

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2013-09-26

HSN 1308-0926

Handläggare:
Gunnel Blomgren

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2013-10-08, p 25

Yttrande över slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44)

Ärendebeskrivning

Landstingsstyrelsen har begärt att Hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:14).

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2013-09-26
Sammanfattning av slutbetänkandet

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till Landstingsstyrelsen överlämna förvaltningens yttrande över betänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Regeringen beslutade den 24 mars 2011 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas (dir. 2011:25). Utredningen antog namnet Patientmaktsutredningen. Utredningen har tidigare lämnat promemorian "Patientens tillgång till sin journal" och delbetänkandet "Patientlag" (SOU 2013:2).

Regeringen har också beslutat om två tilläggsdirektiv om en stärkt ställning för patienten, dir. 2012:24 -om att dra lärdom av patientupplevelser, informationsutbyte mellan och inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten- och 2012:113 -ny patientlagstiftning-. Till dir. 2012:24 har regeringen förtydligat vissa avgränsningar i uppdraget i förhållande till "Utredningen om rätt information i vård och omsorg (S2011:13)".

Regeringen beslutade vidare den 15 november 2012 om tilläggsdirektiv (2012:113) till uppdraget (S 2011:03) i Patientmaktsutredningen om att stärka patientens ställning genom att även lämna förslag till en ny lag för hälso- och sjukvårdsverksamheten istället för nuvarande hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

Inom ramen för uppdraget presenteras ”Ansvarsfull hälso- och sjukvård SOU 2013:44” innehållande, lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet, en förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet och jämlik vård samt ”Patientklagomål”.

En ny lag ersätter HSL –organisationslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), (HSL) upphävs och ersätts av en ny lag –lagen (2013:000) om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Samtliga bestämmelser i HSL som inte påverkas av utredningens förslag förs materiellt oförändrade över till den nya lagen.

Följdändringar görs i en rad lagar (ett fyrtiotal) med anledning av att HSL upphävs och ersätts av den nya lagen.

Lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

I utredningens uppdrag konstateras att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) i sin nuvarande utformning är ålderdomlig och i vissa fall otydlig samt har en svåröverskådlig struktur. Den nya lagen ska vara en ramlag och samla generella bestämmelser om organisation och ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården. Detta avser särskilt de bestämmelser i HSL som föreslås inarbetas i utredningens förslag till ny patientlag. Utredningen har även övervägt om vissa bestämmelser i nuvarande HSL i stället bör regleras i speciallagstiftning eller i förordning.

Uppdraget omfattade även en översyn av lagens språk, struktur och utformning. Vidare har överväganden avseende lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter m.m. presenteras. Utredaren har även beaktat arbetet inom utredningen ”En kommunallag för framtiden (Fi 2012:07).

Kommuner och landsting förutsätts ha de bästa förutsättningarna att utifrån lokala behov kunna besluta om sin organisation.

Det finns dock starka samhällsliga intressen förknippade med hälso- och sjukvården i landet, att vård ges på lika villkor till befolkningen och att vård ska ges efter behov. Det kan därför vara motiverat att lagstiftaren i vissa fall behåller den yttersta kontrollen över delar av regleringen även när delegering är möjlig. Utredningen har strävat efter att uppnå balans mellan förvaltningens möjligheter att på ett enklare sätt styra och ändra regler och intresset av att lagstiftningsvägen ta ansvar för de viktiga frågor som hanteras inom hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Enligt utredningens förslag kan vissa av de detaljregleringar som nu finns i HSL överföras till förordning. Ett fåtal bestämmelser från HSL föreslås inte föras över till organisationslagen. Detta gäller vissa

bestämmelser som regleras i utredningens förslag till patientlag. Utredningen har vidare övervägt och föreslår vilka bestämmelser i HSL som kan regleras i speciallagstiftning i stället för i den nya lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamheten. Vidare förekommer på hälso- och sjukvårdsområdet att viss reglering har spridits ut i flera olika lagar och förordningar. Det har dock inte varit möjligt att inom ramen för organisationslagen få ett samlat regelverk för hälso- och sjukvård.

I begränsad utsträckning föreslås slutligen vissa nyskrivna bestämmelser i organisationslagen. Dessa har tillkommit i förtydligande syfte eller som en konsekvens av utredningens förslag i delbetänkandet SOU 2013:2.

Lagens struktur

Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar under de tre decennier som gått sedan HSL:s införande. De ursprungliga regler om krav och skyldigheter utgick från en situation då i princip all hälso- och sjukvård gavs av landsting.

Idag ansvarar kommuner för en allt större del av hälso- och sjukvården och stora delar av den offentligt finansierade vården utföras av företag eller organisationer. Det är därför angeläget att det tydligt framgår vilket ansvar vårdgivarna har. Landstingen och kommunerna har ett *tudelat ansvar*, dels i egenskap av huvudmän och dels i egenskap av vårdgivare. I HSL regleras skyldigheter för vårdgivare och huvudmän, men vem det är som avses i respektive bestämmelse för ofta utläsas i förarbetena eller annat.

