

ÄLDRENÄMNDEN

Sammanträde: 2013.10.22

Paragraf: 7

ÄN/
7

Anmälan om svar på remiss om Ansvars- full hälso- och sjukvård

KS Dnr: 001-1210/2013

Förvaltningens förslag till beslut

Äldrenämnden lägger remissyttrandet till handlingarna.

Eva Fränk-Lind
FörvaltningsdirektörAnnmarie Ståhl
Avdelningschef

Sammanfattning

Äldreförvaltningen ser positivt på de förslag som finns i slutbetänkandet Ansvarsfull Hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdslagen föreslås omarbetas och de delar som rör patientens rätt flyttas till en Patientlag. Det som rör huvudmännens och vårdgivarnas ansvar flyttas till Lagen om organisation på hälso- och sjukvården s område. Intentionen i utredningen är att stärka patientens rätt, att vården ska vara jämlik och transparant och att organisationen av hälso- och sjukvården ska ha tydliga krav. Äldreförvaltningen ser speciellt positivt på förslagen till definition på huvudman och vårdgivare och den struktur och tydlighet den nya lagen ger. Äldreförvaltningen saknar en diskussion om ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården där ansvaret för patientsäkerheten är delad mellan verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Bakgrund

Patientmaktsutredningen har haft i uppdrag att föreslå hur patientens ställning och inflytande över hälso- och sjukvården ska stärkas. Utredningen har dessutom haft i uppdrag att föreslå en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som ska ersätta hälso-

och sjukvårdslagen (HSL). Den del som rör patientens rätt kommer att finnas i Patientlagen (SOU 2013:2) som utredningen lämnade som delbetänkandet i januari 2013. Äldrenämnden behandlade delbetänkandet om ny Patientlag i april detta år.

Slutbetänkandet

I slutbetänkande Ansvarsfull hälso- och sjukvård behandlar utredningen i enlighet med direktiven frågor om hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor, hur patientberättelser i klagomåls- och anmälningsärenden systematiskt kan samlas in och bearbetas samt föreslår en ny lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Jämlik vård

Utredningen har sett på frågan ur tre olika perspektiv – regionalt-, system- och individperspektiv. Utredningen konstaterar att det finns skillnader i den hälso- och sjukvård som ges och att det är viktigt att fokusera på skillnaderna. Det arbete som redan har påbörjats bör fortsätta och då nämns bl.a. stöd till grupper med särskilda behov och nationell plattform för jämlik vård. Utredningen anser att patienter bör få bättre möjlighet att tillgodogöra sig den information om kvalitet och medicinska resultat som finns. Bättre tillgång till data om vården bör påskyndas för att öka transparensen. Här nämns Öppna Jämförelser, nationella utvärderingar och nationella kvalitetsregister. Även förekomsten av patientklagomål bör komplettera kvalitetsjämförelser mellan olika enheter. Utredningen tar också upp frågan om ersättningssystemen i den hälso- och sjukvård som upphandlas och i den som omfattas av valfrihetssystemen. Ersättningssystemen bör utformas för att ge förutsättning för en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård samt att främja ett mer personligt och patientfokuserat synsätt.

Patientklagomål

Utredningen tar upp att en förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas, både vad gäller kvalitet och effektivitet, måste patienten få möjlighet att göra sin röst hörd. Patienten är ofta den enda som vid varje enskilt tillfälle har möjlighet att iaktta och följa ett vårdförlopp från början till slut. De finns många olika vägar för att fånga in patienterna synpunkter på vården bl.a. genom patientenkäter och genom att patienterna har möjlighet att framföra klagomål på vården. Det behöver kompletteras med en systematisk klagomålshantering. Den systematiska klagomålshanteringen ska ske i respektive verksamhet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem

för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska vidare enligt föreskrifterna sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

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

Patientnämnderna är en part som arbetar aktivt med att återföra händelser till de vårdgivare som har fått klagomål på sin verksamhet. Enligt utredningens bedömning bör Patientnämndernas erfarenheter emellertid tas till vara i större utsträckning i ett styrnings- och ledningsperspektiv i landsting och kommuner. Inspektionen för vård och omsorg bör, i samverkan med patientnämnderna, arbeta fram en modell så att man systematiskt kan tillvarata den information som patientnämnderna lämnar.

Lag och förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

Utredningens förslag innebär att vissa bestämmelser från Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) förs över i stort sett oförändrade till organisationslagen, medan andra bestämmelser endast omarbetas. Det föreslås några få nyskrivna bestämmelser i organisationslagen.

