



## Stärkt ställning för patienten

---

### Sammanfattning

I betänkandet behandlas regeringens proposition 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning. Inga motioner har väckts med anledning av propositionen.

I propositionen föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

Den nationella vårdgarantin, som i dag är en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting föreslås regleras i lag. De tidsgränser som gäller för vårdgarantin i dag ska kvarstå tills vidare. Landstinget ska se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne får vård hos en annan vårdgivare om landstinget inte i rätt tid uppfyller tidsgränserna. Landstingen och de enskilda yrkesutövarna ska åläggas att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin. Landstingen ska dessutom åläggas att rapportera uppgifter om väntetider till en nationell databas.

Den begränsning som i dag finns i lagstiftningen om patientens rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt föreslås utgå. Vårdgivare och de enskilda yrkesutövarna föreslås få ett ansvar för att ge patienten individuellt anpassad information om möjligheterna att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade vården.

Verksamhetschefen ska ges ett tydligare ansvar för att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses. Om det behövs eller om en patient begär det ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Denna ordning ska ersätta den nuvarande funktionen patientansvarig läkare.

Genom att hälso- och sjukvårdens skyldighet att medverka till att patienten kan få en förnyad medicinsk bedömning utökas stärks patientens ställning. Detta görs genom att ta bort begränsningen att skyldigheten bara gäller när vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning för det medicinska ställningstagandet.

Utskottet ställer sig bakom och välkomnar regeringens förslag som på olika sätt bidrar till att ytterligare förstärka patientens rätt inom hälso- och sjukvården.

Lagstiftningen föreslås träda i kraft den 1 juli 2010.

I betänkandet behandlas även 12 motionsyrkanden som väckts under den allmänna motionstiden 2009.

Motionerna avstyrks.

I betänkandet finns 2 reservationer och 1 särskilt yttrande.

# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	1
Utskottets förslag till riksdagsbeslut .....	4
Redogörelse för ärendet .....	6
Ärendet och dess beredning .....	6
Bakgrund .....	6
Patientens ställning i hälso- och sjukvården – nuvarande regelverk .....	6
Propositionens huvudsakliga innehåll .....	9
Utskottets överväganden .....	11
Stärkt ställning för patienten .....	11
Propositionen .....	11
Motioner från den allmänna motionstiden .....	17
Utskottets ställningstagande .....	19
Reservationer .....	22
1. Uppföljning, punkt 2 (v) .....	22
2. Vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem, punkt 3 (v) .....	23
Särskilt yttrande .....	25
Vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem, punkt 3 (s, mp) .....	25
<i>Bilaga 1</i>	
Förteckning över behandlade förslag .....	26
Propositionen .....	26
Motioner från allmänna motionstiden hösten 2009 .....	26
<i>Bilaga 2</i>	
Regeringens lagförslag .....	28

# Utskottets förslag till riksdagsbeslut

## 1. Lagförslagen

Riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och
2. lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Därmed bifaller riksdagen proposition 2009/10:67 och avslår motionerna

2009/10:So288 av Lennart Pettersson m.fl. (c),

2009/10:So309 av Hans Hoff (s),

2009/10:So530 av Thomas Bodström (s),

2009/10:So592 av Marianne Watz (m) och

2009/10:So651 av Gustav Nilsson (m).

## 2. Uppföljning

Riksdagen avslår motion

2009/10:So463 av Lars Ohly m.fl. (v) yrkandena 17 och 23.

*Reservation 1 (v)*

## 3. Vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem

Riksdagen avslår motionerna

2009/10:So306 av Jan Emanuel Johansson (s),

2009/10:So312 av Elina Linna m.fl. (v) yrkandena 4 och 8 samt

2009/10:So585 av Per Lodenius (c) yrkande 4.

*Reservation 2 (v)*

## 4. En europeisk vårdgaranti

Riksdagen avslår motion

2009/10:So654 av Gustav Nilsson (m).

Stockholm den 4 mars 2010

På socialutskottets vägnar

*Kenneth Johansson*

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Kenneth Johansson (c), Ylva Johansson (s), Cecilia Widegren (m), Magdalena Andersson (m), Christer Engelhardt (s), Marianne Kierkemann (m), Jan R Andersson (m), Lennart Axelsson (s), Anders Andersson (kd), Elina Linna (v), Catharina Bråkenhielm (s), Maria Kornevik Jakobsson (c), Thomas Nihlén (mp), Finn Bengtsson (m), Per Svedberg (s), Ann Arleklo (s) och Maria Lundqvist-Brömster (fp).

# Redogörelse för ärendet

## Ärendet och dess beredning

Utskottet behandlar i detta betänkande regeringens proposition 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning. Inga motioner har väckts med anledning av propositionen.

Utskottet behandlar i betänkandet även tolv motionsyrkanden som väckts under den allmänna motionstiden 2009.

Regeringens förslag till riksdagsbeslut finns i bilaga 1 och lagförslagen i bilaga 2. De behandlade förslagen finns i bilaga 1.

## Bakgrund

### **Patientens ställning i hälso- och sjukvården – nuvarande regelverk**

*Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, utgör det centrala regelverket för hälso- och sjukvården. HSL är framför allt en målinriktad ramlag. I lagstiftningen anges vad sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att erbjuda befolkningen. Lagstiftningen formulerar däremot inte några rättigheter för den enskilde av det slag som finns inom annan lagstiftning på det sociala området, t.ex. i socialtjänstlagen (2001:453). Rätten till vård får dock anses följa implicit av både de skyldigheter sjukvårdshuvudmännen getts i HSL och av vårdpersonalens ansvar, som framgår av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, förkortad LYHS.

Målet för hälso- och sjukvården i Sverige är enligt 2 § HSL 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.

Hälso- och sjukvården ska enligt 2 a § HSL bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Motsvarande kvalitetskrav på yrkesutövarna finns i 2 kap. 1 § LYHS.

