälso- och sjukvård kan medföra?

Det är bra att patientens nekande till att ta emot viss vård eller behandling alltid ska dokumenteras i patientjournalen. Det bör även framgå av patientdatalagen att det ska dokumenteras när patienten nekar att ta emot viss information och vilken information patienten nekar till att ta emot.

Hur ska lagstiftningen bäst stödja personer som saknar förmåga till självbestämmande och förmåga att förstå sitt eget vårdbehov, eller som kanske kan förstå, men inte kan fatta självständiga beslut kring det egna behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Valet att godta tvångsvård bara av patienter med vissa diagnoser

medför att stora grupper patienter, som i realiteten saknar beslutsförmåga men som saknar dessa specifika diagnoser inte kommer att beaktas vad gäller sjukvårdsbehovet. Dit kan räknas patienter som lider av demens eller utvecklingsstörning. Med stöd av ny tvångslagstiftning inom socialtjänsten föreslås dementa ett visst tvångsomhändertagande. När det gäller att se till att dessa personer får nödvändig medicinsk vård, också då de till följd av oförstånd motsätter sig sådan, ställs inga förslag alls till reglering. Lagstiftningen kring tvångsvård som tar sin utgångspunkt i beslutskapacitet snarare än medicinsk diagnos bör utgöra utgångspunkt för hur inskränkningar av patientens självbestämmande beaktas och utformas. Därav följer att det medicinska vårdbehovet bör tillgodoses optimalt hos individer med psykiatrisk diagnos, utöver det som rör den mentala hälsan.

Vad gäller regelverket kring beslutsoförmögna och samtycke är det föremål för överväganden av både utredningen om förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m. (Dir 2011:111) och utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning (Dir 2012:72). Den sist nämnda utredningen har till uppdrag att lämna förslag till en 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 i bl.a. hälso- och sjukvården. Resultatet av denna utredning ska beaktas innan en ny lagstiftning om samtycke antas.

#### **Avsnitt 7.6**

*Barns inflytande över sin vård, (Kap. 4, 2 §)*

Patientmaktsutredningen föreslår att principen om barnets bästa förs in i patientlagen genom att det av denna lag 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.

#### **Kommentar**

Detta förslag innebär att barnets bästa kommer att tydligt regleras i patientlagen. Förvaltningen delar också utredningens överväganden rörande särskilda åldersgränser vad gäller barns inflytande och information i medicinska frågor. Utredningens slutsats är att fasta åldersgränser medför 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. Barnets åsikt ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.



Det bör framgå att informationsskyldigheten i 2 kapitlet 4 § gäller båda vårdnadshavarna.

### **Övriga synpunkter**

#### *Personuppgifter och Intyg*

I 10 kap, 4 § i den föreslagna lagen regleras frågan om intyg.

Förvaltningen finner att det bör framgå att det avser intyg, som har samband med tidigare genomförda undersökningar, vård och behandling. Regleringen avser således inte hälsointyg

#### *Tandvård*

Det finns inget att erinra mot att patientlagens bestämmelser om barns ställning ska i tillämpliga delar även gälla verksamheter inom tandvården.

Det hade varit önskvärt om patientlagen även gällde tandvården, eftersom tandvården och dess patienter oftast glöms bort när man pratar om hälso- och sjukvård. I detta sammanhang bör särskilt uppmärksammas den tandvård som ges till patientgrupper med förståndshandikapp, barn såväl till vuxna under narkos

Om nu patientlagen till största delen inte ska gälla tandvård bör en hänvisning ske till tandvårdslagen. I 1 kapitlet 2 § eller 3 § kan anges ”Bestämmelser om tandvård finns i tandvårdslagen (1985:125).”

#### *Myndighet för övergripande information*

Förvaltningen ställer sig bakom förslaget att en statlig myndighet ska få i uppdrag att ansvara för övergripande information om den nya patientlagen samt andra frågor som rör patientens ställning i hälso- och sjukvården.