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

Utredningen väljer att inte ändra definitionen på vad hälso- och sjukvård är men föreslår ett förtydligande om skyldigheten att arbeta för att förebygga ohälsa och att det är en målsättning i samband med all verksamhet på hälso- och sjukvårdens område i landet.

Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar sedan HSL infördes. De regler om krav och skyldigheter för huvudmän och vårdgivare som ursprungligen fanns i lagen utgick från en situation då i princip all vård i landet gavs av landsting. I dag ansvarar kommunerna för en del av hälso- och sjukvården och delar av den offentligt finansierade vården utförs av företag eller organisationer. Det har blivit mer angeläget att det tydligt framgår vilket ansvar som vilar på de olika huvudmännen eller beställarna och vilket ansvar som de olika vårdgivarna eller utförarna har.

Det finns inte någon definition av huvudmannabegreppet på hälso- och sjukvårdsområdet, varken i HSL eller i anknuten lagstiftning. I den nya organisationslagen föreslås definitioner av begreppen huvudman och vårdgivare.

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

Vården kan utföras i egen regi, men huvudmannaansvaret innebär ingen skyldighet för huvudmannen att själv bedriva verksamheten, utan driften kan ligga på en fristående vårdgivare. Enligt Kommunallagen har kommuner och landsting ett ansvar för att genom relevanta krav i avtal med utförarna säkerställa att kommunmedlemmarna får en god vård. Huvudmannaskapet för den enskildes hälso- och sjukvård vilar på den offentlige huvudmannen, även om denne avtalat med någon annan om att utföra vården.

Utredningen föreslår även att begreppet vårdgivare ska definieras i den nya lagen. "Med *vårdgivare* avses i denna lag statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen bedriver samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som *bedriver* hälso- och sjukvårdsverksamhet."

Det finns specifikt ansvar som vilar på varje enskild vårdgivare, oavsett om aktören samtidigt är huvudman för verksamheten eller inte. Dessa ansvarsområden framgår tydligt i den nya lagen. En bestämmelse som tydliggör vårdgivarens ansvar för att planera, leda och kontrollera sin verksamhet så att kraven på en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet uppfylls förs in i lagen.

Utredningen föreslår även ett speciellt ansvar för barn. Av lagen ska det framgå att barnets bästa ska beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn.

Landstingens planeringsansvar utvidgas till att:

- gälla hela den personkrets som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård
- att planeringen ska omfatta samtliga vårdgivare inom landstingets ansvarsområde

Landstingens samverkansansvar förtydligas till att gälla alla vårdgivare, inte enbart de privata.

Kommunens ansvar som huvudman förtydliganden avseende:

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

Den tidigare bestämmelsen i HSL om medicinskt ansvarig sjuksköterskas anmälningsskyldighet till nämnd i samband med vissa vårdskador utgår. En ny bestämmelse införs som istället ger medicinskt ansvarig sjuksköterska skyldighet att se till att det finns rutiner för rapportering enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Utredningen föreslår också att samla bestämmelserna om den enskildes behov kräver en individuell plan. Detta gäller när det finns behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten och när den enskilde har rätt till särskilda insatser i form av habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Detaljregleringen avseende de individuella planerna flyttas till förordningen.

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

Utredningen föreslår att lagförslagen ska träda i kraft den 1 januari 2015.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom äldreförvaltningen. Kommunstyrelsens pensionärsråd har tagit del av ärendet den 15 oktober 2013 och behandling i förvaltningsgruppen har skett den 16 oktober 2013.

Remissen ansvarsfull hälso- och sjukvård har remitterats av kommunstyrelsen till äldrenämnden, socialnämnden, stadsledningskontoret, och stadsdelsnämnderna. Ärendet anmäls till äldrenämnden 28 oktober 2013.

Förvaltningens synpunkter

Äldreförvaltningen ser positivt på de förslag som Patientmaktsutredningen tagit fram i slutbetänkandet Ansvarfull Hälso- och sjukvård. Två lagar inom hälso- och sjukvården där den ena reglerar patientens rätt och den andra hälso- och sjukvården organisation främjar ökat inflytande för den enskilde och tydliggör den enskildes rätt i vården samtidigt som det reglerar huvudmännens ansvar. Förslaget till organisationslag innebär inte så stora förändringar men vissa delar förtydligas. Lagens struktur utgår från de olika aktörerna inom hälso- och sjukvårdsområdet och deras ansvar. Bestämmelser av liknande karaktär har samlats och sammanförts för att tydliggöra ansvarsfördelningen.