### *Patientens valmöjligheter*

Det finns inte något i lagstiftningen som begränsar möjligheterna för patienten i ett landsting att välja var man vill ha vård, oavsett om det avser primärvård eller specialiserad vård. Från och med januari 2010 finns det en skyldighet för landstingen att, med tillämpning av lagen (2008:962) om

valfrihetssystem, förkortad LOV, organisera primärvården så att invånarna i landstinget fritt kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster (5 § HSL).

Landstingets åtagande att ge vård till den enskilde är således knutet till det område där han eller hon bor. Enligt 3 a § HSL har en patient inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt om detta kan erbjuda en behandling som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Om någon vistas i ett annat landsting och behöver omedelbar hälso- och sjukvård ska landstinget emellertid enligt 4 § HSL erbjuda sådan vård. Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting om landstingen kommer överens om det. Utöver denna samverkan framgår av 9 § HSL, att regeringen får föreskriva att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting.

Ytterligare en obligatorisk form av samordning av vården finns sedan 2007 i form av s.k. rikssjukvård.

När det gäller frivilligt samarbete anger det s.k. riksavtalet vissa närmare förutsättningar för bl.a. val av och ersättning för vård i andra landsting (Riksavtalet för utomlänsvård med kommentarer, Landstingsförbundets styrelse 2004). Samtliga landsting har åtagit sig att följa en rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården som 2000 utfärdades av dåvarande Landstingsförbundet (Landstingsförbundets styrelses beslut den 8 december 2000; A 00:56). Rekommendationen gäller den enskildes möjligheter att omgående, från första dagen, välja planerad vård inom det egna landstinget och den anger en miniminivå som gäller i alla landsting.

Det finns flera olika alternativ för svenskar att få planerad vård med offentlig finansiering i ett annat EU/EES-land. Landstinget kan remittera patienten och står då för kostnaden. Förhandstillstånd kan sökas från staten genom Försäkringskassan enligt EU:s förordning 1408/71.<sup>1</sup> Patienten kan också själv köpa sin vård och i efterhand söka ersättning via staten enligt artiklarna 56–57 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, förkortat EUF-fördraget. Möjligheten att få vårdkostnaderna ersatta gäller oavsett om vårdgivaren är privat eller offentlig. Villkoret är att vården ingår i det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige.

EU-kommissionen lämnade den 2 juli 2008 ett förslag till direktiv om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård (KOM(2008) 414). Enligt förslaget ska EU-medborgare ha möjlighet att söka och få hälso- och sjukvård samt tandvård i ett annat EU-land och få kostnaderna för vården ersatta av hemlandet. Någon politisk överenskommelse om direktivet har ännu inte träffats i rådet.

<sup>1</sup> Denna förordning kommer i maj 2010 att ersättas av EU-förordning 883/2004 jämte en ny tillämpningsförordning.

Patientens möjlighet att välja behandlingsmetod regleras i 3 a § HSL. När det finns flera behandlingsalternativ som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ han eller hon föredrar.

#### *Vissa grundläggande skyldigheter för vårdgivaren*

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt (2 a § HSL). Patienten ska vidare ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de möjligheter till undersökning, vård och behandling som finns (2 b § HSL).

Vårdgivarnas skyldighet att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet är en viktig aspekt av skyldigheten att erbjuda god vård enligt 2 a § HSL. När detta fördes in i HSL 2007 tydliggjordes det också att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Landstinget är skyldigt att ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada en förnyad medicinsk bedömning, inom eller utom det egna landstinget, i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet (3 a § HSL). Patienten ska sedan erbjudas den behandling som den förnyade medicinska bedömningen kan föranleda. Möjligheten till förnyad medicinsk bedömning är inte begränsad till landstinget där patienten bor utan gäller i hela landet.

#### *Tillgång till hälso- och sjukvård*

HSL innehåller inte någon reglering av vilka väntetider som kan anses förenliga med kravet på god vård. Frånsett akutsjukvård anges endast att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården snarast ska ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt.

År 2005 träffade regeringen och dåvarande Landstingsförbundet en överenskommelse om att utvidga besöksgarantin till en vårdgaranti som också omfattar längsta väntetid till behandling. Det är denna vårdgaranti som gäller i dag. Vårdgarantin består av fyra delar som täcker i stort sett alla icke akuta besök inom primärvården, samt planerade första besök och behandling inom den specialiserade vården. Den brukar sammanfattas med sifferserien 0-7-90-90, som markerar hur många dagar den enskilde längst ska behöva vänta i olika vårdsammanhang.

Regeringen slöt i januari 2009 en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, den s.k. kömiljarden. Överenskommelsen omfattar en miljard kronor per år fr.o.m. 2010 och ska revideras årligen.



Riksdagen har fastställt nationella riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Enligt beslutet ska patienter med de största behoven ges företräde i vården. Riksdagsbeslutet består av en etisk plattform och fyra prioriteringsgrupper. Den etiska plattformen grundas på tre etiska principer:

- Människovärdesprincipen, enligt vilken alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen, enligt vilken resurserna bör satsas på områden (verksamheter, individer) där behoven är störst.
- Kostnadseffektivitetsprincipen, enligt vilken en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa och livskvalitet, bör eftersträvas vid valet mellan olika verksamheter eller åtgärder.

Socialstyrelsen ska utöva tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen samt över all hälso- och sjukvårdsverksamhet, med undantag för den som bedrivs inom försvarsmakten. Närmare bestämmelser om tillsynen finns i 6 kap. LYHS. Genom ändringar i lagstiftningen, som trädde i kraft den 1 januari 2010, är det tydligare definierat vad tillsyn innebär och vad som ska utföras inom ramen för tillsynen (prop. 2008/09:160, bet. 2008/09:SoU22, rskr. 259). Enligt den nya 2 a § LYHS innebär tillsyn enligt lagen granskning av att verksamhet och personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Enligt den nya 2 b § ska Socialstyrelsen inom ramen för sin tillsyn lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen och informera och ge råd till allmänheten.

## Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

Den nationella vårdgarantin, som i dag är en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, föreslås i propositionen regleras i lag. Regeringen gör bedömningen att de tidsgränser som gäller för vårdgarantin i dag bör kvarstå tills vidare. Landstinget ska se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne får vård hos en annan vårdgivare om landstinget inte i rätt tid uppfyller tidsgränserna. Landstingen och de enskilda yrkesutövarna ska åläggas att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin. Landstingen ska dessutom åläggas att rapportera uppgifter om väntetider till en nationell databas.

Den begränsning som i dag finns i lagstiftningen om patientens rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt föreslås i propositionen utgå. Vårdgivare och de enskilda yrkesutövarna före-

slås få ett ansvar för att ge patienten individuellt anpassad information om möjligheterna att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade vården.

Regeringen föreslår att verksamhetschefen ska ges ett tydligare ansvar för att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses. Om det behövs eller om en patient begär det ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Denna ordning ska ersätta den nuvarande funktionen patientansvarig läkare (PAL), som regeringen föreslår ska avskaffas.

Regeringen föreslår vidare att patientens ställning stärks genom att hälso- och sjukvårdens skyldighet att medverka till att patienten kan få en förnyad medicinsk bedömning utökas. Detta görs genom att ta bort begränsningen att skyldigheten bara gäller när vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning för det medicinska ställningstagandet.

Lagstiftningen föreslås träda i kraft den 1 juli 2010.

# Utskottets överväganden

## Stärkt ställning för patienten

### Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bifaller regeringens förslag till lagar om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Riksdagen avslår motioner om stärkt ställning för patienten, uppföljning, vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem samt en europeisk vårdgaranti.

Jämför reservationerna 1 (v) och 2 (v) samt särskilt yttrande (s, mp).

### Propositionen

#### *Patientens ställning behöver stärkas*

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 enligt regeringen 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. 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.

Regeringen framhåller i propositionen att många insatser har gjorts under senare år för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Reformen har genomförts för att öka patientens valfrihet, bl.a. genom införandet av LOV. I syfte att förenkla för patienter som söker information och rådgivning har regeringen dessutom de senaste åren genomfört satsningar för att skapa en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning per telefon och via Internet. Regeringen framhåller att även andra initiativ som syftar till att öka både jämförbarheten i och informationen om vården har tagits, bl.a. genom regeringens strategi för öppna jämförelser och en funktion för oberoende granskning. Strategin bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Enligt propositionen genomför regeringen även flera satsningar i syfte att stimulera huvudmännens arbete, bl.a. genom bidragen för vårdgarantin och den s.k. kömiljarden. Flera av de utredningsförslag som för närvarande bereds av regeringen, bl.a. från Patientsäkerhetsutredningen, Utredningen En nationell cancerstrategi samt Vårdighetsutredningen, har delvis också syftet att stärka patientens ställning.

Trots de senaste årens insatser konstaterar regeringen att det fortfarande finns brister att åtgärda när det gäller patientens ställning. Orsakerna till en svag patientställning kan variera mellan olika typer av patienter och vårdssituationer. Stärkandet av patientens ställning måste enligt regeringen ske genom en kombination av olika kompletterande åtgärder.

De områden som av Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:7) identifierats som särskilt angelägna att åtgärda avser tillgänglighet i vården, samordning av olika vårdinsatser liksom patientens delaktighet i vården.

När det gäller väntetiderna till vård finns det enligt regeringen särskilda problem. Också när det gäller kontinuitet och samordning inom vården finns vissa brister i förhållande till patienternas behov. För patienter med behov av vård från olika delar av hälso- och sjukvården, t.ex. från kommunal hälso- och sjukvård, specialistsjukvård och rehabilitering, kan samordningen mellan personal, enheter och vårdgivare vara otillräcklig. Patienter ges ibland ett samordningsansvar för vårdens insatser, som i stället bör tas av hälso- och sjukvården. Detta är ett särskilt stort problem då de patienter som har flera diagnoser och komplicerade vårdbehov ofta också är de patienter som med hänvisning till sin hälsosituation har sämre förutsättningar att ta aktiv del i planeringen av sin vård. Det gäller patienter med omfattande vårdbehov, t.ex. sköra äldre, vissa kroniker och patienter med psykiska funktionshinder.

Förstärkningen av patientens möjligheter att vara delaktig i valet av behandlingsmetod men också att erbjudas en förnyad medicinsk bedömning har syftat till att skapa trygghet men också göra patienten mer delaktig i vården. Trots åtgärder för att stärka patientens ställning kan det enligt regeringen fortfarande vara svårt för patienten att få tillräckligt inflytande i den egna hälso- och sjukvården. Det råder också vissa tveksamheter om när skyldigheten gäller, och det finns tecken på att det råder en viss begreppsförvirring. Skyldigheten att medverka till en förnyad medicinsk bedömning där en patient erbjuds ett andra läkarutlåtande om sitt hälsotillstånd och behandlingsmöjligheter förväxlas ibland med det vanliga praktiska arbetssättet att en läkare frågar en kollega om råd i ett visst fall.

### *En lagstadgad vårdgaranti*

Regeringen föreslår att landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vårdgaranti. Denna 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)
4. planerad vård (behandlingsgaranti).

Uppföljningar har enligt regeringen visat att vårdgarantierna inte i tillräcklig grad inneburit förbättringar i vårdens tillgänglighet. Socialstyrelsen har bl.a. pekat på att det framför allt finns brister hos huvudmännen när det

gäller viljan att prioritera tillgänglighetsfrågor samt i rutiner och processer inom hälso- och sjukvården. Kännedomen om vårdgarantin och dess innebörd tycks vara låg både bland medborgare och bland hälso- och sjukvårdens personal. Särskilt allvarligt är detta mot bakgrund av att tillgänglighet är ett svagt område inom den svenska hälso- och sjukvården, där behovet av förbättringar är stort.

Mot denna bakgrund gör regeringen bedömningen att det finns behov av att ytterligare stärka vårdgarantin och arbetet med tillgänglighet.

