



2014-05-16

Avd för vård och omsorg  
Sektionen för hälso- och sjukvård  
Hasse Knutsson

## Patientlagen

### Sammanfattning

Den 1 januari 2015 träder patientlagen (2014:xxx) i kraft. För att stödja landstingen i genomförandet av den nya patientlagen beslöt hälso- och sjukvårdsdirektörerna, informationsdirektörerna och SKL i mars 2014 att inrätta en gemensam arbetsgrupp. En viktig del i genomförandet av lagen är att informera om de nya reglerna.

Avsikten med denna promemoria är att den ska utgöra en kunskapsbas i det fortsatta arbetet med att utforma mer specifik information som är anpassad till olika målgruppers behov såsom patienter, vårdnadshavare eller annan närstående, invånare, landsting/regioner, hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare, politiker, tjänstemän m.fl.

Målet med patientlagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Patientlagen innehåller bestämmelser om

- tillgänglighet (2 kap.),
- information (3 kap.),
- samtycke (4 kap.),
- delaktighet (5 kap.),
- fast vårdkontakt och individuell planering (6 kap.),
- val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.),
- ny medicinsk bedömning (8 kap.),
- val av utförare (9 kap.),
- personuppgifter och intyg (10 kap.),
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).

En viktig nyhet i lagen är att patienten ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Patienten ska sammanfattningsvis få ta del av det öppenvårdsutbud som ingår också i ett annat landstings vårderbjudande även om utbudet är ett annat än det som finns i patientens hemlandsting.

Patienten har således möjlighet att välja mellan samtliga behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården, dvs. även de behandlingsalternativ som

finns i andra landsting. Patienten ska vidare få möjlighet att också i andra landsting välja en fast läkarkontakt och få tillgång till en fast vårdkontakt.

En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att i andra landsting få en ny medicinsk bedömning. Patienten ska även få möjlighet att "lista" sig inom primärvården i andra landsting. En "listad" patient ska emellertid inte ges företräde till att få primärvård utan hänsyn ska enbart tas till de medicinska behov som patienten har. Valmöjligheten omfattar även högspecialiserad vård, dvs. exempelvis regionsjukvård enligt 9 § HSL, under förutsättning att vården inte kräver intagning i vårdinrättning. Om hemlandstinget ställer krav på remiss för den aktuella vården gäller dock som förutsättning för att detta landsting ska behöva bekosta vården att de egna remissreglerna följs.

Valmöjligheten omfattar offentligt finansierad öppen vård som bedrivs i landstingets egen regi, av privata vårdgivare med avtal med landstinget eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

Kostnaderna för t.ex. resa och uppehälle får patienten själv betala.

I HSL införs en ny bestämmelse med innebörd att varje landsting ska erbjuda öppen vård till patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Dessa patienter omfattas inte av landstingets vårdgaranti. I övrigt ska vården ges på samma villkor som dem som gäller för de egna invånarna. Detta innebär att landstingen inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter från andra landsting utan enbart ska ta hänsyn till de medicinska behov som patienterna har.

Hemlandstinget ska bekosta vård som en patient får i ett annat landsting, under förutsättning att det förstnämnda landstingets remissregler följs. Denna bestämmelse gäller sedan tidigare.

En nyhet är att om en patient vill söka vård i ett annat landsting som har krav på remiss till den öppna specialistvården gäller vårdlandstingets remissregler. Detta följer av att vårdlandstinget ska ge vård till patienter från andra landsting på samma villkor som dem som gäller för de egna invånarna. Patienten behöver då söka sig till en primärvårdsläkare, antingen i hemlandstinget eller i vårdlandstinget, som sedan har möjlighet att remittera patienten vidare till den specialiserade öppenvården.

Genom att landstingens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård utvidgas i lag får patienter från andra landsting samma möjlighet som landstingets egna invånare att välja såväl offentliga utförare som privata utförare, som genom avtal med landstinget utför uppgifter som landstinget ansvarar för eller som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.. De avtal som landstinget har med privata utförare måste följa det

upphandlingsrättsliga regelverket. Avtal som landstingen slutit innan lagändringarna träder i kraft undantas, så länge de gäller, från bestämmelsens tillämpningsområde.

Av övergångsbestämmelserna till HSL framgår att bestämmelsen i 4 § andra stycket om landstingens nya åtagande inte gäller vård som ges enligt avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalet gäller. Efter ikraftträdandet får ett sådant avtal inte förlängas utan att 4 § andra stycket beaktas.

Bestämmelsen innebär exempelvis att avtalen efter ikraftträdandet inte får innehålla klausuler om att den privata utföraren uteslutande ska behandla landstingets egna invånare eller regler som på annat sätt försvårar för patienter från andra landsting att, på samma villkor som landstingets egna invånare, välja öppen vård hos en privat utförare som landstinget har slutit avtal med.

Den nuvarande informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas. Patienten ska få information om

- \* sitt hälsotillstånd,
- \* de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
- \* de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
- \* vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
- \* det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
- \* väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
- \* eftervård, och
- \* metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Patienten ska även få information om

- \* möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
- \* möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
- \* vårdgaranti, och
- \* möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.

Det klargörs också att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. Patienten ska dock få den vård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja inte kan utredas.

Utöver detta införs bestämmelser om barns inflytande över sin vård i den nya lagen. I övrigt innehåller den nya lagen motsvarigheter till nuvarande bestämmelser om exempelvis vårdgaranti, individuell planering samt hjälpmedel.

## Syfte

Den 1 januari 2015 träder patientlagen (2014:xxx) i kraft. För att stödja landstingen i genomförandet av den nya patientlagen beslöt hälso- och sjukvårdsdirektörerna, informationsdirektörerna och SKL i mars 2014 att inrätta en gemensam arbetsgrupp. En viktig del i genomförandet av lagen är att informera om de nya reglerna.