Äldreförvaltningen ser speciellt positivt att begreppen huvudman och vårdgivare definieras. Det ger en tydlighet som inte funnits tidigare.

Förtydligandet av målsättningen för hälso- och sjukvården att förebygga ohälsa stämmer väl överens med det värdegrundsarbete som pågår i staden där den enskildes förmågor ska tas tillvara.

Den förändring som föreslås för medicinskt ansvarig sjuksköterska anmälningsansvar för Lex Maria innebär i praktiken ingen större förändring utan är mer en konsekvensändring av lagstiftningen.

I den kommunala hälso- och sjukvården har verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska ett delat ansvar för patientsäkerheten och därmed vissa kvalitetsfrågor. Det är olyckligt att inte utredningen berört detta. Äldreförvaltningen anser att en för-

djupad analys behöva göras av ledningsfrågorna i den kommunala hälso- och sjukvården.

Hälften av den hälso- och sjukvård som bedrivs, sker i kommunerna. Äldreförvaltningen saknar diskussionen om en samlad lagstiftning för den kommunala vården och omsorgen. Idag är det två lagstiftningar som är styrande; hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SOL), vilket inte bara påverkar den åtgärd eller tjänst som den enskilde individen/medborgaren har behov av. Det påverkar även reglering om dokumentation och informationshantering, sekretess och beslutsformer.



Till berörd remissinstans

ANGÅENDE REMISSEN OM REMISS AV SLUTBETÄNKANDET ANSVARSFULL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD (SOU 2013:44)

Detta gäller remissvar på "Remiss av slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44)"

Dnr:

Svarstid förlängdes fram till den 23 oktober för nämndbeslut
Kontorsutläsande ska släckas före den 30 oktober

Remisstiden sträcker sig till den 3 oktober 2013, vilket vi ber er respektera. Om det av några skäl inte är möjligt för er att inkomma med svar inom utsatt tid måste en kontakt tas med den för ärendet ansvariga personen på roteln.

20 B 0916
BAH

Ansvarig handläggare/borgarrådssekreterare på Socialroteln är Sandra Molander, tfn 08-508 29 133.

Remissvar skickas till:

- Socialroteln i **digital form (word/excel)**. Ange KS:s diarienummer som namn på ärenderubrik. Ex: KS 314-331-2004
- KF/KS kansli i **pappersform**.

Bilagga **inte** remissunderlaget. Det finns redan diariefört i kommunstyrelsens diarium.

Häfta **inte** ihop handlingarna.

Adresserna är följande:

Rotelns e-post: Funktion SLK RVII-remissvar eller
RVII-remissvar@stockholm.se

KF/KS kansli, Stadshuset, 105 35 STOCKHOLM

Med vänliga hälsningar

Erika Falck
Socialroteln



Remitteringsmapp

Ärende: Remiss av slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård
(SOU 2013:44)

Inkom till KF/KS kansli den

Behandling i övrigt:

För yttrande senast: 3 oktober 2013

Stadsdelsnämnderna

Enskede-Årsta-Vantörs SdN
Hässelby-Vällingby SdN

Östermalms SdN

Facknämnderna

Socialnämnden
Äldrenämnden

Övriga

Stadsledningskontoret
Ks råd för
funktionshindersfrågor



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2013-08-14

S2013/4872/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

STOCKHOLMS STAD	
Kommunstyrelsen	
Registraturet	
Ink.	2013-08-16
Dnr:	001-1210/2013
Till:	R VII

Remiss av slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44)

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Göteborg
4. Justitiekanslern (JK)
5. Datainspektionen
6. Konkurrensverket
7. Försäkringskassan
8. Socialstyrelsen
9. Läkemedelsverket
10. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
11. Myndigheten för vårdanalys
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
13. Statens folkhälsoinstitut (FHI)
14. Smittskyddsinstitutet
15. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
16. Utredningen om inrättande av ny myndighet för hälso- och vårdinfrastruktur (S2013:03)
17. Utredningen om inrättande av Folkhälsomyndigheten (S2013:06)
18. Handisam
19. Barnombudsmannen (BO)
20. Statskontoret
21. Karolinska institutet
22. Uppsala universitet (efter hörande med Juridiska institutionen)
23. Lunds universitet (efter hörande med Juridiska institutionen)
24. Göteborg universitet
25. Umeå universitet
26. Diskrimineringsombudsmannen (DO)
27. Ungdomsstyrelsen
28. Konsumentverket
29. Alvesta kommun