En överenskommelse av det slag som omfattar den nuvarande vårdgarantin har enligt regeringen bl.a. fördelen att den tillkommer i samförstånd mellan stat och företrädare för landstingen samt att den tydliggör parternas avsikter när det gäller utvecklingen inom ett område. Det lämnas vidare stort utrymme för landstingen att utifrån lokala och regionala förhållanden skapa lösningar på problem som parterna tillsammans har identifierat. I styrningsavseende har dock denna typ av överenskommelse flera brister. En grundläggande brist är, enligt regeringen, att en överenskommelse mellan staten och SKL inte i sig medför några skyldigheter för landstingen gentemot patienten. Detta skapar i sig en otydlighet om överenskommelsens räckvidd. Överenskommelsen saknar partsverkan mellan staten och SKL, mellan staten och landstingen samt mellan SKL och landstingen. En vårdgaranti som vilar på en överenskommelse innebär dessutom att det blir otydligt hur garantin förhåller sig till den lagstiftning som reglerar patientens ställning i vården. Dessa brister liksom andra erfarenheter från den nuvarande formen av styrning genom överenskommelser visar att en förstärkning av arbetet med tillgänglighet baserat enbart på överenskommelser om vårdgarantin inte är tillräcklig.

En tydligare rättslig grund för vårdgarantin har enligt regeringen flera fördelar. Den tydliggör att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på tillgänglighet som vårdgarantin innebär. En sådan skyldighet innebär att det finns bättre möjligheter för medborgare att utkräva politiskt ansvar om landstingen inte lever upp till sina skyldigheter. Det innebär dessutom att vårdgarantin tydligare sätts in i ett sammanhang i lagstiftningen, bl.a. när det gäller information till patienten samt möjligheter att få vård hos annan vårdgivare vid bristande uppfyllelse. Det innebär dessutom ett förtydligande av den samlade ramen för patientens ställning, där tillgänglighet till hälso- och sjukvården endast utgör en del.

Det är enligt regeringen viktigt att klargöra att den nuvarande vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Vårdgarantin tar sikte på inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas vård. Inte heller reglerar vårdgarantin hur lång tid utredningen av en patient får ta.

Regeringen anser att det är vårdgarantin i dess nuvarande utformning med fyra avgränsade delar som bör bli föremål för lagstiftning. Detta innebär dock enligt regeringens mening i sig en avsevärd förstärkning av vårdgarantin, i form av ökad tydlighet när det gäller landstingens skyldigheter gentemot patienten.

Landstingen föreslås enligt förslaget i propositionen få en skyldighet att erbjuda de som är bosatta inom landstinget en vårdgaranti. Regeringen bedömer att denna skyldighet innebär att landstingen ska fatta nödvändiga beslut för att en vårdgaranti erbjuds alla som är bosatta i landstinget. Regeringen utgår från att landstingen tar sitt ansvar för denna fråga och – inom ramen för den kommunalrättsliga kompetensen – fattar de beslut som behövs för att uppfylla skyldigheten. Regeringen bedömer mot den bakgrunden att det inte är nödvändigt att ange ett krav på beslut om vårdgarantin direkt i lagtexten.

Risken för att en vårdgaranti skapar ”undanträngningar” av viss vård är en fråga som enligt regeringen diskuterats återkommande sedan vårdgarantins införande. Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov). Flera remissinstanser har påtalat risken för undanträngningar samt påpekat vikten av att klargöra hur vårdgarantin förhåller sig till prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Regeringen har för avsikt att följa denna fråga, som även fortsatt bör ingå som en del av uppföljningen av vårdgarantin.

Den nuvarande vårdgarantin innebär som tidigare nämnts att patienten samma dag som han eller hon söker hjälp ska få kontakt med primärvården. Om primärvården bedömer att patienten behöver besöka en läkare ska detta ske inom högst sju dagar. Får patienten därefter en remiss till den specialiserade vården, ska han eller hon få en tid för besök inom högst 90 dagar, och efter beslut om behandling ska patienten få en tid inom högst 90 dagar. Dessa tidsgränser är numera relativt väl etablerade i landstingen och brukar ofta anges som formeln 0–7–90–90. Regeringen gör bedömningen att de nuvarande tidsgränserna i vårdgarantin bör kvarstå ytterligare en tid.

Bestämmelsen om vårdgivarnas informationsskyldighet i 2 b § HSL ska enligt regeringens förslag utvidgas till att omfatta individuellt anpassad information om dels patientens möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, dels vårdgarantin. De enskilda yrkesutövarna ska ha en skyldighet att lämna sådan individuellt anpassad information.

Landstinget ska enligt regeringens förslag se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne får vård hos en annan vårdgivare om landstinget inte i rätt tid uppfyller tidsgränserna vad avser besöks- och behandlingsgaranti för planerad vård.

Regeringen föreslår mot den nu redovisade bakgrunden att vårdgarantin ska föras in i HSL.

### *Fast vårdkontakt*

Enligt regeringen saknar patienter, trots insatser för att förbättra patienternas ställning, i vissa delar fortfarande tillräckligt inflytande och möjligheter att påverka sin vårdssituation.

Regeringen anser att åtgärder för samordning och kontinuitet är viktiga för att höja kvaliteten på bemötande och behandling samt för att stärka patientens ställning för vissa grupper. Patientens ställning kan också bli svag på grund av oklarheter om vem som är ansvarig för patientens hälso- och sjukvård. Det är viktigt att patienten och hans eller hennes anhöriga vet vem som är ansvarig för den hälso- och sjukvård som ges och till vem frågor om vården kan ställas.

Mot denna bakgrund föreslår regeringen att bestämmelsen om patientansvarig läkare (PAL) ersätts med en skyldighet för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt för patienten när det behövs för att tillgodose patientens behov av samordning, kontinuitet, säkerhet men också trygghet. En fast vårdkontakt innebär att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vård och hjälpa till att samordna vårdens insatser.

Regeringen anser att verksamhetschefens ansvar bör omfatta att även tillgodose patientens behov av trygghet då detta är ett mer subjektivt begrepp än de övriga. Vården kan vara organiserad så att den är samordnad, säker och har kontinuitet, men ur vårdgivarens perspektiv, och utan att den enskilde känner sig trygg. Om även patientens behov av trygghet blir styrande för vilka åtgärder som ska vidtas, kan det ge bättre förutsättningar för att patientens behov sätts i fokus. Att patientens behov av trygghet i vården ska tillgodoses är också en av förutsättningarna för att uppfylla kraven på god vård enligt 2 a § HSL.

