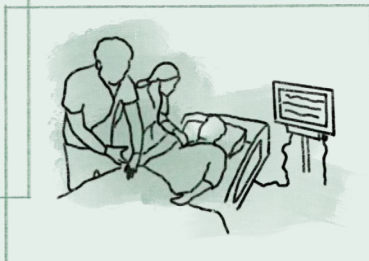


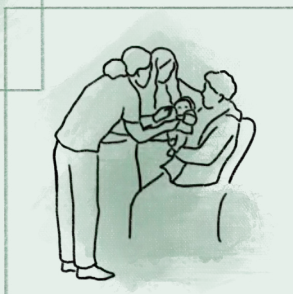
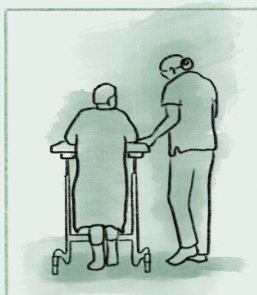
ACTA UNIVERSITATIS GOTHOBURGENSIS
GOTHENBURG SERIES IN PERSON-CENTRED CARE 3



Hälso- och sjukvård som norm

Implementering av "patientens rätt" och möjliggörande
av personcentrerad hälso- och sjukvård

Ulf Petrusson
Christoffer Hermansson
& Anna Borkmann



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SOM NORM

ACTA UNIVERSITATIS GOTHOBURGENSIS
GOTHENBURG SERIES IN PERSON-CENTRED CARE 3

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SOM NORM

IMPLEMENTERING AV
”PATIENTENS RÄTT” OCH
MÖJLIGGÖRANDE AV
PERSONCENTRERAD
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

ULF PETRUSSON,
CHRISTOFFER HERMANSSON OCH
ANNA BORKMANN



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

© 2025 Ulf Petrusson, Christoffer Hermansson, Anna Borkmann
och Göteborgs universitets Centrum för personcentrerad vård – GPCC
ISBN: 978-91-7963-205-2 (tryck)
ISBN: 978-91-7963-206-9 (pdf)
ISSN: 3035-7209

Publikationen är också tillgänglig på: <https://hdl.handle.net/2077/84643>

GOTHENBURG SERIES IN PERSON-CENTRED CARE 3
Redaktör: Eric Carlström

För prenumeration på serien eller beställning av enskilda kopior, skicka till:
Acta Universitatis Gothoburgensis, PO Box 222, SE-405 30 Göteborg,
Sverige eller till acta@ub.gu.se

Omslag: Illustrationer av designer Karin Petrusson, Göteborg.

Tryckeri: Stema, Borås, Sverige. 2025.



Svanenmärkt trycksak, 3041 0234

KAPITELÖVERSIKT

SUMMARY IN ENGLISH.....	xxxiii
-------------------------	--------

FÖRORD.....	xli
-------------	-----

DEL 1. INTRODUKTION.....	1
---------------------------------	----------

1. PATIENTENS RÄTT TILL PERSONCENTRERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	5
2. SOCIOLEGAL ANALYS AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD – TEORI OCH METOD.....	15
3. PERSONCENTRERINGENS NORMER.....	39
4. ETIK FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	51
5. NÄRMARE OM INNEHÅLL OCH UNDERLIGGANDE FORSKNING.....	69

DEL 2. PATIENTENS RÄTTSLIGA STÄLLNING.....	75
---	-----------

6. PATIENTENS ”RÄTT”.....	79
7. PATIENTLAGEN, DESS URSPRUNG OCH BAKOMLIGGANDE SYFTEN.....	83
8. PATIENTRÄTTIGHETERNAS VARA ELLER INTE VARA.....	89
9. PATIENTROLLEN.....	99
10. PATIENTENS ”RÄTT” UTIFRÅN PATIENTLAGEN.....	109
11. PATIENTLAGENS BRISTANDE IMPLEMENTERING.....	159