30. Bollnäs kommun
31. Borlänge kommun
32. Båstads kommun
33. Enköpings kommun
34. Eskilstuna kommun
35. Finspångs kommun
36. Gotlands kommun
37. Grums kommun
38. Göteborgs kommun
39. Höörs kommun
40. Knivsta kommun
41. Lidköpings kommun
42. Luleå kommun
43. Malmö kommun
44. Motala kommun
45. Mölndals kommun
46. Orsa kommun
47. Pajala kommun
48. Piteå kommun
49. Rättviks kommun
50. Sandvikens kommun
51. Stockholms kommun
52. Strängnäs kommun
53. Strömsunds kommun
54. Tibro kommun
55. Timrå kommun
56. Vallentuna kommun
57. Vansbro kommun
58. Vetlanda kommun
59. Örebro kommun
60. Stockholms läns landsting
61. Uppsala läns landsting
62. Södermanlands läns landsting
63. Östergötlands läns landsting
64. Jönköpings läns landsting
65. Kronobergs läns landsting
66. Kalmar läns landsting
67. Blekinge läns landsting
68. Skåne läns landsting
69. Hallands läns landsting
70. Västra Götalands läns landsting
71. Värmlands läns landsting
72. Örebro läns landsting
73. Västmanlands läns landsting
74. Dalarnas läns landsting
75. Gävleborgs läns landsting
76. Västernorrlands läns landsting
77. Jämtlands läns landsting

78. Västerbottens läns landsting
79. Norrbottens läns landsting
80. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
81. Sveriges läkarförbund
82. Svenska läkaresällskapet
83. Svenska Barnläkarföreningen
84. Sveriges Tandläkarförbund
85. Privattandläkarna
86. Tjänstetandläkarna
87. Sveriges Psykologförbund
88. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
89. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR)
90. Vårdförbundet
91. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
92. Distriktssköterskeföreningen
93. Svenska Barnmorskeförbundet
94. Landsorganisationen i Sverige (LO)
95. Tjänstemännens centralorganisation (TCO)
96. Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
97. Akademikerförbundet (SSR)
98. Vision
99. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
100. Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
101. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF)
102. Astma- och Allergiförbundet
103. Bröstcancerföreningarnas riksorganisation (BRO)
104. Demensförbundet
105. Handikappförbunden (HSO)
106. Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund
107. Prostatacancerförbundet
108. Reumatikerförbundet
109. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
110. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
111. Ung Cancer
112. Lika unika
113. Famna
114. Svenskt Näringsliv
115. Vårdföretagarna
116. Företagarna
117. Praktikertjänst
118. Capio AB
119. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
120. Arbetsgivarföreningen KFO
121. Arbetsgivaralliansen

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 15 november 2013. Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se samt s.fs@regeringskansliet.se. I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2013/4872/FS återopas.

Remissbehandlingen innebär att regeringen vill ha synpunkter på förslag, avvägningar och motiveringar i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För andra remissinstanser innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Frågor och synpunkter under remisstiden tas emot av Sara S Johansson, tel. 08-405 14 63 eller e-post sara.s.johansson@regeringskansliet.se.

Olivia Wigzell
Departementsråd

Kopia till
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

Ansvarsfull hälso- och sjukvård

Slutbetänkande av Patientmaktsutredningen

Stockholm 2013



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2013:44

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

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

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

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

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryckt av Elanders Sverige AB.
Stockholm 2013

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

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Göran Hägglund

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

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

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

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

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

Utredningen har antagit namnet Patientmaktsutredningen.

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

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

Stockholm i juni 2013

Johan Assarsson

/Petra Zetterberg Ferngren

Lena Barrbrink

Ann-Charlotte Borlid

Elin Sundberg

Innehåll

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

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

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

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

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

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

Sammanfattning

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

Jämlik vård

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

Ojämlighet ur ett regionalt perspektiv

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

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

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

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

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

Ojämlighet ur ett systemperspektiv

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

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

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

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

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

Ojämlikhet i det personliga mötet

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

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

Patientklagomål

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

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

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

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

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

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

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

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

Lag och förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

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

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

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

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

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

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

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

(

(

(

(