Avsikten med denna promemoria är att den ska utgöra en kunskapsbas i det fortsatta arbetet med att utforma mer specifik information som är anpassad till olika målgruppers behov såsom patienter, vårdnadshavare eller annan närstående, invånare, landsting/regioner, hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare, politiker, tjänstemän m.fl.

I denna promemoria informeras om de viktigaste nyheterna i den nya lagen. Texten grundas i allt väsentligt på regeringens proposition 2013/14:106, Patientlag. För mer detaljerad information hänvisas till denna proposition.

Patientlagen återges i sin helhet i bilaga 1.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har ställt sig positivt till den nya lagen.

## Ärendet och dess beredning

Genom regeringsbeslut den 24 mars 2011 tillsattes en särskild utredare med uppdrag att föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas (dir. 2011:25). Utredningen antog namnet Patientmaktsutredningen (S2011:03). Den 29 mars 2012 beslöt regeringen att ge utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2012:24).

Utredningen överlämnade till regeringen delbetänkandet Patientlag (SOU 2013:2) i januari 2013. Betänkandet innehåller bl.a. förslag till en ny patientlag där bestämmelser från bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, som tydliggör patienters möjligheter till inflytande i hälso- och sjukvården eller har direkt betydelse för vårdens utformning samlas.

Den 15 november 2012 beslöt regeringen att ge utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2012:113). Enligt tilläggsdirektiven skulle utredningen bl.a. lämna förslag till en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som ersätter HSL. Utredningen överlämnade till regeringen slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44) i juni 2013. I slutbetänkandet föreslås bl.a. en ny lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

## Bestämmelserna i patientlagen

I det följande ges en övergripande sammanfattning av innehållet i respektive

kapitel i patientlagen.

### **1 kap. Inledande bestämmelser (1 – 9 §§)**

I 1 § fastslås att lagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Lagen innehåller bestämmelser om

- tillgänglighet (2 kap.),
- information (3 kap.),
- samtycke (4 kap.),
- delaktighet (5 kap.),
- fast vårdkontakt och individuell planering (6 kap.),
- val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.),
- ny medicinsk bedömning (8 kap.),
- val av utförare (9 kap.),
- personuppgifter och intyg (10 kap.),
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).

Av 2 § första stycket framgår att bl.a. bestämmelserna om individuella planer och val av behandlingsalternativ och hjälpmedel enbart gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman. Av andra stycket följer att bestämmelserna om vårdgaranti, val av fast läkarkontakt, ny medicinsk bedömning och val av utförare inom offentligt finansierad öppen hälso- och sjukvård enbart gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet där ett landsting är huvudman. Ett landsting är huvudman även när vården utförs av privata vårdgivare med avtal med landstinget eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Bestämmelsen innebär ingen skillnad gentemot vad som gäller i dag.

Av 3 § framgår att lagen inte omfattar tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

I 4 § hänvisas till HSL i frågan om bestämmelser om landstings, kommuners och privata vårdgivares skyldigheter och ansvar. Regler om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar finns i patientsäkerhetslagen.

Av 5 § framgår att med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter. Denna lag omfattar emellertid inte omhändertagande av avlidna.

I 6 § första stycket finns en bestämmelse om att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen och i andra stycket uttrycks de människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciper som riksdagen har ställt sig bakom.

7 § innehåller grundläggande krav på den hälso- och sjukvård som ges. Bestäm-

melser om att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att patienten ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav finns i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

I 8 § regleras att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Vad som är barnets bästa måste avgöras utifrån förhållandena i varje enskilt fall. Bedömningen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska, beroende på barnets ålder och mognad, utgå från underlag från vårdnadshavare och det som barnet själv ger uttryck för. Med barn avses personer under 18 år.

9 § innehåller en hänvisning till bestämmelser i HSL om landstings respektive kommuners skyldighet att erbjuda vissa insatser för personer med funktionsnedsättning.

## **2 kap. Tillgänglighet (1 – 4 §§)**

Bestämmelserna om tillgänglighet i kapitel 2 motsvarar i sak bestämmelser i HSL.

I 1 § regleras att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.

Av 2 § framgår att patienten ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

I 3 - 4 §§ finns bestämmelser om vårdgarantin. Landstingen ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget en vårdgaranti som ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt (via telefon eller genom besök) med primärvården, t.ex. vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen (tillgänglighetsgaranti),
2. besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti),
3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och
4. planerad vård efter beslut om behandling, t.ex. operation (behandlingsgaranti).

Det är regeringen som beslutar om vilka tidsgränser som ska gälla inom vårdgarantin. Enligt förordningen (2010:349) om vårdgaranti ska landstingen uppfylla

1. tillgänglighetsgarantin samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,
2. besöksgarantin inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren bedömt att den enskilde behöver besöka läkare,
3. besöksgarantin inom den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården, och
4. behandlingsgarantin inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården.

Vårdgarantin kan i dagsläget sammanfattas med 0-7-90-90 och anger en lägsta

godtagbar nivå, där de landsting som så önskar kan ange än kortare tidsgränser för sina invånare.

Om landstinget inte förmår uppfylla besöksgarantin eller behandlingsgarantin i den specialiserade vården ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Vårdgarantin anger endast den tid som en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med, besök hos eller behandling inom hälso- och sjukvården. Den reglerar inte om vård över huvud taget ska ges, vilken vård som kan komma i fråga eller hur lång tid en utredning av en patient får ta. Det är vårdutbudet i respektive patients landsting som sätter gränsen för vad garantin ska innehålla.

Den nationella vårdgarantin omfattar inte utredningar såsom röntgen, provtagningar och tester och inte heller återbesök till vården, t.ex. regelbundna kontroller för patienter med kroniska sjukdomar.

### **3 kap. Information (1 – 7 §§)**

I 1 § regleras att patienten ska få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
7. eftervård, och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Ovanstående informationspunkter motsvarar eller kan anses gälla redan idag enligt bestämmelser i HSL och patientsäkerhetslagen.