I likhet med med utredningens tidigare förslag till patientlag i delbetänkandet SOU 2013:2 har även organisationslagen strukturerats på ett sätt som ska underlätta senare utveckling och införande av nya bestämmelser.

Lagen omfattar

innehåll och definitioner, (1 kap.)
vårdgivarens ansvar, (2-3 kap.)
landstingets ansvar som huvudman, (4-8 kap.)
kommunens ansvar som huvudman, (9-12 kap.)
gemensamma bestämmelser för huvudmännen, (13-16 kap.)
bemyndiganden och befogenheter, (17-18 kap.)

Av lagen ska framgå särskilt att barnets bästa ska beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn. Bestämmelsen i 9 a § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL), där det anges att rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas, flyttas till förordning hos Socialstyrelsen.

Definitioner och begrepp i den nya "organisationslagen"

Begreppet hälso- och sjukvård

Uttrycket hälso- och sjukvård används i betydelsen den samlade svenska hälso- och sjukvårdsverksamheten i gällande lydelse av målsättningsstadgandet för hälso- och sjukvården i 2 § HSL.

Utredningen har ansett det önskvärt att begreppsanvändningen blir konsekvent i organisationslagen. I utredningens förslag görs därför en språklig ändring, där "Målet för hälso- och sjukvården" ersätts av "Målet för hälso- och sjukvårdsverksamheten i landet".

Motsvarande ändring görs av samma anledning i utredningens förslag avseende skyldigheten att arbeta för att förebygga ohälsa.

Även denna skyldighet är att se som en form av målsättning i samband

med all verksamhet på hälso- och sjukvårdens område i landet.

Kommentar: I 1 kap 4 §, används begreppet "medicinsk" i förslag till lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet och i Patientlag 2013:2. Begreppet medicinsk används även i andra bestämmelser inom hälso- och sjukvårdslagstiftningens och synes ha två innebörder. Dels används ordet som beteckning på den vetenskap på vilken läkarkåren bedriver sin verksamhet, dels används ordet som en samlad beskrivning av all hälso- och sjukvårdsverksamhet där de grundläggande bestämmelser om att vården ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet av legitimerad personal. Med tanke på att kommande ny lagstiftning riktar sig till patienter i syfte att göra det tydligt vilka rättigheter patienten har inom hälso- och sjukvården är det av betydelse att termer och begrepp är klara.

Huvudmannabegreppet

Det finns inte någon definition av huvudmannabegreppet på hälso- och sjukvårdsområdet, varken i HSL eller i anknuten lagstiftning. Vid införandet av HSL konstaterades att den som har ett författningsreglerat ansvar för att vård meddelas är huvudman, men i övrigt fördes inte några resonemang om huvudmannaskapets innebörd. Särskilda bestämmelser om kommuners och landstings möjligheter att lägga ut kommunal verksamhet på entreprenad infördes 1993. Inte heller vid denna tidpunkt resonerades kring huvudmannaskapets innebörd, och begreppet definierades inte.

När vård bedrivs genom en vårdenhet som är direkt knuten till huvudmannen är landstinget både huvudman och vårdgivare, men har olika ansvar i de olika rollerna.

I förhållande till de privata aktörerna på vårdområdet är kommunen eller landstinget endast huvudman, med visst övergripande ansvar för kommun-medlemmarnas vård men utan bestämmanderätt över vårdgivarens dagliga verksamhet.

Mot bakgrund av den allt mer differentierade strukturen på hälso- och Sjukvårdsområdet, även inom landstings och kommuners hälso- och sjukvårdsorganisationer, har utredningen bedömt det som viktigt att tydliggöra huvudmannens och vårdgivarens åtskilda roller, bl.a. genom en definition av huvudmannabegreppet.

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.”

Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att säkerställa att vård erbjuds till i lagen angiven personkrets.

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.

Huvudmannen har inte någon direkt bestämmanderätt över fristående vårdgivares verksamhet. Enligt kommunallagen (1991:900) har huvudmannen emellertid skyldighet att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med uppställda mål och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten man är också skyldig att se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

I förarbeten till lagen uttalas att en kommun eller ett landsting som ingår avtal med annan om att utföra en uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi, som huvudman har kvar det yttersta ansvaret för verksamheten och ska följa upp och säkerställa att entreprenören uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten.

Kommuner och landsting har således ett ansvar för att genom exempelvis relevanta krav i avtal med utförarna säkerställa att kommunmedlemmarna får en god vård. Huvudmannskapet för den enskildes hälso- och sjukvård vilar därmed på den offentlige huvudmannen, även om denne avtalat med någon annan om att utföra vården. Det offentliga huvudmannskapet omfattar dock inte ansvar för hälso- och sjukvårdsverksamhet med helt privat finansiering som tillhandahålls utan offentligt uppdrag.