Regeringen anser också att en fast vårdkontakt alltid ska 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.

Regeringen föreslår att det tydliggörs i lagstiftningen att det också är verksamhetschefens ansvar att se till att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Syftet med regeringens förslag är att ge verksamhetscheferna ett större ansvar för samordning av patienternas hela vårdssituation. Genom den föreslagna bestämmelsen (29 a §) tydliggörs ansvaret för att tillgodose patientens behov på en mer övergripande verksamhetsnivå. Det skapar bättre förutsättningar att samordna vården även utanför den enskilde läkarens specialitet och anpassa samordning och information efter behov hos den enskilde patienten. Det tydliggör också vem som har det sammanhållna ansvaret för vården, vilket ökar patienternas möjligheter att ställa frågor och diskutera sin vårdssituation med en ansvarig.

Den föreslagna bestämmelsen tydliggör verksamhetschefens ansvar när det gäller rutiner för samordning av vård för en enskild patient. Samtidigt är det enligt regeringen nödvändigt att landsting, kommuner och övriga vårdgivare säkerställer att det finns rutiner och modeller på övergripande nivå för att tillgodose patienters behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i hälso- och sjukvården. Enligt HSL och Socialstyrelsens föreskrifter har vårdgivarna detta övergripande ansvar.

Regeringen anser att vårdgivarna bör organisera hälso- och sjukvården så att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och patientsäkerhet tillgodoses även på övergripande nivå, särskilt då en patient har behov av vård från flera vårdgivare, enheter eller huvudmän.

För personer med behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska landstinget tillsammans med kommunen fr.o.m. den 1 januari 2010 enligt 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Regeringen anser att en sådan plan kan vara ett viktigt verktyg i verksamhetschefens arbete med att tillgodose patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet.

Regeringen anser att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att även följa upp hur bestämmelsen om fast vårdkontakt efterlevs.

### *Utvidgad rätt till förnyad medicinsk bedömning*

Möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning inom hälso- och sjukvården är enligt regeringen en viktig del i att säkerställa patientens ställning i sjukvården. Även om läkaren som genomför den nya bedömningen kommer fram till samma slutsats vid en förnyad bedömning kan detta ha ett värde för patienten, som kan känna sig tryggare i att den medicinska bedömningen är korrekt utifrån patientens situation. Det är också en viktig funktion för att säkerställa att patienterna får vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och uppfyller kraven på att vården ska vara av god kvalitet. En förnyad medicinsk bedömning kan också, enligt regeringen, ha en funktion som ett metodutvecklande verktyg samt utgöra en trygghet och ett stöd för läkaren i beslut om behandling. Genom att konsultera ytterligare läkare kan nya metoder och medicinska landvinningar spridas inom vården, vilket säkerställer att patienten får vård av hög kvalitet.

En utökning av möjligheterna att använda sig av en förnyad medicinsk bedömning kan således enligt regeringen stärka patientens ställning samt stödja en positiv utveckling i vården metodmässigt. Regeringen anser att villkoret om att det ska saknas vägledning för det medicinska ställningstagandet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet för att landstingen ska bli skyldiga att erbjuda en förnyad medicinsk bedömning bör tas bort. Detta kan stärka patientens ställning i svåra medicinska lägen, och det kan stärka läkarna i deras yrkesutövning eftersom möjligheten att begära en förnyad medicinsk bedömning kan vara ett stöd i ett svårt medicinskt avgö-



rande. Med den snabba medicinska utvecklingen är det ytterligare ett sätt att säkerställa att patienten får tillgång till vård utifrån hans eller hennes behov.

Patienten bör enligt regeringens förslag ha ett avgörande inflytande över vid vilken vårdenhet som den förnyade medicinska bedömningen ska utföras och över vid vilken vårdenhet som behandlingen ska utföras när han eller hon tillsammans med sin läkare har tagit ställning till de behandlingsalternativ som finns.

Regeringen bedömer att användningen av en förnyad medicinsk bedömning bör följas. Om uppföljningen visar att det finns risk för att användandet av en förnyad medicinsk bedömning skiljer sig åt i olika grupper, t.ex. med avseende på ålder, kön, födelseland eller inkomst, och att det finns ett behov av information om möjligheten att begära en förnyad medicinsk bedömning, kan regeringen komma att ta initiativ till åtgärder när det gäller information till hälso- och sjukvårdspersonal och patienter.

## **Motioner från den allmänna motionstiden**

### *Stärkt ställning för patienten*

I motion So288 av Lennart Pettersson m.fl. (c) begärs ett tillkännagivande om ökad delaktighet för anhöriga inom vård och behandling.

I motion So309 av Hans Hoff (s) begärs ett tillkännagivande om ökade krav på sjukvården. Motionären framhåller att sjukvården bör ta ett helhetsansvar för patienten tills denne är färdigbehandlad.

I motion So530 av Thomas Bodström (s) begärs ett tillkännagivande om strategier för bemötande av patienter inom sjukvården. Motionären framhåller att informationen till patienter måste bli bättre och att alla ska ha rätt att på ett enkelt sätt få ta del av vilka rättigheter man har som patient.

I motion So592 av Marianne Watz (m) begärs ett tillkännagivande om att skriftlig information ska lämnas till patienten vid kontakt med sjukvården.

I motion So651 av Gustav Nilsson (m) begärs ett tillkännagivande om öppna kvalitetsregister i vården. Genom att göra resultatredovisningarna mer öppna och lättillgängliga stärks patientens ställning.

### *Uppföljning*

I motion So463 av Lars Ohly m.fl. (v) yrkande 17 begärs ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att analysera tillämpning och tolkning av patienträttighetslagstiftningen ur ett genusperspektiv.

I yrkande 23 begärs ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att särskilt analysera akutsjukvården och den nationella vårdgarantins påverkan när det gäller patienter över 65 år.