Paragrafen är inte avsedd att tolkas uttömmande. Om patienten behöver ytterligare information måste sådan naturligtvis ges. Å andra sidan är det inte alla gånger aktuellt att informera enligt samtliga punkter i paragrafen. Informationen ska således anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet.

Vårdgivarnas ansvar enligt 2 b § HSL medför en skyldighet att organisera verksamheten så att kravet på fullgod information till patienten kan upprätthållas.

I 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen regleras hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för att ge information.

Av 2 § framgår att patienten även ska få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
3. vårdgarantin, och

4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.

Försäkringskassan handlägger ärenden såväl enligt förordningen (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen som enligt lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet. Bestämmelsen i punkt 4 innebär att patienten ska få information om att Försäkringskassan kan lämna upplysningar om möjligheten att få ersättning för vård i annat EES-land eller i Schweiz. Bestämmelsen innebär däremot inte att hälso- och sjukvårdspersonalen ska redogöra för innehållet i det EU-rättsliga regelverket eller ta ställning till möjligheten att få ersättning.

Information enligt paragrafen behöver, liksom information enligt 1 §, enbart lämnas när det är aktuellt i det enskilda fallet. Exempelvis är det inte relevant att informera om vårdgarantin om vården kan erbjudas direkt, att informera om de valmöjligheter en patient har vid ett enstaka enklare besök på en vårdcentral eller att informera om möjligheten att ansöka om ersättning för vård i ett annat EES-land då en patient behöver akutsjukvård.

I 3 § regleras att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information enligt 1 och 2 §§. Den som har vårdnaden om ett barn (normalt sett en förälder) har ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov av omvårdnad blir tillgodosett (6 kap. 1 och 2 §§ föräldrabalken). Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter men ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § föräldrabalken).

Barn har samma rätt till information enligt 1 och 2 §§ som vuxna patienter har. Informationen måste dock anpassas till barnets ålder och mognad enligt vad som anges i 6 §.

Den aktuella paragrafen innebär att barnets vårdnadshavare, i egenskap av ställföreträdare för barnet i personliga angelägenheter, också ska få information enligt 1 och 2 §§. Av 5 § följer dock att information inte får lämnas om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

När barnet blir äldre och mognare övergår rätten att förfoga över sekretessen mer och mer till barnet. När barnet har uppnått en viss mognad och utveckling har vårdnadshavarna inte längre rätt att med stöd av 12 kap. 3 § OSL utan barnets samtycke få sekretessbelagd information om honom eller henne. Har ett barn två vårdnadshavare ska informationen som regel ges till båda.

Av 4 § framgår att om information inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående. Bestämmelsen avser enbart fall där infor-



mation inte kan lämnas till patienten. Även i fall där patienten är i stånd att ta emot information kan det dock vara lämpligt att närstående informeras om t.ex. patientens hälsotillstånd.

I 5 § regleras att information inte får lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

Av 6 § framgår att information ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.

Paragrafen gäller inte bara information till patienten utan även till andra mottagare, dvs. främst vårdnadshavare eller andra närstående.

Informationen ska anpassas till mottagarens ålder och mognad. Underåriga patienter har samma rätt till information som andra och ska därmed i princip alltid informeras om bl.a. sitt hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling samt det förväntade vårdförloppet. Informationen måste emellertid anpassas till barnets ålder och mognad. När patienten är ett spädbarn är det naturligtvis tillräckligt att vårdnadshavarna får information. Även mycket små barn kan emellertid ta till sig viss information, exempelvis om sitt hälsotillstånd. Informationen ska utformas med omsorg och ges på ett hänsynsfullt sätt utifrån barnets mognad och situation i övrigt. Det kan även finnas anledning att anpassa informationen då mottagaren är äldre.

Informationen ska vidare anpassas efter mottagarens erfarenhet. Därmed avses mottagarens tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvården, men även övriga erfarenheter som bl.a. kan ha betydelse för vilken förståelse han eller hon har av exempelvis skeenden i kroppen.

Informationen ska även anpassas efter mottagarens språkliga bakgrund. Patienter som inte förstår eller talar svenska fullt ut har rätt till samma goda information som andra patienter. Hälso- och sjukvårdens verksamheter bör vid behov anlita tolk och har ett ansvar för att utforma sin information så att den blir tillgänglig för alla.

Informationen ska också anpassas efter mottagarens andra individuella förutsättningar, såsom utbildningsbakgrund, könsidentitet, religion, kognitiva och andra funktionsnedsättningar, livssituation eller andra omständigheter som kan påverka hur informationen bör ges.

I 7 § anges att den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det. För att den nya lagens bestämmelser om samtycke, delaktighet och valmöjligheter

ska få genomslag i praktiken krävs en dialog som bara kan komma till stånd om mottagaren förstår den information som ges. I första stycket fastslås därför att den som ger informationen har ett ansvar för att så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Detta gäller oavsett om mottagaren är en patient, vårdnadshavare eller annan närstående till en patient.

För många patienter kan det vara svårt att till fullo ta till sig den muntliga information som ges under besöket i hälso- och sjukvården. Informationen kan vara detaljerad och patienten är ofta i en ovan och ibland även svår situation. Informationen ska därför lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om personen ber om det.

#### **4 kap. Samtycke (1 - 4 §§)**

Av 1 § framgår att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

I 2 § anges att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap.

Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

Den grundläggande principen om att vård inte får ges utan samtycke om inte annat följer av lag gäller i dag med stöd av annan lagstiftning. Paragrafens första stycke är avsett att tydliggöra denna princip för patienter, närstående och hälso- och sjukvårdspersonal. Ett samtycke kan endast anses vara giltigt om det föregåtts av information som gör det möjligt för patienten att fatta beslut i den aktuella frågan. Undantag från bestämmelsen får endast meddelas i lag, se exempelvis lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Även i patientlagen införs en bestämmelse om vård utan samtycke, se 4 § detta kapitel.

Av paragrafens andra stycke framgår att ett samtycke till hälso- och sjukvård kan lämnas skriftligt, muntligt eller genom patientens handlande.