En annan viktig del i det fortsatta arbetet är förslaget att en myndighet får i uppdrag att följa reformens genomförande ur ett patientperspektiv. En sådan uppföljning bör omfatta frågor om bl.a. landstingens prioriteringsarbete, de förändrade förutsättningar till följd av utökat ansvar för öppenvård av utomlänspatienter och reformens ekonomiska konsekvenser.

#### *Nationellt automatiserat högkostnadsskydd/frikort*

I samband med yttrande över betänkandet ”Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2) våren 2013, fann förvaltningen det av vikt att påtala behovet av att utveckla ett nationellt automatiserat högkostnadsskydd för öppenvårdsbesök för att ytterligare stärka patientens ställning. Kommer patientrörlighet att öka framledes finns ytterligare ett behov av att underlätta kostnadskontrollen för såväl patient som landstinget. Nuvarande

hantering av frikort är också tveksam ur redovisnings synpunkt.

På sid 11 i SOU 2013:2 angående en patientlag kommenteras avgränsningen med att "lagstiftning som reglerar särskilda, avgränsade frågor, såsom t.ex. smittskydd, aborter och transplantationer, har i huvudsak lämnats orörd och utanför patientlagen.

### **Kommentar**

Smittskydd torde inte vara att betrakta som en *avgränsad fråga* då denna verksamhet hanteras av alla vårdcentraler, alla ungdomsmottagningar, alla mödravårdcentraler, ett flertal specialistmottagningar. Samtliga läkare i Sverige har speciellt ansvar enligt smittskyddslagen. Den enda tvingande skyldigheten som finns för behandlande läkare angående provtagning finns i smittskyddslagen. Hur påverkar inte det samt annat som vaccinationer, smittsamma sjukdomar, sexuellt överförbara sjukdomar barn och unga. Hur påverkar inte smittsamma sjukdomar beslutsoförmögna. Finns det några sjukdomar som har en högre tvingande grad av delaktighet och medverkan i form av smittspårning, förnyad medicinsk bedömning, myndigheternas ansvar för information, ex vaccinationsprogrammet

### **Sammanfattning**

Huvudtanken synes vara att den praxis som numera råder och som successivt har inarbetats i hälso- och sjukvårdslagen ska förtydligas. Portalparagrafen i förslaget till ny lag stadgar att den nya lagen; *"ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet."*

Det är diskutabelt om det är hälso- och sjukvårdens uppdrag att få medborgaren att ur ett samhällsperspektiv förväntas bli självbestämmande. Vill patienten inte bestämma själv så måste hälso- och sjukvården rimligen respektera denna vilja och förmedla den goda hälso- och sjukvård som bäst gagnar patientens behov utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Det bör framgå av lagförslaget att det handlar om att respektera patientens vilja, förutsatt att patienten har en förmåga till självbestämmande.

Patientens egen vilja ska ges ett absolut företräde mot behandling som denne inte vill erhålla. Patienten ska också ha rätt att vara med i valet av behandling. Det kommer att ställas än större krav på information som grund för samtycke.

Olika utredningar pågår kring patientens rätt och ställning.

Patientgrupper med större skyddsbehov synes inte få utrymme i lagtexten. Hur synliggörs och säkerställs att patienten inom den kommunala hälso- och sjukvården omfattas av lagstiftningen. För kommuner och landsting har det tillkommit skyldigheter i fråga om samarbete och individuella planer när det gäller personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

Det unika med en Patientlag bör vara att utforma ett samlat system

av lagar grundat på att ge patient, medborgare och hälso- och sjukvårdens aktörer en gemensam grund och förtydligande av hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Granskar man de olika förslagen och hänvisningarna i propositionen till så väl kommande förslag till lagar som till tidigare propositioner, uppstår en osäkerhet över om det ur lagteknisk synpunkt är korrekt att fatta ett delbeslut om en samlad Patientlag.

Frågan om en samlad Hälso- och sjukvårdsbalk vore intressant att få belyst mot bakgrund av komplexiteten kring lagstiftningen som rör hälso- och sjukvårdsfrågorna.