Den hälso- och sjukvård som enligt lag ska tillhandahållas av andra huvudmän än landsting och kommun är dock av mer begränsad karaktär, utgör inte det huvudsakliga ansvaret för de berörda huvudmännen och har delvis andra syften än hälso- och sjukvård som ges enligt bestämmelserna i HSL. När hälso- och sjukvården inte är huvuduppgiften utan i stället en del av ett mer omfattande och annat uppdrag får ansvaret en annan karaktär, och regleringen av det huvudmannauppdraget bör enligt utredningens mening lämpligen även fortsättningsvis regleras i respektive lagstiftning och inte i organisationslagen. Utredningen har därför valt att inte föra in bestämmelser om andra huvudmän än kommuner och landsting i den nya lagen.

Kommentar: Begreppet huvudman förekommer även i annan lagstiftning men med delvis annan innebörd än det som här föreslås för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Detta kan medföra tolkningsproblem.

Vidare anges att utredningen valt att inte föra in bestämmelser om andra huvudmän än kommuner och landsting i den nya lagen med ett

par exempel. Vad gäller för hälso- och sjukvård som bedrivs inom häkten, inom kriminalvården, inom totalförsvaret och vid flyktingförläggningar. Hälsovård i form av hälsokontroller görs bland annat vid Pliktverket (av de som söker utbildning inom försvaret, polisen och räddningstjänsten). Skolväsendet har viss hälso- och sjukvård, som normalt är en kommunal angelägenhet. Men hur är det med privatskolor, universitet och högskolor och företagshälsovård. Vidare bedrivs det Hälso- och sjukvård regelbundet som en rent privat-privat verksamhet, men även regelbundet i viss ideell verksamhet som vissa mottagningar för "gömda" eller hemlösa. I princip all legitimerad personal ger även på oregelbunden bas råd och behandling till anhöriga och vänner.

Vårdgivarbegreppet

Utredningen föreslår även att begreppet vårdgivare ska definieras i den nya lagen. Definitioner av vårdgivare finns i flera andra lagar på hälso- och sjukvårdens område, bl.a. i patientsäkerhetslagen (2010:659), patientdatalagen (2008:355) och patientskadelagen (1996:799).

Enligt definitionen i patientdatalagen är en vårdgivare "statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare)". Definitionen i patientskadelagen skiljer sig genom att begreppet "enskild" används i stället för "annan juridisk person eller enskild näringsidkare". I patientsäkerhetslagen har parenteserna utgått, i övrigt är definitionen identisk med den i patientdatalagen.

Utredningen har valt att utgå ifrån de befintliga definitionerna, men föreslår en något modifierad definition som lyder enligt följande:

"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."

"Ha ansvar för"

Uttrycket *har ansvar för*, används i patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientskadelagen kan, inom det nu aktuella området, tolkas på flera olika sätt, och är därför olämpligt i definitionen av vårdgivare.

Det finns *specifikt ansvar* som vilar på varje enskild vårdgivare, oavsett om aktören samtidigt är huvudman för verksamheten eller inte. Vilka dessa ansvarsområden är framgår enligt utredningens förslag av den nya lagens

2 kap. Verksamheten i Avdelning II Vårdgivarens ansvar.

Vårdgivare har i denna bemärkelse ansvar för den vård som denne bedriver. Landsting och kommun har som huvudman också visst ansvar, naturligtvis för de egna vårdgivarnas verksamhet, men även för sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som huvudmännen

överlåtit på annan. Huvudmannen ansvarar alltid primärt för att vårdbehoven tillgodoses inom dennes ansvarsområde. Ett visst kontrollansvar kvarstår av denna anledning hos huvudmannen. Huvudmannen har således också visst ansvar för vård som vårdgivaren bedriver. För att kunna skilja på det ansvar som de offentliga aktörerna har i sin egenskap av huvudmän och i sin egenskap av vårdgivare har utredningen därför i definitionen tydliggjort att vårdgivare är den som bedriver viss hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet

Begreppet hälso- och sjukvårdsverksamhet har använts i stället för hälso- och sjukvård, för att undvika en konflikt med definitionen av begreppet hälso- och sjukvård. I uttrycket ”bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet” ligger att åtgärderna är av regelbundet återkommande karaktär.

En näringsidkare som inom ramen för en verksamhet som i sig inte utgör hälso- och sjukvård med viss regelbundenhet utför hälso- och sjukvårdande åtgärder kan anses vara vårdgivare beträffande dessa åtgärder. En vårdgivare är emellertid alltid en organisation och ska inte förväxlas med den person som kanske rent faktiskt utför åtgärderna.

Lagens bestämmelser är tillämpliga på samtliga vårdgivare, både vårdgivare underställda en offentlig huvudman, och vårdgivare med en privat huvudman (med eller utan offentlig finansiering). Även vårdgivare som är underställda huvudmän vars verksamhet inte regleras i organisationslagen, exempelvis vårdgivare som tillhandahåller elevhälsa, ska uppfylla kraven i organisationslagen i tillämpliga delar.