Av tredje stycket framgår att patienten när som helst kan ta tillbaka sitt samtycke. En patient som inte samtycker till viss vård eller behandling ska få information om vilka konsekvenser det kan få att vården därigenom inte kan genomföras. Informationen måste ges på ett hänsynsfullt sätt och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Av 3 § framgår att när patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klargöras. Barnets inställning ska

tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Paragrafen, som kompletterar bestämmelserna om samtycke i 2 §, avser att kodifiera den praxis som utvecklats när det gäller barns inflytande inom vården. Paragrafen har sin grund i bestämmelsen i föräldrabalken om att i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Av första meningen framgår att barns inställning till viss vård eller behandling ska klarläggas så långt som möjligt. Att ett spädbarns inställning inte kan klarläggas torde stå klart. Även mycket små barn kan emellertid ha en inställning till en åtgärd och det är viktigt att ge barnet utrymme att få uttrycka sin åsikt.

Av andra meningen framgår att barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Vilken mognad som krävs för att ett barns inställning ska tillmätas betydelse måste utredas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av den planerade vårdens art och angelägenhetsgrad. Som utgångspunkt är det vårdnadshavaren som har beslutanderätt i frågor som rör barnet. Det är dock inte nödvändigt att i alla situationer inhämta samtycke från vårdnadshavaren. Det centrala för bedömningen av om barnet ska anses moget nog att ensamt få besluta om viss vård eller behandling är om barnet kan tillgodogöra sig relevant information och överblicka vilka konsekvenser som hans eller hennes beslut kan få. Det krävs en avsevärd mognad för att ett barn ska kunna ta ställning till mer omfattande behandlingar och ingrepp. Yngre barn kan däremot på egen hand i vissa fall samtycka till enklare åtgärder. Barnets möjlighet att bestämma får inte medföra att vårdnadshavaren fransäger sig sitt ansvar som beslutsfattare utan att barnet känner sig moget för det. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör också göra väl avvägda mognadsbedömningar som inte resulterar i att barn avkrävs beslut som de inte känner sig mogna att fatta.

I 4 § regleras att en patient ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

Denna bestämmelse är ett undantag från huvudregeln i 2 § och innebär att hälso- och sjukvårdspersonal i en nödsituation med stöd av paragrafen ska kunna ge hälso- och sjukvård till en patient som inte är i stånd att samtycka till vården.

Det är enbart sådan vård som behövs för att avvärja en fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa som får ges utan patientens samtycke. Det ska således vara fråga om sådan nödvändig vård som inte kan anstå tills en patient eventuellt själv kan ta ställning till åtgärden. Bestämmelsen gäller enbart i situationer där det handlar om att rädda patientens liv eller i övrigt för att undvika svåra konsekvenser för hans eller hennes hälsa.

Paragrafen avser situationer då en patients vilja på grund av medvetlöshet eller

av annan orsak inte kan utredas. Bestämmelsen är även tillämplig när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation. Under den tid ett akut eller i övrigt nödvändigt omhändertagande pågår får en nödsituation anses vara för handen. När så inte längre är fallet kan vård inte längre ges med stöd av denna bestämmelse, även om patienten fortfarande inte är i stånd att uttrycka sin vilja. Bestämmelsen ska inte tillämpas för att t.ex. fortlöpande kunna bereda en person som är varaktigt beslutsförmögen hälso- och sjukvård som inte är av akut karaktär. I dessa fall torde stöd för vården även fortsättningsvis få hämtas i den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § brottsbalken.

### **5 kap. Delaktighet (1 – 3 §§)**

Av 1 § framgår att hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Paragrafen har motsvarigheter till nuvarande bestämmelser i HSL och patientsäkerhetslagen.

I 2 § regleras att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

Patienter medverkar redan i dag i många olika former och grader i sin egen vård. I samråd med hälso- och sjukvårdspersonalen kan en patient själv utföra även relativt avancerade åtgärder, t.ex. dialysbehandling eller behandling av diabetes. I den aktuella paragrafen tydliggörs att ett minimikrav för patientmedverkan är att det dels finns en viljeyttring avgiven, dels att patienten, utifrån sina individuella förutsättningar, ska kunna medverka praktiskt. Av föreskrifter från Socialstyrelsen framgår bl.a. att en hälso- och sjukvårdsåtgärd inte får bedömas som egenvård om det finns risk för att patienten skadas.

Av 3 § framgår att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

Bestämmelsen rör möjligheten för patientens närstående att medverka dels i utformandet av vården, dels vid själva genomförandet av främst egenvård. En närståendes medverkan förutsätter att det anses lämpligt att han eller hon deltar och att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte sätter hinder i vägen.

Om patienten motsätter sig att en närstående medverkar bör det normalt sett inte anses lämpligt att involvera denne i vården. Detta gäller oavsett om det från sekretessynpunkt inte finns några hinder mot att låta den närstående delta. I lämplighetsbedömningen ingår även att ta reda på om den närstående har praktiska förutsättningar för att medverka. Han eller hon måste givetvis också uttrycka någon form av egen önskan om att få vara delaktig. Som närstående räknas bl.a. patientens vårdnadshavare, egna barn och övriga familj samt t.ex. nära vänner.

Underåriga patienter måste ses i ett sammanhang där vårdnadshavarnas medver-

kan ofta är av stor vikt för att hälso- och sjukvården ska få eftersträvat resultat. När det gäller små barn är en samverkan med vårdnadshavarna ofta nödvändig för att kunna utreda vad som är det enskilda barnets bästa i den aktuella situationen. Även då en underårig patient är mogen nog att ensam fatta beslut om en insats (se 4 kap. 3 §) bör hälso- och sjukvårdspersonalen i normala fall sträva efter att involvera vårdnadshavarna om inte patienten motsätter sig det. I vissa situationer är dock en samverkan eller kontakt med ett barns vårdnadshavare inte lämplig utifrån barnets bästa.