### *Vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem*

I motion So312 av Elina Linna m.fl. (v) yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om att det bör införas en vård- och behandlingsgaranti som ger alla personer med missbruksproblem rätt till en påbörjad vårdplanering och avgiftning inom sju dagar. Motionärerna anför bl.a. att en utredare bör ges i uppdrag att närmare se över vilka gränsdragningar och lagändringar som är nödvändiga.

I motionerna So306 av Jan Emanuel Johansson (s) och So585 av Per Lodenius (c) yrkande 4 finns liknande yrkanden.

I motion So312 av Elina Linna m.fl. (v) yrkande 8 begärs ett tillkännagivande om att det bör införas en vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem som även omfattar skyldigheten för kommuner att teckna ansvarsförbindelser med Kriminalvården. Motionärerna hänvisar till att det fortfarande är ett problem att få kommuner att skriva på de s.k. ansvarsförbindelserna, enligt vilka en kommun ska ta på sig kostnader för vården, innan denna inleds.

### *En europeisk vårdgaranti*

I motion So654 av Gustav Nilsson (m) begärs ett tillkännagivande om en europeisk vårdgaranti.

## **Aktuellt**

Regeringen gav den 3 december 2009 Statskontoret i uppdrag att följa upp och utvärdera den tillsynsreform som träder i kraft den 1 januari 2010 och där tillsyn och tillståndsgivning enligt socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samordnas i Socialstyrelsen.<sup>1</sup>

Regeringen beslutade den 28 januari 2010 om en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting. Enligt överenskommelsen krävs det för att få ersättning från den s.k. kömiljardsatsningen under 2010 att landstingen höjer inrapporteringsfrekvensen från 90 till 95 %. Vårdköerna kommer att rapporteras varje månad i den offentliga statistiken, och ersättningen kommer för 2010 att grundas på snittet av köerna under två perioder: januari–mars och september–december. Det är en skärpning från 2009 då ersättningen baserades helt på hur köerna såg ut i de olika landstingen under en dag i november. Från och med april kommer dessutom både ordinarie köer och köer för s.k. frivilligt väntande att räknas in i den ersättningsbaserade statistiken.

<sup>1</sup> Regeringsbeslut S2009/9448/ST (delvis).

När det gäller ansvaret för missbruks- och beroendevården har regeringen gett en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av missbruks- och beroendevården (dir. 2008:48, Missbruksutredningen). Av sammanfattningen till direktiven framgår bl.a. följande:

Utredaren ska se över bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård när det gäller missbruks- och beroendevård samt lämna förslag till de förändringar som bedöms nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till utvecklingen inom området. Målet ska vara en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård utifrån den enskildes behov. I uppdraget ingår att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården kan tydliggöras. Utredaren ska även överväga eventuella behov av förändringar i lagstiftningen och ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen för att säkerställa att personer med missbruk eller beroende får de insatser som de behöver. – – –

Uppdraget ska redovisas senast den 15 november 2010.

### **Utskottets ställningstagande**

Utskottet konstaterar och ser mycket positivt på de många insatser som har gjorts under senare år i syfte att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Trots detta finns det fortfarande vissa brister att åtgärda när det gäller patientens ställning. Arbetet med att stärka denna måste därför enligt utskottet fortsätta, och detta bör ske genom en kombination av olika åtgärder.

Mot denna bakgrund välkomnar utskottet de åtgärder gällande lagstadgad vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning som regeringen föreslår i propositionen.

När det gäller förslaget till lagstadgad vårdgaranti vill utskottet framhålla den positiva utveckling som skett gällande tillgänglighet och att det går att se en tydlig tendens till att landstingen i allt högre grad når de väntetider som regleras i överenskommelsen om vårdgarantin. Den s.k. kömiljarden, som är en satsning som funnits sedan 2009, fungerar som en morot för landstingen att korta väntetiderna i vården. En miljard kronor delas ut årligen till de landsting som lyckas uppnå de uppställda målen. Utskottet konstaterar med tillfredsställelse att resultatet för 2009 när det gäller kömiljarden varit mycket positivt, att denna bidragit till att minska köerna till vården och att således satsningen gett avsedd effekt.

Utskottet delar regeringens bedömning att utvecklingsarbetet i form av målstyrda ekonomiska bidrag och överenskommelser mellan staten och företrädare för landstingen behöver fortgå ytterligare en tid och utvärderas innan det är möjligt att ta ställning till hur tidsgränserna för vårdgarantin kan sänkas. Mot denna bakgrund anser utskottet att de tidsgränser som används inom den nuvarande vårdgarantin, dvs. inom formeln 0–7–90–90, tills vidare bör tillämpas för den nationella vårdgarantin. Utskottet vill i

detta sammanhang understryka att det inte finns något som hindrar landstingen från att besluta om kortare tidsgränser än vad som följer av den nationella vårdgarantin.

Utskottet noterar att risken för att en vårdgaranti skapar undanträngningar av viss vård är en fråga som återkommande diskuterats sedan vårdgarantin infördes. Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov). Utskottet vill i denna fråga hänvisa till Socialstyrelsens uppföljningar av vårdgarantin, enligt vilka det inte har varit möjligt att påvisa undanträngningseffekter till följd av vårdgarantin. Utskottet ser dock positivt på att regeringen har för avsikt att följa frågan som en del av uppföljningen av vårdgarantin.

Utskottet ser positivt på förslaget om utvidgad information till patienten. Genom de nya bestämmelserna utvidgas vårdgivarens informationsskyldighet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) till att omfatta individuellt anpassad information om dels patientens möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, dels vårdgarantin. Utskottet anser att det är av stor vikt att informationen anpassas till patientens individuella förutsättningar och görs lättbegriplig. När information av någon anledning inte kan lämnas till patienten bör den i stället normalt lämnas till en närstående.