Rikssjukvård

De befintliga bestämmelserna om rikssjukvård i HSL utgörs i huvudsak dels av definitioner, dels av bestämmelser som rör fastställande av vilken hälso- och sjukvård som bör utgöra rikssjukvård.

Utredningen har övervägt om de regler som avser fastställande av vilken hälso- och sjukvård som bör utgöra rikssjukvård skulle kunna regleras i förordningsform.

Dagens reglering av rikssjukvård infördes den 1 januari 2007. Av förarbetena till bestämmelserna framgår att regeringen ansåg det naturligt att Socialstyrelsen fortsättningsvis skulle ansvara för att fastställa kriterier för vilken hälso- och sjukvård som utgör rikssjukvård samt ge tillstånd till vårdens bedrivande, och att detta ansvar klart borde framgå av lag. Bestämmelser om Rikssjukvårdsnämnden inom Socialstyrelsen ansågs däremot kunna placeras i förordning.

Utredningen har inte funnit några vägande skäl för att i dag frångå regeringens tidigare bedömning att Socialstyrelsens beslutsansvar bör regleras i lag. Ansvar utgör dock en befogenhet för myndigheten, vilket är en reglering av sådan karaktär som närmast kan jämföras med bemyndiganden. I den nya lagen har denna bestämmelse därför placerats i det avslutande kapitlet. Rikssjukvård utgör enligt definitionen ”hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting men

som samordnas med landet som upptagningsområde”.

Det landsting som tillhandahåller rikssjukvård åtar sig att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer utan anknytning till landstingets ansvarsområde. För att ett sådant erbjudande inte ska strida mot kommunallagens lokaliseringsprincip krävs ett tydligt lagstöd. Landstingen har enligt 4 § andra stycket HSL möjlighet att ta emot patienter som är bosatta i annat landsting, om landstingen kommer överens om det. Mottagande av patient för rikssjukvård torde i regel bygga på en överenskommelse mellan landstingen.

För att undvika oklarheter har utredningen emellertid valt att föreslå införandet av ett uttryckligt lagstöd för att ta emot patienter från andra landsting för landsting som tillhandahåller rikssjukvård.

Utredningen föreslår att det kan regleras i förordning att rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. Detaljer kring kraven på de enheter som vill tillhandahålla rikssjukvård torde med fördel kunna hanteras på annan nivå än i riksdagen, vilket också möjliggör en enklare hantering av ändringarna i denna del.

Särskilt ansvar avseende barn

Bestämmelserna i organisationslagen är naturligtvis tillämpliga även när barn vårdas, exempelvis bestämmelser om rätt till en god och säker hälso- och sjukvård, rätt till trygghet och kontinuitet m.m. Vissa särskilda bestämmelser är dock motiverade just beträffande barn. Utredningen föreslår att dessa bestämmelser samlas på ett ställe.

Utredningen vill i detta sammanhang erinra om att principen om barnets bästa måste vara vägledande vid organisation av hälso- och sjukvård där barn berörs. I 1 kap. 6 § patientlagen anges att ”barnets bästa ska beaktas där hälso- och sjukvård ges till barn”.

Utredningen föreslår att en sådan bestämmelse även införs i organisationslagen i avsikt att framhålla att hälso- och sjukvårdens aktörer inom alla delar av vårdkedjan, även vid rent organisatoriska beslut, ska ta de särskilda hänsyn som behövs för att barn ska ges hälso- och sjukvård på ett sätt som är anpassat till barnet och barnets bästa.

Utredningen föreslår också att bestämmelserna om särskild informationsskyldighet mot barn i vissa fall, och skyldigheter för hälso- och sjukvården vid misstanke om att barn kan fara illa som tidigare återfanns i HSL överförs i sak oförändrade till organisationslagen.

I nu gällande lydelse innehåller den senare bestämmelsen hänvisningar till regleringar i andra lagar om tystnadsplikt, sekretess och anmälningsskyldighet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) är av fundamental betydelse för alla som arbetar inom hälso- och sjukvårdens verksamheter och är tillämpliga i många varierande situationer. Hänvisningarna i fråga rör etablerade skyldigheter som får förutsättas vara väl kända inom hälso- och sjukvårdens verksamheter och för dess personal. Utredningen anser därför inte att det är nödvändigt att låta hänvisningarna finnas kvar i organisationslagen.

Bestämmelsernas placering innebär att de är tillämpliga både för

huvudmännen och för vårdgivarna. Huvudmännen kan behöva beakta frågor kring barn och barnets bästa i samband med exempelvis planering av hälso- och sjukvård, utformning av hälso- och sjukvårdsenheter m.m. Vårdgivaren har den direkta kontakten med barn när hälso- och sjukvård ges och ska exempelvis utforma rutiner som säkerställer att adekvat information ges till barnet. Vårdgivaren ska också beakta barnets bästa i mer organisatoriska frågor kring den egna verksamheten.