## **6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering (1 – 4 §§)**

Av 1 § framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Paragrafen motsvarar i sak delar av HSL.

I 2 § regleras att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Paragrafen motsvarar i sak delar av 29 a § HSL.

Sedan den 1 juli 2010 gäller att patienten ska få en fast vårdkontakt om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, eller om patienten begär det. Det innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Syftena med bestämmelsen är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet. Det är verksamhetschefen som ansvarar för att det utses en fast vårdkontakt för patienten. Enligt förarbetena (prop. 2009/10:67) ska vårdkontakten alltid utses på patientens begäran, oavsett om det anses behövt eller inte. Detta gör att patientens egen uppfattning om hans eller hennes behov blir styrande. När en fast vårdkontakt utses ska patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses så långt det är möjligt och patienten ska vara delaktig i processen. Beroende på vilka medicinska och övriga behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan. Då vissa patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård kan de få mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontaktarna ska då samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient. Samordning av insatser och förmedling av information med t.ex. andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestäm-

melser om sekretess beaktas.

Det är verksamhetschefen som har ansvaret för den fasta vårdkontakten, vilket innebär att vårdkontaktens ansvarsområde begränsas av verksamhetschefens.

I avsnitt 14 i propositionen föreslås att patienten ska kunna få tillgång till en fast vårdkontakt även i ett annat landsting.

Av 3 § framgår att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Bestämmelsen motsvarar i sak delar av 5 § HSL.

För många människor, kanske speciellt dem med sådana hälsoproblem som innebär att de ofta behöver kontakt med hälso- och sjukvården, är det viktigt att oftast kunna möta samma läkare. Detta gäller inte minst många äldre.

En viktig åtgärd för att skapa trygghet och kontinuitet i vårdkontakten är den regel om att en patient ska få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt i primärvården som finns i HSL. Landstinget har skyldighet att organisera primärvården så att invånarna kan få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Regelns syfte är att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten för den enskilda patienten.

Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. Genom att patienten har möjlighet att välja en fast läkarkontakt förbättras möjligheterna till en förtroendefull relation mellan läkare och patient.

I avsnitt 14 i propositionen föreslås att en patient ska kunna välja en fast läkarkontakt även i andra landsting.

I 4 § framgår att för en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 3 f § HSL. Paragrafen hänvisar till den bestämmelse i HSL som beskriver under vilka förutsättningar en individuell plan ska upprättas samt vilket innehåll en sådan plan ska ha.

När en person har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska landsting och kommun tillsammans upprätta en individuell plan. Bestämmelser om detta finns i både HSL och socialtjänstlagen.

Planen ska upprättas när ett landsting eller en kommun anser att det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda och om den enskilde samtycker till detta. När det är möjligt ska planen upp-

rättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska även ges möjlighet att delta vid upprättandet av planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig detta.

Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ansvarar för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget samt om det är kommunen eller landstinget som har huvudansvar för planen.

## **7 kap. Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (1 – 2 §§)**

Av 1 § framgår att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patienten har inte rätt att välja en sådan behandling som kommunen ansvarar för enligt 18 § första–tredje styckena hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kommun kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I HSL och patientsäkerhetslagen hänvisas till bestämmelser om val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.

Liksom idag kan patienten välja behandlingsalternativ även inom den privata hälso- och sjukvården, under förutsättning att det upphandlingsrättsliga regelverket följs. Även behandlingsalternativ inom den slutna vården omfattas av paragrafen.

Paragrafen kan bli tillämplig även när en patient väljer utförare i ett annat landsting än det egna med stöd av 9 kap. 1 § denna lag och 4 § HSL. De bestämmelserna avser dock enbart öppen hälso- och sjukvård.

I avsnitt 14 i propositionen föreslås att landstinget ska erbjuda öppen vård åt en patient som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Det innebär att patienten ska få ta del av det öppenvårdsutbud som ingår i det landstingets vårderbjudande även om utbudet är ett annat än det som finns i patientens hemlandsting. Patienten har således möjlighet att välja mellan samtliga behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården, dvs. även de behandlingsalternativ som finns i andra landsting.

Andra stycket innebär inskränkningar i rätten att välja behandlingsalternativ inom den kommunala hälso- och sjukvården, exempelvis sådan specifik omvårdnad som utförs av sjuksköterskor inom den kommunala äldreomsorgen. Någon ändring i sak i förhållande till vad som i dag gäller enligt 18 a § andra stycket HSL är

inte avsedd.

HSL och patientsäkerhetslagen ändras på så sätt att det där i stället hänvisas till förevarande paragraf när det gäller landstingets eller kommunens skyldighet att ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ respektive hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka till att patienten ges en sådan valmöjlighet.

I 2 § regleras att när det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.

Bestämmelsen motsvarar det förslag om patientens möjlighet att välja hjälpmedel som föreslås i prop. 2013/14:67 Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel.

När det gäller landstingets skyldighet att ge patienten möjlighet att välja hjälpmedel följer det av 3 b § första stycket HSL att denna möjlighet enbart gäller dem som är bosatta i eller som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget.

Kommunens skyldighet att erbjuda patienten möjlighet att välja hjälpmedel gäller enbart patienter som omfattas av kommunens ansvar enligt 18 b § första eller andra stycket HSL.

## **8 kap. Ny medicinsk bedömning**

Av 1 § framgår att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en ny medicinsk bedömning. Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om

1. behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och
2. det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Uttrycket ”förnyad medicinsk bedömning” ersätts av ”ny medicinsk bedömning” i syfte att förtydliga att avsikten inte är att exempelvis samma läkare ska förnya sin bedömning på egen hand eller i samråd med kollegor.

Möjligheten att få en ny medicinsk bedömning begränsas i nuvarande HSL och patientsäkerhetslagen till att gälla endast om det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Denna begränsning finns inte i den aktuella paragrafen. Syftet är att göra det lättare för patienter att få en ny medicinsk bedömning av sitt



hälsotillstånd.

