

Cirkulärnr: 14:33

Diariernr: 14/4269

Nyckelord: Patient, hälso- och sjukvård, val av utförare, information, tillgänglighet, vårdgaranti, samtycke, delaktighet, ny medicinsk bedömning

Handläggare: Anna Åberg

Avdelning: Avdelningen för juridik

Extern medverkan: Avdelningen för vård och omsorg

Datum: 2014-12-11

Mottagare: Landstings/regionstyrelser,
Hälso- och sjukvårdsnämnder,
Hälso- och sjukvårdsdirektörer,
Landstingsjurister,
Kommunjurister,
Kommunstyrelser

Rubrik: Information om patientlagen (2014:821)

CIRKULÄR 14:33

Avdelningen för juridik
Anna Åberg

Landstings/regionstyrelser,
Hälso- och sjukvårdsnämnder,
Hälso- och sjukvårdsdirektörer,
Landstingsjurister,
Kommunjurister,
Kommunstyrelser

Information om patientlagen (2014:821)

Den 1 januari 2015 träder **patientlagen (2014:821)** i kraft. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Som en anpassning till patientlagen görs även en del ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), som också träder i kraft den 1 januari 2015.

I detta cirkulär informeras om de viktigaste nyheterna i lagstiftningen. Texten bygger i stora delar på regeringens proposition 2013/14:106, Patientlag. För en mer utförlig genomgång hänvisas till lagens förarbeten (prop. 2013/14:106, bet. 2013/14:SoU24, rskr. 2013/14:327).

Sammanfattning

Sammanfattningsvis innebär patientlagen följande:

- Den nuvarande informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas.
- Det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan den enskildes samtycke. Patienten ska dock få den vård som krävs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja inte kan utredas.
- Det införs bestämmelser om barns inflytande över sin vård.
- Möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning utvidgas och villkoras endast av att han eller hon har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom.
- Patienten ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård utvidgas därför i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) till att gälla även patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Patientens hemlandsting ska bekosta vård som patienten får i ett annat landsting, under förutsättning att det förstnämnda landstingets remissregler följs.

- I övrigt innehåller patientlagen motsvarigheter till nuvarande bestämmelser i HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659) om t.ex. vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering samt val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.

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

Patientlagen (2014:821)

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

Syftet med patientlagen är att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 §).

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.).

Vissa av bestämmelserna i lagen, t.ex. bestämmelserna om individuella planer och val av behandlingsalternativ och hjälpmedel, gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman. Bestämmelserna om vårdgaranti, val av fast läkarkontakt, ny medicinsk bedömning och val av utförare inom offentligt finansierad öppen hälso- och sjukvård gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet där ett landsting är huvudman.¹ 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.

Patientlagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

Hälso- och sjukvård definieras i patientlagen som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter. Till skillnad mot HSL så omfattar patientlagen inte omhändertagande av avlidna personer.

I lagen (6 §) slås det fast att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare anges det (7 §) att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

¹ Enligt 3 § HSL gäller bestämmelserna i den lagen även kommuner som inte ingår i ett landsting. För närvarande är det bara Gotlands kommun som inte ingår i ett landsting. Enligt SKL:s bedömning omfattas även Gotland av patientlagens bestämmelser. Skåne, Halland och Västra Götaland är formellt landsting men med ett utvidgat ansvar för regional utveckling och med rätt att betecknas som regioner. Från 2015 kommer ytterligare sex landsting att bilda regioner: Region Jönköpings län, Region Örebro län, Region Gävleborgs län, Region Östergötland, Region Kronoberg och Region Jämtland Härjedalen.

Barnens ställning i hälso- och sjukvården lyfts särskilt fram i patientlagen (8 §). Med barn avses personer under 18 år. När hälso- och sjukvård ges till barn så 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 främst från underlag från vårdnadshavare och det som barnet själv ger uttryck för.

Tillgänglighet (2 kap. 1 – 4 §§)

Bestämmelserna om tillgänglighet i kapitel 2 motsvaras i sak av bestämmelser i HSL.

I kapitlet regleras det att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig (1 §) och att patienten, om det inte är uppenbart obehövt, ska snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (2 §).

Av 3 § framgår att patienter ska erbjudas en vårdgaranti som innehåller en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt, via telefon eller genom besök, med primärvården (tillgänglighetsgaranti),
2. besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti),
3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och
4. planerad vård (behandlingsgaranti).

I förordningen om vårdgaranti (2010:349) finns bestämmelser om vilka tidsgränser som ska gälla inom vårdgarantin. Enligt förordningen 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 (dagar) och anger en lägsta godtagbar nivå, där de landsting som så önskar kan ange ännu 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 (2 kap. 4 § patientlagen).