Kommentar: lagstiftaren bör överväga om ett tillägg till stycket om barn där även foster ska beaktas. En Rikssjukvårdsspecialitet är intrauterina behandlingar – vanligast vid tvillingtransfusion, men på forskningsstadiet även viss fosterkirurgi för att därmed stärka barnets ställning tillfullo.

Vårdgivarens ansvar

En bestämmelse föreslås 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 lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen). Kravet på att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet inom vården utgår därmed. Kravet på att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad för att främja kostnadseffektivitet föreslås omformuleras till att verksamheten ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Kravet begränsas till att enbart gälla för offentligt finansierad verksamhet. Verksamhetschefens ansvar för att utse en fast vårdkontakt Kapitel 2 i lagen motsvarar i huvudsak paragraferna 2 a–2 h i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Utredningens förslag innebär dock omfattande strukturella förändringar.

En skillnad gentemot HSL i denna del är att utredningens förslag inte innehåller någon definition av god vård. Vad som i samhället anses vara viktigast för en god vård kan förändras över tid. Vissa ramar för hälso- och sjukvårdsaktörer bör anges direkt i lag, men enligt utredningens mening är det mera rimligt att berörda myndigheter genom föreskrifter anger vilka mer detaljerade krav som ska ställas på en god hälso- och sjukvård. Att räkna upp ett antal krav i lagstiftningen kan riskera att medföra uteslutande tolkningar, där vissa aktörer gör bedömningen att det enbart är de krav som anges i ”listan” som ska uppfyllas. Utredningen har ansett att samtliga de krav på hälso- och sjukvården som framgår av HSL är av stor vikt, och att det även finns andra regleringar som bör uppfyllas för att vården ska anses vara god. Utredningen har mot den angivna bakgrunden valt att utforma kapitlets första paragraf på liknande sätt som 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), med en angiven skyldighet för vårdgivaren att planera, leda och kontrollera sin verksamhet på ett sätt som leder till att patienten får en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet och att kraven i övrigt i avdelning II uppfylls.

Utredningen har i möjligaste mån låtit krav av olika karaktär föras till olika paragrafer. Bestämmelser som avser patientens personliga

upplevelse av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården har skilts från krav på bl.a. tillgänglighet och god hygienisk standard, vilka tidigare återfanns i samma paragraf. Någon materiell förändring i dessa delar är inte avsedd.

I kravet på vårdgivaren att leda sin verksamhet på det sätt som framgår av kapitlets första paragraf innefattas enligt utredningens mening det krav som i dag återfinns i nuvarande 28 § HSL, att ledningen för verksamheten ska vara organiserad på sådant sätt att den tillgodoser hög patientsäkerhet och hög kvalitet av vården. Något särskilt krav på ledningens organisationsform finns därför inte i utredningens förslag till organisationslag. Det är enligt utredningens mening inte främst ledningens organisationsform utan arbetet som ledningen utför som ska tillgodose en hög patientsäkerhet och en hälso- och sjukvård av god kvalitet. Patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet måste finnas med i alla aspekter av vårdgivarens verksamhet, både vid val av organisationsform och i arbetet i övrigt. Även kravet på att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad för att främja kostnadseffektivitet har omformulerats till att verksamheten ska vara organiserad så att den främjar kostnads- effektivitet, med samma motivering allmänna medel, och att det allmännas begränsade resurser bör användas på bästa sätt.

Det förekommer dock verksamheter vilka inte till någon del erhåller offentlig finansiering. Vilka krav som då ställs i fråga om exempelvis verksamhetens syfte och inriktning regleras i andra författningar, exempelvis i aktiebolagslagen (2005:551). Av förarbetena framgår inte något särskilt skäl till varför krav på kostnadseffektivitet ska eller kan ställas beträffande privat finansierad hälso- och sjukvård. Utredningen föreslår därför att bestämmelsen hädanefter ska utformas så att enbart offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet omfattas av kravet på kostnadseffektivitet. I den mån en verksamhet tillhandahåller både offentligt finansierad hälso- och sjukvård och privat finansierad vård omfattas den delen av verksamheten som är offentligt finansierad av bestämmelsen.

Utredningens förslag till ny lag innefattar inte bestämmelsen i 2 a § 3 HSL om att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Denna bestämmelse motsvaras helt av 3 kap. 1 § patientlagen (2013:000). En hänvisning till vårdgivarens ansvar för att tillgodose patientens rättigheter enligt patientlagens tredje och fjärde kapitel görs enligt förslaget i andra kapitlet, och en dubbelreglering i denna del blir därmed överflödig. Utredningen har dock funnit att verksamhetschefens ansvar för att en fast vårdkontakt utses kan överföras till förordningsform.

Fast vårdkontakt

Åliggandet att inom hälso- och sjukvården tillgodose rätten till en fast vårdkontakt samt möjliggöra patientens eget val av sådan framgår enligt utredningens förslag redan av patientlagen (2013:000).¹² Den föreslagna förändringen omfattas enligt utredningens mening av bemyndigandet i 17 kap. 2 § 1 organisationslagen.