Andra stycket innebär att om den nya medicinska bedömningen leder till att patienten önskar ett annat behandlingsalternativ ska detta önskemål tillgodoses om den valda behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (jfr. 7 kap. 1 §).

För patienter som är aktuella för en ny medicinsk bedömning, dvs. patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada, bör toleransen för kostnadsökningar vara betydligt större än om det rör sig om mindre allvarliga tillstånd.

Liksom i dag gäller att patienten kan få en ny medicinsk bedömning såväl inom som utom det egna landstinget.

Det bör även nämnas att förslaget om utökade valmöjligheter i den öppna hälso- och sjukvården (avsnitt 14 i propositionen) innebär att fler patienter på eget initiativ kan få möjlighet till en ny medicinsk bedömning i ett annat landsting.

## **9 kap. Val av utförare**

### *Patientens möjligheter att välja utförare inom den öppna vården*

Av 1 § framgår att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Patienten ska således ges möjlighet att välja utförare inom primärvården och den specialiserade öppenvården, såsom t.ex. dagkirurgi.

Patienten ska sammanfattningsvis alltså få ta del av det öppenvårdsutbud som ingår också i ett annat landstings vårderbjudande även om utbudet är ett annat än det som finns i patientens hemlandsting. Patienten har möjlighet att välja mellan samtliga behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården, dvs. även de behandlingsalternativ som finns i andra landsting. Patienten ska vidare få möjlighet att också i andra landsting välja en fast läkarkontakt och få tillgång till en fast vårdkontakt. En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att i andra landsting få en ny medicinsk bedömning. Patienten ska även få möjlighet att "lista" sig inom primärvården i andra landsting. Valmöjligheten omfattar även högspecialiserad vård, dvs. exempelvis regionsjukvård enligt 9 § HSL, under förutsättning att vården inte kräver intagning i vårdinrättning. Om hemlandstinget ställer krav på remiss för den aktuella vården gäller dock som förutsättning för att detta landsting ska behöva bekosta vården att de egna remissreglerna följs.

Möjligheten att välja utförare av öppen vård gäller patienter som omfattas av ett

landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Bestämmelser om vilken personkrets som omfattas av landstingens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård finns i HSL, men även i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Vad som utgör öppen vård framgår av 5 § första stycket HSL. Vård som ges under intagning i vårdinrättning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård, varav primärvården är en del.

Valmöjligheten omfattar offentligt finansierad öppen vård som bedrivs i landstingets egen regi, av privata vårdgivare med avtal med landstinget eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

*Resekostnader m.m.*

Kostnaderna för t.ex. resa och uppehälle får patienten själv betala.

*Landstingens utökade ansvar*

I 4 § HSL införs ett nytt andra stycke med innebörd att varje landsting ska erbjuda öppen vård till patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Dessa patienter omfattas inte av landstingets vårdgaranti. I övrigt ska vården ges på samma villkor som dem som gäller för de egna invånarna.

Av 3 g § HSL följer att landstingets skyldighet att erbjuda vårdgaranti inte gäller patienter som omfattas av ett annat landstings primära ansvar för hälso- och sjukvård. Detta förtydligas i förevarande paragraf.

Om patienten omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård enligt HSL svarar det landstinget för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av andra stycket. Detta gäller dock inte om det landstinget ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.

Andra stycket § 4 HSL, som är nytt, innebär en utvidgning av landstingens ansvar att erbjuda öppen hälso- och sjukvård till att även gälla patienter som omfattas av ett annat landstings primära ansvar, dvs. patienter som är bosatta i ett annat landsting eller som är kvarskrivna enligt folkbokföringslagen och stadigvarande vistas i ett annat landsting enligt 3 §, som har rätt till vårdförmåner i Sverige i ett annat landsting enligt 3 c § samt asylsökande och andra utlänningar som har rätt till vård i ett annat landsting i enlighet med reglerna i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. eller lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Vårdlandstinget ska, när det är aktuellt, erbjuda patienter från andra landsting

möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. och att få en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap., dock enbart inom öppenvården.

Det utökade ansvaret begränsas således till öppen vård, dvs. primärvård och specialiserad vård som inte kräver intagning i vårdinrättning.

I förbundsrekommendationen riksavtalet för utomlänsvård regleras frågor om slutenvård. Enligt rekommendationen ska patienten erbjudas möjlighet att i andra landsting välja att få sin behandling i slutenvård vid sjukhus inom länssjukvården, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget. Det krävs ett godkännande i förväg av hemlandstinget. Behovet av behandling fastställs av den i hemlandstinget, som är behörig att fatta sådana beslut. En remiss utfärdas och godkänns av patientens hemlandsting. Remissen har till uppgift att överföra medicinsk information om bl.a. vårdbehovet och fungera som betalningsförbindelse för det remitterande landstinget.

Ett landsting kan ta emot utomlänspatienter för planerad slutenvård i enlighet med reglerna för valmöjligheter i förbundsrekommendationen om landstinget samtidigt till dem som är bosatta i landstinget kan erbjuda en god hälso- och sjukvård enligt HSL 3 § och leva upp till målet i HSL 2 § med avseende på att: ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”. HSL ger således inte stöd för att prioritera slutenvård av utomlänspatienter på samma sätt som inomlänspatienter. Sådana prioriteringar rörande slutenvård har dock stöd i HSL vid akut-, region- och rikssjukvård.

Möjligheterna att välja vårdgivare gäller inte för slutenvård, som ges enligt reglerna om regionsjukvård och rikssjukvård (9 - 9 b §§ i HSL).

#### *Landstinget kan inte prioritera sina egna invånare inom den öppna vården*

Landstinget ska erbjuda öppen vård till patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Dessa patienter omfattas inte av landstingets vårdgaranti. I övrigt ska vården ges på samma villkor som dem som gäller för de egna invånarna. Detta innebär att landstingen inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter från andra landsting utan enbart ska ta hänsyn till de medicinska behov som patienterna har.