Den nationella 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 sjuk-

vården. 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. 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.

Information (3 kap. 1 – 7 §§)

Genom patientlagen utvidgas och förtydligas den nu gällande informationsplikten gentemot patienten.

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 förtydligar vad som redan gäller idag enligt bestämmelser i HSL och patientsäkerhetslagen. Paragrafen är inte avsedd att tolkas uttömmande. Om patienten behöver ytterligare information måste sådan ges. Samtidigt är det inte alla gånger aktuellt att informera patienten i enlighet med samtliga punkter i paragrafen. Informationen ska anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet.

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 Schweiz.

Försäkringskassan handlägger ärenden enligt både förordningen (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen och 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.

Det är vårdgivaren som är skyldig att organisera sin verksamhet på ett sådant sätt att kravet på fullgod information till patienten kan upprätthållas. Av 6 kap. 6 § patient-säkerhetslagen framgår hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för att ge patienten information.

Information enligt 2 § behöver, liksom information enligt 1 §, bara lämnas när det är aktuellt i det enskilda fallet. Det är t.ex. inte relevant att informera om vårdgarantin om vården kan erbjudas direkt.

Barn (personer under 18 år) har samma rätt till information enligt 1 och 2 §§ som vuxna patienter har. Informationen måste dock anpassas till barnets ålder och mognad. Som huvudregel ska även barnets vårdnadshavare informeras. Detta gäller under förutsättning att regler om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta. Vårdnadshavare har enligt bestämmelser i föräldrabalken rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter men i takt med stigande ålder och utveckling ska allt större hänsyn tas till barnets egna synpunkter och önskemål. När barnet blir äldre och mognare övergår rätten att förfoga över sekretessen mer och mer till barnet. Det innebär att när barnet har uppnått en viss mognad och utveckling så har vårdnadshavarna inte längre rätt att utan barnets samtycke få ta del av sekretessbelagd information om honom eller henne.

Om ett barn har två vårdnadshavare ska informationen som regel ges till båda. Vid enklare åkommor hos barnet torde detta emellertid inte vara nödvändigt. I många fall kan det också förutsättas att den vårdnadshavare som tar med sig ett barn till t.ex. ett läkarbesök vidarebefordrar informationen till den andre vårdnadshavaren.

Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående (4 §). Som närstående räknas bl.a. patientens vårdnadshavare, egna barn och övriga familj samt t.ex. nära vänner. Bestämmelsen avser enbart fall där information 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. Om det inte finns någon närstående till patienten eller om någon närstående inte kan nå inom den tid som står till buds så gäller undantag från informationsplikten.

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

Den information som ges ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras (6 §).

Patienter som inte förstår eller talar svenska fullt ut har rätt till lika god 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 funktionsned-sättningar, livssituation eller andra omständigheter som kan påverka hur informationen bör ges.

Den som ger informationen ska även 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 personen ber om det (7 §).

Samtycke (4 kap. 1 - 4 §§)

Patientlagen ställer på samma sätt som gäller idag krav på att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras (1 §).

Det tydliggörs att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av andra bestämmelser i patientlagen eller annan lag (2 §).

Undantag från kravet på samtycke finns i tvångsvårdslagstiftningen, t.ex. i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Även i patientlagen finns det en bestämmelse om vård utan samtycke; i 4 kap. 4 § (se avsnittet ”Nödsituationer” nedan).

Innan samtycke hämtas från patienten ska han eller hon få information i enlighet med 3 kap. i lagen (se ovan).

Patienten kan 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.

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

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 frånsäger 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.

Nödsituationer

Om hälso- och sjukvårdspersonalen inte kan ta reda på patientens vilja på grund av t.ex. medvetlöshet eller av annan orsak, så ska han eller hon enligt 4 § få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar livet eller hälsan. Detta är ett undantag från huvudregeln 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.

Bestämmelsen gäller även när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation. Däremot kan bestämmelsen inte tillämpas för att t.ex. fortlöpande kunna bereda en sådan person hälso- och sjukvård som inte är av akut karaktär. Det pågår f.n. en statlig utredning – Utredningen om beslutsförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning (S 2012:06) – som ser över bl.a. på den här frågan. I avvaktan på resultatet av den utredningen så får stöd för sådan vård, liksom tidigare, hämtas i den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § brottsbalken.

Delaktighet (5 kap. 1 – 3 §§)

Patientlagen ställer på samma sätt som gäller idag krav på att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (1 §).