Utskottet anser att åtgärder för samordning och kontinuitet är viktiga för att höja kvaliteten på bemötande och behandling samt för att stärka patientens ställning. Samordnings- och informationsansvaret bör inte vara beroende av en läkare utan av flera professioner tillsammans. Äldre personer med behov av flera olika vårdresurser från olika vårdgivare och professioner kan ofta behöva hjälp med att samordna sina insatser. Särskilt för dessa grupper är risken stor för att bristande samordning av vården blir ett problem. Mot denna bakgrund välkomnar utskottet regeringens förslag om att bestämmelsen om patientansvarig läkare tas bort och ersätts med en skyldighet för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt för patienten.

Utskottet ställer sig bakom regeringens förslag till en utvidgning av landstingens skyldighet att i vissa fall medverka till att patienten får en förnyad medicinsk bedömning.

Av nu anförda skäl ställer sig utskottet bakom propositionen. Utskottet ställer sig därmed också bakom regeringens förslag till lagar om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Motionerna So288 (c), So309 (s), So530 (s), So592 (m) och So651 (m) får genom det anförda anses huvudsakligen tillgodosedda. Motionerna avstyrks.

När det gäller uppföljning och utvärdering av regeringens förslag, noterar utskottet att regeringen har för avsikt att återkomma med uppdrag till berörda myndigheter (prop. s. 72 f.) och att bl.a. skillnader mellan kvinnor och män bör uppmärksammas i uppföljningen av samtliga förslag.

Mot denna bakgrund anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ. Motion So463 (v) yrkandena 17 och 23 avstyrks i den mån den inte kan anses tillgodosedd.

När det gäller motionsyrkanden om vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem noterar utskottet att Missbruksutredningens (S 2008:04) uppdrag omfattar flera av de frågor som motionärerna tar upp. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 15 november 2010. Utskottet anser inte att riksdagen bör föregripa utredningens arbete. Motionerna So306 (s), So312 (v) yrkandena 4 och 8 samt So585 (c) yrkande 4 avstyrks.

Mot bakgrund av det pågående arbetet inom EU med EU-kommissionens förslag till patientrörlighetsdirektiv (KOM (2008) 414) om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motion So654 (m). Motionen avstyrks.

# Reservationer

Utskottets förslag till riksdagsbeslut och ställningstaganden har föranlett följande reservationer. I rubriken anges vilken punkt i utskottets förslag till riksdagsbeslut som behandlas i avsnittet.

## 1. Uppföljning, punkt 2 (v) av Elina Linna (v).

### *Förslag till riksdagsbeslut*

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion 2009/10:So463 av Lars Ohly m.fl. (v) yrkandena 17 och 23.

### *Ställningstagande*

Jag anser att man vet för lite om kvinnors hälsa eftersom mannen varit, och fortfarande är, den rådande normen inom läkarvetenskapen och det fortfarande finns stora kunskapsluckor när det gäller kvinnors hälsa. Förutom kunskapskillnader finns det även skillnader mellan könen när det gäller hur man behandlas inom vården.

Socialstyrelsen publicerade 2008 rapporten Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst. Genom bl.a. Socialstyrelsens genusanalys av hälso- och sjukvården vet man att kvinnor inte får samma vård och behandling som män trots likartade medicinska faktorer. I ett flertal fall missgynnar detta kvinnorna. Det finns all anledning att tro att motsvarande struktur återfinns när det gäller tillämpningen och utformningen av patienträttigheterna. Jag menar därför att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att analysera tillämpning och tolkning av patienträttighetslagstiftningen ur ett genusperspektiv.

Dagens utveckling med allt fler privatiseringar innebär enligt min mening en fragmentarisering av den svenska hälso- och sjukvården. Äldre personer drabbas särskilt av detta eftersom de ofta har en komplex sjukdomsbild.

Äldre kvinnor och män som vårdas inom akutsjukvården har sedan ädelreformens genomförande allt kortare vårdtider, trots att behoven av vård ofta är fortsatt stora. De äldre bedöms allt snabbare vara s.k. utskrivningsklara, varefter kommun och primärvård övertar ansvaret.

Syftet med proposition 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet var att förbättra kvaliteten i omhändertagandet och vårdplaneringen för äldre. Trots detta tycks det fort-

farande råda stora brister i omhändertagandet av de äldre i akutsjukvården. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att särskilt analysera akutsjukvården och den nationella vårdgarantins påverkan när det gäller patienter över 65 år.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## **2. Vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem, punkt 3 (v)**

av Elina Linna (v).

### *Förslag till riksdagsbeslut*

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 3 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2009/10:So312 av Elina Linna m.fl. (v) yrkandena 4 och 8 samt

bifaller delvis motionerna

2009/10:So306 av Jan Emanuel Johansson (s) och

2009/10:So585 av Per Lodenius (c) yrkande 4.

### *Ställningstagande*

Ett återkommande problem när det gäller vård för personer med missbruksproblem är bristande tillgänglighet till behandling. Det är helt enkelt svårt för många människor med missbruksproblem att få den behandling och hjälp de behöver för att kunna upphöra med sitt missbruk.

Den bristande tillgängligheten beror delvis på resursbrist, men väldigt ofta är det också fråga om bristande samarbete mellan de olika huvudmän som har ansvar för vården av människor med missbruksproblem. Kommunernas socialtjänst ansvarar för den långsiktiga rehabiliteringen, medan landstinget har ansvar för avgiftning, psykiatri och substitutionsbehandling. Samtidigt har staten ansvar för kriminalvården, som behandlar ett mycket stort antal missbrukare. Denna situation ger upphov till den otillfredsställande situationen att även om samhället som helhet vinner ekonomiskt på att alla människor med missbruksproblem får den vård och behandling de behöver så kan den enskilda kommunen eller landstinget få betala ett högt pris för vården, vilket skapar ett incitament för att söka skjuta över kostnaderna på någon annan huvudman.

Jag menar att det krävs en tvingande lagstiftning för att komma till rätta med den här situationen. Jag vill därför införa en vård- och behandlingsgaranti som ger alla människor som söker hjälp för sina missbruksproblem en uttrycklig rätt till påbörjad vårdplanering och eventuell avgiftning inom sju dagar. Det innebär att garantin är bindande både för landstingens beroen-

devård och för den kommunala socialtjänsten. Målet bör vara att åtgärder vidtas omedelbart. En utredare bör ges i uppdrag att närmare se över vilka gränsdragningar och lagändringar som är nödvändiga.