Att vården ska ges på samma villkor för patienter från ett annat landsting innebär vidare att de ska få möjlighet att bl.a. välja en fast läkarkontakt, få tillgång till en fast vårdkontakt, få del av vårdlandstingets öppenvårdsutbud även om detta är ett annat än i hemlandstinget samt att det är vårdlandstingets patientavgifter och andra lokalt beslutade taxor etc. som ska tillämpas vid den länsöverskridande vården. Patienten ska även få möjlighet att ”lista” sig inom primärvården i andra landsting. En ”listad” patient ska emellertid inte ges företräde till att få primärvård utan hänsyn ska enbart tas till de medicinska behov som patienten har.

Bestämmelsen innebär också att om vårdlandstinget ställer upp krav på remiss för viss vård ska dessa regler gälla även för patienter från andra landsting.

### *Remisser*

Om hemlandstinget ställer krav på remiss för den aktuella vården gäller dock som förutsättning för att detta landsting ska behöva bekosta vården att de egna remissreglerna följs. Om patienten ges vård i strid med hemlandstingets remissregler får det vårdgivande landstinget stå för kostnaderna. Bestämmelsen, som gäller sedan tidigare, innebär således i praktiken att en patient kan behöva remiss för att få öppen specialistvård i ett annat landsting, trots att det där inte finns några krav på remiss för den aktuella vården.

En nyhet är att om en patient vill söka vård i ett annat landsting som har krav på remiss till den öppna specialistvården gäller vårdlandstingets remissregler. Detta följer av att vårdlandstinget ska ge vård till patienter från andra landsting på samma villkor som dem som gäller för de egna invånarna. Patienten behöver då söka sig till en primärvårdsläkare, antingen i hemlandstinget eller i vårdlandstinget, som sedan har möjlighet att remittera patienten vidare till den specialiserade öppenvården.

Om det finns krav på remiss så behöver inte den skickas via vårdlandstinget utan den kan skickas direkt till en vårdgivare. Se övergångsbestämmelserna på nästa sida i denna PM. Det är sedan vårdgivarens ansvar att kontrollera att patienten har nödvändig remiss. Det ansvaret har vårdgivaren redan i dag genom riksavtalet för utomlänsvård. Den nya bestämmelsen innebär att remissen, till skillnad från i dag, kan skickas direkt även till en privat utförare som har avtal med landstinget. SKL sammanställer och redovisar regelbundet landstingens krav på remiss. Dessa uppgifter förmedlas vidare till samtliga landsting och de finns även på SKL:s hemsida [här](#). Frågan om hanteringen av utomlänsemisser till privata vårdgivare kommer att förtydligas i det riksavtal som planeras träda ikraft den 1 januari 2015. Det är viktigt att vårdgivarna känner till att ersättning till dem endast utbetalas om remisskraven enligt ovan följs.

### *Ersättning och fakturering mellan landstingen*

Av tredje stycket 4 § HSL, som också är nytt, följer att om en patient är bosatt i ett landsting, eller om han eller hon är kvarskriven enligt folkbokföringslagen och stadigvarande vistas i ett landsting, är det detta landsting som ska svara för kostnaderna för öppen vård som patienten får i ett annat landsting. Vissa av de vårdförmåner som en person enligt 3 c § HSL har rätt till i ett landsting ersätts av staten genom det förfarande som regleras i förordning (EG) 883/2004. Staten ersätter även landstingen för vård som ges enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Det är endast kostnaderna för vården som ska bekostas av landstinget.

Det är landstingen som sinsemellan reglerar ersättningen för vård i egen regi inom

t.ex. primärvården och den specialiserade öppenvården. I dag regleras ersättningen i regionala prislistor eller andra prisavtal som har sin grund i överenskommelser mellan landstingen.

Landstingen har dessutom kommit överens om, via riksavtalet för utomlänsvård, att den ersättning som utgår till privata vårdgivare för en vårdtjänst är densamma för både de egna patienterna och patienter som kommer från andra landsting. Dessa ersättningsnivåer regleras i kontrakt med privata vårdgivare.

När en patient har vårdats av en privat utförare skickas fakturan till det landsting som har avtal med vårdgivaren. Vårdlandstinget får sedan ersättning av patientens hemlandsting.

### *Övergångsbestämmelser*

Genom att landstingens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård utvidgas i lag får patienter från andra landsting samma möjlighet som landstingets egna invånare att välja såväl offentliga utförare som privata aktörer som genom avtal med landstinget utför uppgifter som landstinget ansvarar för eller som är verksamma mot den nationella taxan. De avtal som landstinget har med privata utförare måste följa det upphandlingsrättsliga regelverket. Avtal som landstingen slutit innan lagändringarna träder i kraft undantas, så länge de gäller, från bestämmelsens tillämpningsområde.

Av övergångsbestämmelserna till HSL framgår att bestämmelsen i 4 § andra stycket inte gäller vård som ges enligt avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalet gäller. Efter ikraftträdandet får ett sådant avtal inte förlängas utan att 4 § andra stycket beaktas.

Bestämmelsen innebär exempelvis att avtalen efter ikraftträdandet inte får innehålla klausuler om att den privata utföraren uteslutande ska behandla landstingets egna invånare eller regler som på annat sätt försvårar för patienter från andra landsting att, på samma villkor som landstingets egna invånare, välja öppen vård hos en privat utförare som landstinget har slutit avtal med. Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling och lagen (2008:962) om valfrihetssystem ska beaktas vid en eventuell omförhandling av avtalen.

## **10 kap. Personuppgifter och intyg (1 – 3 §§)**

Av 1 § framgår att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska personuppgifter utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras.

Bestämmelser om patientens rätt att ta del av journalhandlingar och andra uppgifter och att motsätta sig behandling av personuppgifter samt andra bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i

patientdatalagen (2008:355).

Paragrafens första stycke motsvarar i sak reglerna i patientdatalagen (2008:355).