Catarina Andersson Forsman  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Nergårdh  
Avdelningschef

# Patientlag

*Delbetänkande av Patientmaktsutredningen*

*Stockholm 2013*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

SOU 2013:2

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

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-598 191 91  
Ordertel: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

*Svara på remiss – hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)*  
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.  
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/remiss>

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

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryckt av Elanders Sverige AB.  
Stockholm 2013

ISBN 978-91-38-23878-3  
ISSN 0375-250X

## Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Göran Hägglund

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

Som särskild utredare förordnades från och med den 30 mars 2011 dåvarande regiondirektören Johan Assarsson.

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

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

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

Utredningen har antagit namnet Patientmaktsutredningen.

Den 7 juni 2012 överlämnade utredningen promemorian *Patientens tillgång till sin journal* till Socialdepartementet.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet Patientlag (SOU 2013:2).

Stockholm i januari 2013

Johan Assarsson

/Petra Zetterberg Ferngren  
Lena Barrbrink  
Elin Sundberg

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>11</b>
<b>Författningsförslag .....</b>	<b>21</b>
<b>1 Uppdraget och dess genomförande .....</b>	<b>47</b>
1.1 Uppdraget.....	47
1.2 Arbetet med delbetänkandet.....	48
1.3 Reformer och tidigare utredningar på området .....	49
1.3.1 Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000.....	49
1.3.2 Ansvarskommittén .....	51
1.3.3 Patientdatautredningen .....	52
1.3.4 Patientsäkerhetsutredningen.....	54
1.3.5 Frittvalutredningen.....	55
1.3.6 Utredningen om patientens rätt i vården .....	56
1.3.7 Statens vård- och omsorgsutredning.....	58
1.3.8 Utredningen om rätt information i vård och omsorg.....	60
1.3.9 Utredningen om beslutoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning .....	61
<b>2 Patientmakt.....</b>	<b>63</b>
2.1 Inledning.....	63
2.1.1 Utgångspunkter.....	64
2.2 Information och kommunikation.....	65
2.2.1 Patientundersökningar/enkäter .....	67



2.2.2	Information och kommunikation – en fråga om kultur och attityd .....	71
2.3	God vård och vård på lika villkor .....	73
2.4	Ökad valfrihet för patienten .....	74
2.5	Vård på patientens villkor .....	75
2.5.1	Patientcentrerad vård .....	76
2.5.2	Patientens medverkan i vården .....	80
<b>3</b>	<b>Gällande rätt m.m. ....</b>	<b>83</b>
3.1	Inledning .....	83
3.1.1	Hälso- och sjukvårdslagen .....	83
3.1.2	Tandvårdslagen .....	85
3.1.3	Patientsäkerhetslagen .....	86
3.1.4	Patientdatalagen .....	87
3.1.5	Lagen om patientnämndsverksamhet m.m. ....	87
3.2	Nordisk utblick .....	88
3.2.1	Danmark .....	89
3.2.2	Finland .....	92
3.2.3	Island .....	94
3.2.4	Norge .....	97
<b>4</b>	<b>Valmöjligheter och vårdval .....</b>	<b>103</b>
4.1	Inledning .....	103
4.2	Vilka valmöjligheter har patienten i dag? .....	104
4.2.1	Valmöjligheter inom hemlandstinget .....	104
4.2.2	Möjlighet att välja vård i andra landsting .....	105
4.2.3	Möjlighet att välja vård i annat land inom EU/EES-området .....	108
4.2.4	Praktiska hinder för vård över landstingsgränser .....	110
4.3	Information till patienter om valfrihet och vårdval .....	115
4.4	Stimulansbidrag för fortsatt utveckling av vårdval .....	116
4.5	Uppföljningar och utvärderingar .....	117
4.5.1	Konkurrensverket .....	117
4.5.2	Socialstyrelsen .....	118