Jag anser att långa fängelsevistelser är skadliga och kontraproduktiva när det gäller att anpassa människor till ett liv utan kriminalitet. Jag förespråkar därför större inslag av friare behandlingsformer, i synnerhet för personer med missbruksproblem. Ett problem har länge varit att få kommunerna att samarbeta med kriminalvården. Det är alltså ett problem att få kommunerna att skriva på de s.k. ansvarsförbindelserna, där kommunerna ska ta på sig kostnader för vården, innan vården ska inledas. Det kan diskuteras om kommunerna verkligen ska ha möjlighet att neka att ta ansvar för dessa medborgare som är i behov av vård. Det bör införas en vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem som även omfattar skyldigheten för kommuner att teckna ansvarsförbindelser med kriminalvården.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.



## Särskilt yttrande

### **Vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem, punkt 3 (s, mp)**

Ylva Johansson (s), Christer Engelhardt (s), Lennart Axelsson (s), Catharina Bråkenhielm (s), Thomas Nihlén (mp), Per Svedberg (s) och Ann Arleklo (s) anför:

Samhället har allt att vinna på att förebygga missbruk när det är möjligt, men när missbruket är ett faktum anser vi att det måste finnas möjlighet till behandling och vård. När viljan och motivationen finns där måste samhället kunna erbjuda de insatser som behövs.

Utredningen om patientens rätt i vården identifierade några områden som särskilt angelägna att åtgärda: tillgänglighet, samordning av olika vårdinsatser liksom patientens delaktighet i vården. Om man vill stärka patientens ställning på allvar måste man se till de speciella problem som personer med missbruksproblematik har.

Mot denna bakgrund anser vi att det behöver införas en särskild vård- och behandlingsgaranti för människor med missbruksproblematik, alternativt att nuvarande vårdgaranti omformas för att också tydligt inbegripa att människor med missbruksproblem ska ha rätt till vård och behandling. Den nuvarande vårdgarantin är inte anpassad för den behandling som missbruksproblem kräver, t.ex. avgiftning, vårdplanering och samordning med kommun.

Missbrukande människor är en särskilt utsatt grupp som därmed behöver särskilt stöd. Hur tidsgränserna bäst utformas för att inbegripa avgiftning, vårdplanering, samt möjlighet till ökad valfrihet när det gäller behandlingsalternativ anser vi bör utredas. Mot bakgrund av Missbruksutredningens (S 2008:04) pågående arbete avstår vi dock från att reservera oss. Vi har emellertid för avsikt att noga följa frågan och förbehåller oss rätten att återkomma.

BILAGA 1

## Förteckning över behandlade förslag

### Propositionen

*Proposition 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning:*

Riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

### Motioner från allmänna motionstiden hösten 2009

*2009/10:So288 av Lennart Pettersson m.fl. (c):*

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en ökad delaktighet för anhöriga inom vård och behandling.

*2009/10:So306 av Jan Emanuel Johansson (s):*

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en vårdgaranti för missbrukare.

*2009/10:So309 av Hans Hoff (s):*

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ökade krav på sjukvården.

*2009/10:So312 av Elina Linna m.fl. (v):*

4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det bör införas en vård- och behandlingsgaranti som ger alla personer med missbruksproblem rätt till en påbörjad vårdplanering och avgiftning inom sju dagar.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det bör införas en vård- och behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem som även omfattar skyldigheten för kommuner att teckna ansvarsförbindelser med Kriminalvården.

*2009/10:So463 av Lars Ohly m.fl. (v):*

17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att analysera tillämpning och tolkning av patienträttighetslagstiftningen ur ett genusperspektiv.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att särskilt analysera akutsjukvården och den nationella vårdgarantins påverkan när det gäller patienter över 65 år.

*2009/10:So530 av Thomas Bodström (s):*

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om strategier för bemötande av patienter inom sjukvården.

*2009/10:So585 av Per Lodenius (c):*

4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att missbrukare snabbt ska kunna få tillgång till fungerande behandling.

*2009/10:So592 av Marianne Watz (m):*

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att skriftlig information ska lämnas till patienten vid kontakt med sjukvården.

*2009/10:So651 av Gustav Nilsson (m):*

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om öppna kvalitetsregister i vården.

*2009/10:So654 av Gustav Nilsson (m):*

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en europeisk vårdgaranti.

BILAGA 2

## Regeringens lagförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup>

*dels att 27 § ska upphöra att gälla,*

*dels att rubriken närmast före 27 § ska utgå,*

*dels att 2 b och 3 a §§ ska ha följande lydelse,*

*dels att det i lagen ska införas fyra nya paragrafer, 3 g–3 i och 29 a §§, av följande lydelse.*

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**2 b §<sup>2</sup>**

Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd *och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.*

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*

*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 2 kap. 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

**3 a §<sup>3</sup>**

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *skall* landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget *skall* ge

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

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

Senaste lydelse av

27 § 1996:787

rubriken närmast före 27 § 1996:787.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2009:430.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1998:1660. Ändringen innebär bl.a. att andra stycket upphävs.

patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

*Patienten har inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling om står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.*

Landstinget skall ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten skall erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda.

den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Landstinget ska ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning, om det medicinska 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.

### 3 g §

*Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget 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.*

**3 h §**

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

**3 i §**

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

*Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om landstingets rapporteringsskyldighet.*

**29 a §**

*Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2010.

## 2 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 2 och 2 a §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 2 kap.

#### 2 §<sup>1</sup>

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd *och om* de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

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 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 8 § andra stycket eller 9 § första stycket i detta kapitel.

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

#### 2 a §<sup>2</sup>

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *skall* den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient *skall* medverka till att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en förnyad

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

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2009:471.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1998:1661.

medicinsk bedömning *i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning* och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet.

medicinsk bedömning, *om* det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet.

Bestämmelserna i denna paragraf omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2010.