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. Bestämmelsen tydliggör att ett minimikrav för patientmedverkan är dels att det finns en viljeyttring avgiven, dels att patienten, utifrån sina individuella förutsättningar, kan 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.

Närstående till patienten 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 (3 §). Om patienten inte vill att en närstående medverkar är det emellertid olämpligt att låta denne delta. Som närstående räknas bl.a. patientens vårdnadshavare, egna barn och övriga familj samt t.ex. nära vänner.

När det gäller barn, framförallt yngre barn, är en samverkan med vårdnadshavarna ofta nödvändig för att kunna utreda vad som är barnets bästa i den aktuella situationen. Men även om barnet i fråga bedöms vara tillräckligt gammal och mogen för att ensamt fatta beslut om en insats bör hälso- och sjukvårdspersonalen ändå alltid sträva efter att involvera vårdnadshavarna om inte barnet motsätter sig det. Ibland går

emellertid en sådan samverkan eller kontakt stick i stäv med hänsynen till barnets bästa.

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

Bestämmelserna om fast vårdkontakt och individuell planering motsvaras i sak av bestämmelser i HSL.

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

I kapitlet föreskrivs det bl.a. att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses samt att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (1 §). Vidare ska det utses en fast vårdkontakt 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 (2 §).

Bestämmelsen om vårdkontakt 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. Det är verksamhetschefen som ansvarar för att det utses en fast vårdkontakt för patienten. En fast vårdkontakt ska alltid utses på patientens begäran, oavsett om det anses behövligt eller inte. Även patientens eventuella önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten ska tillgodoses så långt det är möjligt. 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 i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.

Liksom tidigare ska patienten även få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

Patienten har möjlighet att få tillgång till en fast vårdkontakt och en fast läkarkontakt även i ett annat landsting än där han eller hon är bosatt – se mer om detta nedan under avsnittet ”Val av utförare (9 kap. 1 §)”.

Individuell plan

När är 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 och nu, från den 1 januari 2015, även i patientlagen (4 §). I paragrafen hänvisas till den bestämmelse i HSL, 3 f §, som anger de närmare förutsättningarna för när en sådan plan ska upprättas.

En individuell plan 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. 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 ska ha det övergripande ansvaret för planen.

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

Val av behandlingsalternativ

Bestämmelserna om val av behandlingsalternativ (1 §) motsvaras i sak av bestämmelser i HSL och innebär 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.

På samma sätt som idag kan patienten även välja behandlingsalternativ hos en privat vårdgivare med landstingsfinansiering. Även behandlingsalternativ inom den slutna vården omfattas av bestämmelsen.

Möjligheten att välja behandlingsalternativ gäller även när en patient väljer utförare av öppen vård i ett annat landsting än det egna med stöd av 9 kap. 1 § patientlagen och 4 § andra stycket HSL. Se mer om detta nedan under avsnittet ”Val av utförare (9 kap. 1 §)”.

Liksom idag har patienten inte rätt att välja en sådan behandling som kommunen ansvarar för enligt 18 § första-tredje styckena HSL utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om hemkommunen kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Hjälpmedel

I fråga om hjälpmedel föreskriver patientlagen (2 §) 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.

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.

Ny medicinsk bedömning (8 kap. 1 §)

Genom patientlagen utvidgas patientens möjligheter att få en 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.

Tidigare begränsades möjligheten till att gälla endast om det medicinska ställningstagandet kunde innebära särskilda risker för patienten eller ha 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.

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

Andra stycket i paragrafen 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.

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

Val av utförare (9 kap. 1 §)

Patientens möjligheter att välja utförare inom den öppna vården

Genom patientlagen ges patienten möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Lagen ger alltså patienten möjlighet att välja mellan samtliga behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården, d.v.s. även de behandlingsalternativ som finns i andra landsting och även om vårdutbudet är ett annat än det som finns i patientens hemlandsting.

Denna möjlighet för patienten regleras i 1 § som anger 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.

Möjligheten att välja utförare av öppen vård gäller för 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.

Den valmöjlighet som regleras i paragrafen 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.

Patienten har vidare möjlighet att i andra landsting välja en *fast läkarkontakt* och få tillgång till en *fast vårdkontakt*. En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada har 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*, t.ex. regionsjukvård enligt 9 § HSL, under förutsättning att vården inte kräver intagning i vårdinrättning.

Resekostnader m.m.

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

Landstingens utökade ansvar enligt 4 § HSL

Landstingens skyldighet att ta emot patienter från andra landsting regleras genom att det införs en ny bestämmelse i 4 § andra stycket HSL med följande lydelse: ”Landstinget ska erbjuda öppen vård åt dem 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.”