Landstingets planeringsansvar

Landstingens planeringsansvar utvidgas till att gälla hela den personkrets som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

Ett förtydligande om att planeringen ska omfatta samtliga vårdgivare inom landstingets ansvarsområde förs in.

Ett förtydligande om att landstingens samverkansansvar ska gälla alla vårdgivare, inte enbart de privata, förs in.

Landstinget ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) planera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet med utgångspunkt i behovet av vård hos befolkningen. Motsvarande skyldighet gäller för kommunen. Utredningen föreslår en förändring i landstingens planeringsskyldighet som innebär att skyldigheten hädanefter ska gälla även andra grupper som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

Utredningen har i sitt delbetänkande föreslagit att landsting ska vara skyldiga att erbjuda patienter som omfattas av ett annat landstings

ansvar för hälso- och sjukvård öppen vård på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna. Landstingens ansvar har dessutom under de senaste åren utökats med ansvar för dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner här enligt förordning nr 883/200415 och med vissa skyldigheter avseende vård av asylsökande. Därutöver kommer landstingens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård att utökas till att under vissa förutsättningar omfatta även vuxna personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

I konsekvens med utredningens tidigare förslag och med den övriga utvecklingen inom området bör landstingen få ett ansvar för att planera sin verksamhet med utgångspunkt i behovet av vård hos alla de som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

I HSL fastslås att landstingens och kommunernas planering ska avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. I enlighet med ambitionen att tydliggöra landstingens och kommunernas huvudmannansvar och vårdgivarnas ansvar föreslås att bestämmelsen istället ska formuleras så att landstingens och kommunernas planering (i egenskap av huvudmän) ska avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av samtliga vårdgivare inom landstingets ansvarsområde. Detta omfattar såväl vård i egen regi som upphandlad vård oavsett driftsform, men även exempelvis elevhälsa och privat finansierad vård som utförs inom landstinget eller kommunen.

Beträffande samverkansansvaret regleras i dag endast att landstingen och kommunerna har ett ansvar för att samverka med privata vårdgivare. Det får förutsättas att huvudmännen redan nu samverkar med vårdgivare i egen regi. Det är dock önskvärt att fortsätta arbetet med att lagstiftningsmässigt likställa vårdgivare under offentlig ledning med andra vårdgivare. Utredningen har därför inte funnit det befogat att behålla begränsningen av landstingets och kommunernas ansvar för samverkan till att gälla enbart privata vårdgivare.

Kommentar: Utredningens förslag i detta delbetänkande innebär att landstingens planeringsansvar utvidgas till att gälla alla som omfattas av landstingens ansvar för hälso- och sjukvård.

I kap. 5, 1§ första meningen bör överväg om det ska stå folkbokförda istället för bosatta, för att stämma överens med propositionen 2012/13:109 ”hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd”. Med bosatta i ett landsting avses där de som är folkbokförda inom landstingets område i enlighet med bestämmelserna i folkbokföringslagen.

En uppenbar svårighet är även att bedöma hur patientströmmar i en storstadsregion kan komma att påverka landstingets planering av hälso- och sjukvårdsverksamheten utifrån Patientmaktsutredningens olika förslag. I förslaget till ny patientlag blir följde natt landstinget inte kan begränsa valet av öppen hälso- och sjukvård, vilket bör framgå även i detta lagförslag.

De ekonomiska konsekvenserna är svåra att bedöma då olika avtalslösningar finns med vårdgivare.

Jämlik vård

Socialstyrelsen har i olika lägesrapporter och fokusrapporter belyst omotiverade skillnader inom hälso- och sjukvården vad gäller hänsyn till kön, etnicitet, sexuell läggning, väntetider, dödlighet och hälsoutfall mellan personer med eller utan samsjuklighet i psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, otillräckliga insatser för vissa personer med LSS-insatser.

I december 2012 presenterade regeringen ”Strategi för en god och mer jämlig vård 2012-2016. Här lyfts vikten av att åtgärda brister i bemötande, vård och behandling i fem fokusområden. Det framhålls vidare att det finns stora utmaningar när det gäller värdegrundsarbetet i svensk hälso- och sjukvård. I strategin formuleras även en värdegrund för hälso- och sjukvården:

”Hälso- och sjukvården ska utgå från att varje människa är unik och att alla personer har samma absoluta och okränkbara värde. Den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården ska vara behovsstyrd och den ska kännetecknas av jämlighet och kvalitet. Vården, liksom omsorgen, måste ta hänsyn till kroppsliga, själsliga, sociala och andliga behov och bemöta människor med respekt.”

Utifrån en redovisning av olika uppdrag och rapporter konstateras utredningen att förekomsten av uppvisade brister och skillnader i medicinska resultat som framgår i bl a öppna jämförelser eller nationella utvärderingar i högre grad än i dag bör utgöra underlag för statliga tillsynsinsatser. Patienter bör få bättre möjlighet att tillgodogöra sig den information om kvalitet och medicinska resultat som bl.a. finns i öppna Jämförelser och i nationella utvärderingar. Bättre tillgång till data om vården bör påskyndas för att öka transparensen. Även förekomsten av patientklagomål bör komplettera kvalitetsjämförelser mellan olika enheter.