DEL 3. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEFORM – INOM STATLIG, REGIONAL, KOMMUNAL OCH PRIVAT VERKSAMHET.....	191
---	------------

12. IMPLEMENTERING AV PATIENTENS RÄTT OCH MÖJLIGGÖRANDE AV PERSONCENTRERAD VÅRD.....	195
13. STATLIGT ANSVAR FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	209
14. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS HUVUDMANNAANSVAR.....	313
15. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS VÅRDGIVARANSVAR.....	487
16. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS PROFESSIONSANSVAR.....	559

DEL 4. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS KVALITETSUTVECKLING – I DYNAMIKEN MELLAN NORMTILLÄMPNING OCH NORMBILDNING.....	623
---	------------

17. RÄTTSLIGT MÖJLIGGÖRANDE AV GOD OCH PERSONCENTRERAD VÅRD.....	627
18. PERSONCENTRERING OCH PATIENTENS RÄTT.....	647

19. PERSONCENTRERAD VÅRD SOM KVALITETSNORMER.....	683
20. KVALITETSSYSTEM FÖR GOD OCH PERSONCENTRERAD VÅRD.....	721
DEL 5. SLUTSATSER OCH REFLEKTION – FÖRMÅGAN ATT HANTERA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS OMSTÄLLNING I EN DIGITAL ERA.....	755
21. GAPET MELLAN PATIENTLAGEN OCH TILLÄMPNINGEN AV ”PATIENTENS RÄTT” SOM NORMER I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN.....	759
22. VÅRDGIVARENS OCH PERSONALENS TILLÄMPNING AV PATIENTLAGEN.....	767
23. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSREFORM I SAMVERKAN MELLAN STAT, HUVUDMAN, VÅRDGIVARE OCH PROFESSION.....	793
KÄLLOR.....	823
FIGURFÖRTECKNING.....	873
INDEX.....	877

INNEHÅLL

SUMMARY IN ENGLISH.....	xxxiii
-------------------------	--------

FÖRORD.....	xli
-------------	-----

DEL I. INTRODUKTION.....	1
---------------------------------	----------

KAPITEL I

PATIENTENS RÄTT TILL PERSONCENTRERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	5
1.1 Patientlagen och det rättsliga möjliggörandet av personcentrerad hälso- och sjukvård.....	5
1.2 Arbetets problemställning och föremål.....	7
1.2.1 Två samspelande hypoteser.....	8
1.2.2 Ett roll- och normperspektiv på hälso- och sjukvård.....	9
1.2.3 Tre fokusområden.....	10
1.2.4 Personcentrering och den paradigmatiska omställningen av hälso- och sjukvården.....	11
1.3 Disposition.....	13

KAPITEL 2

SOCIOLEGAL ANALYS AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD – TEORI OCH METOD.....	15
2.1 Den sociolegala ambitionen att förstå hälso- och sjukvården som en rättslig ordning.....	15
2.2 Hälso- och sjukvårdens rättskällor.....	17
2.2.1 Sektorsdefinierande lagstiftning.....	17
2.2.2 Lagstiftning för specifik hälso- och sjukvård.....	18
2.2.3 Myndighetsföreskrifter för specifik hälso- och sjukvård.....	19
2.2.4 EU:s utveckling av en rättslig ordning för hälso- och sjukvård.....	20
2.2.5 Mänskliga rättigheter som områdets ideologiska och rättsliga överbyggnad.....	21
2.2.6 Annan lagstiftning som möjliggör och styr hälso- och sjukvård.....	22
2.3 Implementering av ”patientens rätt”.....	22
2.3.1 Patientlagens implementering och genomslag.....	23
2.3.2 Implementeringsstudier och den rättssociologiska utvecklingen.....	23
2.4 Patientrelationer och andra hälso- och sjukvårdsrelationer som rättslig ordning och handlingssystem.....	25
2.4.1 Handlingssystem som rättsligt fenomen.....	26
2.4.2 Hälso- och sjukvården som planerade, intervenerade och självreglerande handlingssystem.....	27
2.4.3 Patientrelationer som rättsliga handlingssystem.....	28
2.4.4 Rättsliga handlingssystem på hälso- och sjukvårdens mikro-, meso- och makronivå.....	29