Den nya bestämmelsen i 4 § andra stycket HSL innebär en utvidgning av landstingens ansvar att erbjuda öppen hälso- och sjukvård (d.v.s. primärvård och specialiserad vård som inte kräver intagning i vårdinrättning) 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 tillgång 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.

Att vården ska ges på samma villkor som dem som gäller för de egna invånarna innebär bl.a. att landstinget ska, när det är aktuellt, erbjuda patienter från andra landsting möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. patientlagen och att få en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. samma lag, dock enbart inom öppenvården.

I fråga om landstingets ansvar för *slutna vård* regleras detta inte i patientlagen utan, liksom tidigare, i förbundsrekommendationen riksavtalet för utomlänsvård (som finns på SKL:s hemsida [här](#))

Landstinget kan inte prioritera sina egna invånare inom den öppna vården

Sammanfattningsvis medför den nya lagregleringen att 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 får endast tas till de medicinska behov som patienten har. Bestämmelsen innebär också att om ett landsting ställer upp krav på remiss för viss vård ska dessa regler gälla även för patienter från andra landsting. Patienten behöver då söka sig till en primärvårdsläkare, antingen i sitt hemlandsting eller i det landsting där han eller hon önskar få vården, som sedan har möjlighet att remittera patienten vidare till den specialiserade öppenvården.

Ersättning och fakturering mellan landstingen

Det införs också en ny bestämmelse i 4 § tredje stycket HSL som innebär att om en patient är bosatt i ett landsting, eller om han eller hon är kvarskrivnen enligt folkbokföringslagen och stadigvarande vistas i ett landsting, är det detta landsting (patientens hemlandsting) som ska svara för kostnaderna för öppen vård som patienten får i ett annat landsting. Detta gäller dock inte om hemlandstinget ställer krav på remiss för vården² och dessa remissregler inte följs. I sådant fall får det vårdgivande landstinget stå för kostnaderna för vården.

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 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.

² 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](#).

Landstingen har dessutom kommit överens om, via *riksavtalet för utomlänsvård* (som finns på SKL:s hemsida [här](#)), 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.

Övergångsbestämmelse

Den nya bestämmelsen i 4 § andra stycket HSL innebär att landstingens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård utvidgas på så sätt att patienter från andra landsting får samma möjligheter 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. Genom en övergångsbestämmelse så undantas emellertid avtal som landstingen slutit innan lagändringarna träder i kraft från bestämmelsens tillämpningsområde.

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

Bestämmelsen innebär t.ex. att avtalen efter patientlagens ikraftträdande 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. Vid en eventuell omförhandling av avtalen måste hänsyn tas till lagen (2007:1091) om offentlig upphandling och lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

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

Bestämmelserna i 10 kap. patientlagen motsvaras till stor del av bestämmelser som finns i patientdatalagen (2008:355).

Inledningsvis (1 §) tydliggörs det att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska personuppgifter utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras. Därefter erinras det om att det i patientdatalagen finns bestämmelser om patientens rätt att ta del av journalhandlingar och andra uppgifter och om rätten att motsätta sig behandling av personuppgifter samt andra bestämmelser om behandling av personuppgifter.

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

Slutligen innehåller kapitlet (3 §) en bestämmelse om att den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

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

I 1 § finns en bestämmelse som rör patientnämndernas uppgifter. Av bestämmelsen framgår att patientnämnderna enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska

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.

Paragrafen motsvarar delvis 2 § första stycket 1–3 lagen om patientnämndsverksamhet m.m. Ett förtydligande görs i patientlagen 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.

Kap. 11 patientlagen (2 och 4 §§) innehåller vidare bestämmelser om vilken information som patienten ska få om han eller hon har drabbats av en vårdskada och om att patienten och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete. Bestämmelserna motsvaras i sak av bestämmelser i patientsäkerhetslagen.

Slutligen innehåller kapitlet också information om att det är Inspektionen för vård och omsorg, IVO, som i enlighet med bestämmelser i patientsäkerhetslagen efter anmälan ska pröva klagomål mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård samt klagomål mot hälso- och sjukvårdspersonal (3 §).

Frågor om cirkuläret

Frågor om detta cirkulär kan ställas till

Anna Åberg, avdelningen för juridik, tfn:08-452 73 53 eller e-post: anna.aberg@skl.se

Hasse Knutsson, avdelningen för vård och omsorg, tfn: 08-452 76 62 eller e-post: hasse.knutsson@skl.se

Sveriges Kommuner och Landsting
Avdelningen för juridik

Germund Persson

Anna Åberg