Utredaren påpekar särskilt att skillnaden i medicinsk kvalitet och medicinska resultatet inom landet för bl.a. de stora folksjukdomarna inte kan accepteras med hänvisning till det kommunala självstyret.

Ojämlighet ur ett systemperspektiv

Utredaren framhåller att ett tydligare fokus på kompletterande vägar in i hälso- och sjukvården och ett mer personligt och patientcentrerat synsätt på organisatoriska lösningar bör ge förutsättningar för en mer jämlik tillgång till hälso- och sjukvård. Inom ramen för upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling samt i de regelböcker som styr godkännande av leverantörer i valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem bör ersättningsystemen utformas för att ges utrymme och möjlighet för sådana kompletterande lösningar.

Ojämlighet i det personliga mötet

Vårdgivare bör genom ökad egen uppföljning granska vidtagna behandlingsinsatser utifrån bl.a. genus och socioekonomiska faktorer. Även huvudmännen bör agera för ökad egenuppföljning. Verktyg för att underlätta kommunikation mellan patient och personal bör användas för patientgrupper som annars riskerar att förfördelas. I grundläggande vårdutbildningar bör utbildning om diskriminering och likvärdig vård ingå.

Vårdutbildningarnas roll

Uppdraget och utbildningen är av stor vikt för de personer som redan är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården. För dem som ännu inte arbetar i vården bör emellertid denna kunskap förmedlas redan i den grundläggande vårdutbildningen. Den fyller en viktig roll genom att lägga grunden för vilka värderingar som ska genomsyra hälso- och sjukvården i framtiden.

Kommentar: I öppna jämförelser lyfts allt som oftast skillnader mellan olika landsting fram varvid exempelvis svårigheter att upprätthålla lika god tillgänglighet inom glesbygd som region/universitetssjukhus sällan kommenteras. Syftet med öppna jämförelser har aldrig varit att resultaten ska tolkas som fastställda kvalitetsskillnader. Det vore direkt olämpligt eller kontraproduktivt att använda resultaten som enskilda underlag för sanktioner eller underlag för statliga tillsynsinsatser. Varje enskilt landsting eller hälso- och sjukvårdsverksamhet kan bara förhålla sig till sig själv över tid i sitt ständigt pågående kvalitetsarbete.

Patientklagomål

Utredningens uppdrag

I Patientmaktsutredningens direktiv konstaterar regeringen att en systematisk insamling och bearbetning på nationell nivå av de patientberättelser som kommer in till Socialstyrelsen och patientnämnderna skulle bidra med värdefull information i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården. Det handlar enligt regeringen om att identifiera och uppmärksamma bristfälliga rutiner för att effektivisera och förbättra vårdprocessen. Mot den bakgrunden ska Patientmaktsutredningen föreslå en modell för systematisk insamling

och bearbetning av patientberättelser i klagomåls- och anmälningssärenden. Patientmaktsutredningens uppdrag är således begränsat till klagomåls- och anmälningssärenden till skillnad från utredningen om ”rätt information i vård och omsorg” som har i uppdrag att föreslå en modell för webbaserad inrapportering av patientupplevd kvalitet dir 2012:23 tilläggsdirektiv till S 2011:13 ”förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Nationellt perspektiv

Enligt utredningens bedömning är det viktigt att Inspektionen för vård och omsorg får ett tydligt uppdrag och de resurser som behövs för att åstadkomma en långsiktigt stabil struktur för tillsynsplanering och tillsynsåterföring. En sådan funktion bör samarbeta med patientnämnderna och skulle också kunna stödja patientnämnderna med analys av data på regional nivå. Många av patientnämndernas förvaltningar är knappt bemannade och saknar resurser och/eller kunskaper för att analysera sina ärenden på en aggregerad nivå.

Kommentar: Av rättssäkerhetsskäl är det angeläget att det införs en överklagandemöjlighet för såväl patienter som kritiserad hälso- och sjukvårdspersonal samt för vårdgivare och huvudmän. I promemorian DS 2011:36 föreslås att beslut om kritik ska få överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Ett sådant förslag även bör ingå som en del av den kommande propositionen med anledning av denna utredning. Det är samtidigt av vikt att bestämmelserna om kritikbeslut förtydligas på så sätt att det anges under vilka förutsättningar som IVO ska besluta att ge kritik och även i förekommande fall avstå från att ge kritik. En grundläggande förutsättning för att den föreslagna överklagandemöjligheten ska fungera på avsett vis är att ärendena bereds och utreds grundligt av inspektionen och att det även klargörs vad det är förvaltningsdomstolarna ska pröva.