Andra stycket erinrar om att det i patientdatalagen finns för patienter viktiga bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Exempelvis innehåller 2 kap. 2 och 3 §§ regler om att den enskilde kan motsätta sig sådan behandling.

Vidare anges i 3 kap. 8 § att det ska antecknas i patientjournalen om patienten anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande. Bestämmelser om patientens rätt att begära att vårddokumentation spärras från tillgänglighet genom elektronisk åtkomst för t.ex. andra vårdenheter inom samma landsting finns i 4 kap. 4 och 5 §§.

Enligt bestämmelserna i 6 kap. kan patienten motsätta sig att vårddokumentation rörande honom eller henne görs tillgänglig för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring. I 8 kap. finns bestämmelser om patientens rätt att ta del av bl.a. journalhandlingar samt om rättelse och förstörande av patientjournal. Slutligen finns i 10 kap. patientdatalagen bestämmelser om skadestånd och överklagande av vissa beslut.

I 2 § framgår att regler om sekretess inom allmän hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Vidare framgår att bestämmelser om tystnadsplikt inom enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Av 3 § framgår att den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården. Paragrafen motsvarar i sak regleringen i patientdatalagen. Av patientdatalagen framgår att bl.a. den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva yrke på hälso- och sjukvårdsområdet är skyldig att föra patientjournal.

### **11 kap. Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (1 – 4 §§)**

Av 1 § framgår att patientnämnderna ska enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

1. tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen,
2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, och
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet.

I patientlagen införs en bestämmelse om patientnämndernas uppgifter. Paragrafen motsvarar delvis 2 § första stycket 1–3 lagen om patientnämndsverksamhet m.m. Ett förtydligande görs i lagen med innebörd att patientnämnderna ska tillhandahålla, inte enbart hjälpa patienter att få, den information som de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården.

Av 2 § framgår att en patient som har drabbats av en vårdskada ska snarast informeras om

1. att det har inträffat en händelse som medfört en vårdskada,
2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,
3. möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg,
4. möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt
5. patientnämndernas verksamhet.

Paragrafen motsvarar i sak 3 kap. 8 § första stycket patientsäkerhetslagen.

I 3 § regleras att inspektionen för vård och omsorg ska enligt vad som anges i 7 kap. 10–18 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) efter anmälan pröva klagomål mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och mot hälso- och sjukvårdspersonal.

Paragrafen innehåller en upplysning om att inspektionen prövar klagomål samt en hänvisning till relevanta bestämmelser i patientsäkerhetslagen.

Av 4 § framgår att patienten och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete. Paragrafen motsvarar i sak 3 kap. 4 § patientsäkerhetslagen.

## Bilaga 1

**1 kap. Inledande bestämmelser**

**1 §** Denna lag syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Lagen innehåller bestämmelser om

- tillgänglighet (2 kap.),
- information (3 kap.),
- samtycke (4 kap.),
- delaktighet (5 kap.),
- fast vårdkontakt och individuell planering (6 kap.),
- val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.),
- ny medicinsk bedömning (8 kap.),
- val av utförare (9 kap.),
- personuppgifter och intyg (10 kap.),
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).

**2 §** Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman.

Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap.

1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting som huvudman.

**3 §** Lagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

**4 §** Bestämmelser om landstings, kommuners och privata vårdgivares skyldigheter och ansvar finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienter finns i patientsäkerhetslagen (2010:659).

**5 §** Med hälso- och sjukvård avses i denna lag dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter.

**6 §** Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

**7 §** Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

**8 §** När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.



**9 §** Bestämmelser om habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för vardagstolkning finns i 3 b och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

## **2 kap. Tillgänglighet**

**1 §** Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.

**2 §** Patienten ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

**3 §** Enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. besöka läkare inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

**4 §** Om vårdgarantin enligt 3 § 3 eller 4 inte uppfylls, ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

## **3 kap. Information**

**1 §** Patienten ska få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
7. eftervård, och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

**2 §** Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
3. vårdgarantin, och
4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.

**3 §** När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information enligt 1 och 2 §§.

**4 §** Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till honom eller henne.

**5 §** Informationen får inte lämnas till patienten eller någon närstående om

bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

**6 §** Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.

**7 §** Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.

## **4 kap. Samtycke**

**1 §** Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

**2 §** Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap.

Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

**3 §** När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klargöras. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

**4 §** Patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

## **5 kap. Delaktighet**

**1 §** Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

**2 §** En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

**3 §** Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

## **6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering**

**1 §** Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika

insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

**2 §** En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

**3 §** Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

**4 §** För en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

## **7 kap. Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel**

**1 §** När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patienten har inte rätt att välja en sådan behandling som kommunen ansvarar för enligt 18 § första–tredje styckena hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kommun kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

**2 §** När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.

## **8 kap. Ny medicinsk bedömning**

**1 §** En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en ny medicinsk bedömning. Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om

1. behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och
2. det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

## **9 kap. Val av utförare**

**1 §** En patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

## **10 kap. Personuppgifter och intyg**

**1 §** Inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska personuppgifter utformas och i

övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras.

Bestämmelser om patientens rätt att ta del av journalhandlingar och andra uppgifter och att motsätta sig behandling av personuppgifter samt andra bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i patientdatalagen (2008:355).

**2 §** Bestämmelser om sekretess inom allmän hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bestämmelser om tystnadsplikt inom enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

**3 §** Den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

## **11 kap. Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet**

**1 §** Patientnämnderna ska enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

1. tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen,
2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, och
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet.

**2 §** En patient som har drabbats av en vårdskada ska snarast informeras om

1. att det har inträffat en händelse som medfört en vårdskada,
2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,
3. möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg,
4. möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt
5. patientnämndernas verksamhet.

**3 §** Inspektionen för vård och omsorg ska enligt vad som anges i 7 kap. 10–18 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) efter anmälan pröva klagomål mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och mot hälso- och sjukvårdspersonal.

**4 §** Patienten och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015