4.5.3	Uppsala universitet.....	119
4.5.4	Myndigheten för vårdanalys.....	121
4.6	Utredningens reflektioner.....	122
<b>5</b>	<b>Den nuvarande nationella vårdgarantin .....</b>	<b>123</b>
5.1	Inledning.....	123
5.2	Vårdgarantins innehåll och relaterade satsningar.....	123
5.3	Individuellt anpassad information om vårdgarantin.....	130
5.4	Uppföljningar och utvärderingar .....	131
5.4.1	Socialstyrelsen.....	131
5.4.2	Uppsala universitet.....	137
5.4.3	ESO:s rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård .....	138
5.4.4	Sveriges läkarförbund .....	140
5.5	Utredningens reflektioner.....	142
<b>6</b>	<b>Patientinformation .....</b>	<b>143</b>
6.1	Inledning.....	143
6.2	Myndigheternas uppdrag och arbete i dag.....	144
6.2.1	Socialstyrelsen (SoS) .....	144
6.2.2	Läkemedelsverket (LV).....	146
6.2.3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)....	147
6.2.4	Statens folkhälsoinstitut (FHI) .....	147
6.2.5	Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) .....	148
6.2.6	Smittskyddsinstitutet (SMI).....	149
6.2.7	Myndigheten för vårdanalys.....	149
6.3	Patientnämnderna .....	150
6.4	Aktiv hälsostyrning med vårdcoacher .....	153
6.5	Utredningens reflektioner.....	156

<b>7</b>	<b>Patientlag m.m.</b> .....	<b>157</b>
7.1	Inledning.....	157
7.2	En patientlag.....	160
7.3	Individuell information till patienter .....	164
7.3.1	Information om vård och behandling.....	164
7.3.2	Information om valfrihet, vårdgaranti och möjlighet att ansöka om ersättning för vård i annat EES-land m.m. ....	170
7.4	Samtycke.....	174
7.5	Hälsa- och sjukvård till vuxna beslutsförmögna .....	179
7.6	Barnets inflytande över sin vård .....	184
7.6.1	Barnets bästa.....	184
7.6.2	Barns inställning till vård.....	188
7.6.3	Information till barn och vårdnadshavare .....	193
7.7	Delaktighet och medverkan.....	199
7.8	Förnyad medicinsk bedömning (second opinion) .....	204
7.9	Tandvård .....	209
<b>8</b>	<b>Ökad valfrihet .....</b>	<b>213</b>
8.1	Ett fritt val av utförare i öppen vård .....	213
8.2	Personkrets i bestämmelser om vårdval och vårdgaranti.....	225
<b>9</b>	<b>Den nationella vårdgarantin .....</b>	<b>229</b>
9.1	Vårdgarantins utformning .....	229
9.2	Information och vägledning om den nationella vårdgarantin .....	234
<b>10</b>	<b>Myndigheternas ansvar för information och patientnämndernas roll .....</b>	<b>239</b>
10.1	Inledning.....	239
10.2	Myndigheternas informationsansvar.....	239

10.3	Patientnämndernas roll.....	243
<b>11</b>	<b>Genomförandet av förslagen .....</b>	<b>247</b>
11.1	Stöd till genomförandet.....	247
11.2	Uppföljning ur ett patientperspektiv.....	249
<b>12</b>	<b>Konsekvenser av förslagen.....</b>	<b>251</b>
12.1	Inledning.....	251
12.2	Ekonomiska konsekvenser .....	251
12.3	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen .....	256
12.4	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.....	260
12.5	Konsekvenser för små företag.....	260
12.6	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.....	261
12.7	Övriga konsekvenser .....	262
<b>13</b>	<b>Ikraftträdande och övergångsbestämmelser .....</b>	<b>263</b>
<b>14</b>	<b>Författningskommentar.....</b>	<b>265</b>
14.1	Förslaget till patientlag .....	265
14.2	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	285
14.3	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) ..	290
14.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård .....	293
14.5	Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ....	294
14.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.....	294

14.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.....	295
14.8 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	295
14.9 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	296

### **Bilagor**

Bilaga 1–3 Kommittédirektiv.....	299
Bilaga 4 Patientens tillgång till sin journal En promemoria från Patientmaktsutredningen .....	323

# Sammanfattning

Patientmaktsutredningen 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 informationsplikens 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.



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 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 beslutsförmögna**

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 medvetlöshet 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 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 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.

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.