Regionalt perspektiv

Patientnämndernas erfarenheter bör i större utsträckning tas till vara 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

Kommentar: Regeringen bör i likhet med förslaget ge Inspektionen för vård och omsorg i uppdrag att tillsammans med Patientnämnder, men också med företrädare från landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet att utveckla system för att aggregera, analysera, sammanställa och återföra erfarenheter från bl.a. anmälningss- och klagomålsärenden.

Förvaltningens övriga synpunkter på förslaget

Förvaltningen ser generellt positivt på utredningens intentioner och förslag kopplade till ökat patientinflytande. Det finns dock otydligheter, vilket kan leda till skiftande tolkningar, både från patienter och närstående samt hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Förslagen torde behöva förtydligas ytterligare i de fall patientens självbestämmande är begränsat på grund av annan lagstiftning, så att det är tydligt vilken lagstiftning som är överordnad vad gäller exempelvis, Smittskyddslag, frihetsberövade i enlighet med LPT, LVM, LVU.

Beträffande ”läkemedelsfrågorna” stödjer landstinget förslaget att detaljregleringen runt läkemedelsförråd i kommunernas särskilda boenden föreslås minska och överförs till förordningen. Landstinget delar utredningens bedömning att den mest lämpliga placeringen av läkemedelsförrådet bäst avgörs på det lokala planet och att det inte längre finns behov av särskild reglering av läkemedelsförrådets placering.

Det finns ett behov av att se över Lag (2009:366) handel med läkemedel avseende sjukhusens läkemedelsförsörjning, samt därtill av Läkemedelsverket utfärdade föreskrifter. Nämnda lag och föreskrifter stödjer inte utredningens förslag om tydlighet avseende landstingens ansvar för planering för samtliga vårdgivare inom landstingets geografiska ansvarsområde, oavsett driftform. De stödjer inte heller kravet på kostnadseffektivitet samt en patientfokuserad hälso- och sjukvård. Lagen om handel med läkemedel omfattar endast läkemedelsförsörjningen till sjukhus, vilket lämnar ett stort tolkningsutrymme gällande hur läkemedelsförsörjning till andra mottagningar (även privata) och enskilda utanför den slutna vården kan ske. Landstingen har valt en bredare tillämpning av begreppet läkemedelsförsörjning, för att kunna säkerställa tillgången på läkemedel på ett kostnadseffektivt och säkert sätt för alla vårdgivare och patienter inom det geografiska upptagningsområdet. Lagstiftaren samt tillsynsmyndigheten bör därför tydliggöra landstingens möjlighet att agera för hela den offentligt finansierade sjukvårdens läkemedelsförsörjning, inte enbart sjukhusens.

Myndighet för övergripande information

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

Det kan vara förvirrande att så många lagförändringar kring patientens ställning är förvillande lika till namnet, patientsäkerhetslag, patientlag, patientdatalagen, patientskadelag m. m och nu förslag på en patientlag för såväl allmänhet, patient som verksamma inom hälso- och sjukvårds-verksamheten.

Genomförande av den föreslagna lagen kräver ett gediget förankringsarbete av lagens syften och bestämmelser inom vårdens

grundutbildningar och hälso- och sjukvårdsverksamheten samt och informationsinsatser till patienter, närstående och allmänhet. Utredningen har inte tydligt belyst de behov av informations- och utbildningsinsatser som kan komma att krävas om en ny lag antas.

Det unika bör vara att utforma ett samlat system av lagar grundat på att ge patient, medborgare och hälso- och sjukvårdens aktörer en gemensam grund och förtydligande av hälso- och sjukvårdsverksamhetens uppdrag. Granskar man de olika förslagen och hänvisningarna i propositionen till så väl kommande förslag till lagar som till tidigare propositioner, uppstår en osäkerhet över att fatta ytterligare ett delbeslut i Patientmaktsutredningen där utredaren konstaterar att det är omöjligt att ge en samlad bild av lagstiftningen inom hälso- och sjukvården (sid 95).

”Av pedagogiska skäl vore det givetvis önskvärt att regelverket avseende en och samma funktion eller företeelse finns på samma ställe. Det är dock inte alltid möjligt och har inte heller kunnat åstadkommas i organisationslagen. De bestämmelser av intresse för hälso- och sjukvårdens organisation som utredningen funnit och som föreslås införas i organisationslagen behandlas under respektive avdelning. I begränsad utsträckning föreslås slutligen vissa nyskrivna bestämmelser i organisationslagen. Dessa har tillkommit i förtydligande syfte eller som en konsekvens av utredningens förslag i delbetänkandet SOU 2013:2”.

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

Vidare är det av vikt att föreslagna definitioner stämmer överens med definitioner i annan och kommande lagstiftning, t.ex. den nya kommunallagen.

En utvärdering av konsekvenserna för samtliga huvudmän, patienter, brukare och närstående av en delvis samlad och utökad patentlagstiftning och lagstiftning kring hälso- och sjukvårdsverksamheten är en viktig del i det arbetet med att fortlöpande stärka patientens ställning och utveckla hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Nergårdh
Avdelningschef

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 jämlikt 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.

Ojämlighet 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.