2.5 Normer som hälso- och sjukvårdssystemets byggstenar.....	30
2.5.1 Samspelet rättsregler och rättsliga normer.....	30
2.5.2 Konstitutiva normer – kvalifikations- och kompetensnormer.....	32
2.5.3 Handlungsdirigerande normer.....	34
2.5.4 Rättsliga normer i förhållande till etiska, organisatoriska, sociala, medicinska och tekniska normer.....	35
2.6 Hälso- och sjukvårdens digitalisering.....	36

KAPITEL 3

PERSONCENTRERINGENS NORMER.....	39
3.1 Möjliggörande av förändrat beteende, verksamhetsutveckling och strukturomvandling.....	39
3.2 Personcentrering som målnorm.....	40
3.3 Personcentrering som handlingsetik och kompetensnormer för sjukvårdspersonal.....	42
3.4 Handlungsdirigerande normer för personal och vårdgivare om patientberättelse och handlingsplan m.m.....	44
3.5 Kvalificering av patientens kompetens i ett normbaserat partnerskap.....	46
3.6 Strävan om personcentrerade och integrerade system som handlingsnormer för hälso- och sjukvårdens huvudmän.....	47
3.7 Patientdelaktighet som central norm på samtliga nivåer.....	49

KAPITEL 4

ETIK FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	51
4.1 Handlingsetik – gränssnittet mellan norm och människa.....	51
4.2 Etiskt och moraliskt strävande efter det ”goda”.....	52
4.2.1 Etikens diversifiering.....	52
4.2.2 Hälso- och sjukvårdsaktörernas etiska principer och regler.....	54
4.3 En handlingsetik för personcentrerad vård.....	56
4.3.1 Ricoeurs generella handlingsetik som grundval för personcentrerat agerande.....	56
4.3.2 Vårdförbundets definition av en handlingsetik för personcentrerad vård.....	58
4.3.3 Ricoeurs normbaserade medicinska etik.....	60
4.3.3.1 Etik för professionellt ansvar inom hälso- och sjukvården.....	60
4.3.3.2 Vårdgivandeavtal.....	61
4.3.3.3 Tre kolumner av normer.....	61
4.3.3.4 En fundamental norm som cementerar de tre kolumnerna.....	63
4.4 Rätt och etik – ett socio- och medikolegalt samspel.....	63
4.4.1 Rättsliggörande av etiska principer och normer genom hälso- och sjukvårdslagstiftning.....	64
4.4.2 Tillämpningen av etiska normer inom ramen för hälso- och sjukvårdens rättsliga handlingssystem.....	66
4.4.3 Handlingsetik vid tillämpning av rättsregler och rättsnormer i hälso- och sjukvården.....	67

KAPITEL 5

NÄRMARE OM INNEHÅLL OCH UNDERLIGGANDE FORSKNING	69
5.1 Rättsvetenskapliga forskningsstudier för att förstå och hantera hälso- och sjukvård som normer	69
5.2 En rättsteoretisk studie av samspelet mellan personcentrering och rättsligt normskapande inom hälso- och sjukvården	69
5.3 En rättsanalytisk studie av "patientens rätt"	70
5.4 En sociolegal studie av hur statlig hälso- och sjukvårdsreform bedrivs och implementeras i hälso- och sjukvården som rättsliga ordning	71
5.5 En socio- och medikolegal studie av hur personcentrerad vård möjliggörs inom ramen för normtillämpning och normbildning	73
5.6 En sammanfattande teoretisk studie av hur patientlagen kan implementeras och personcentrerad vård möjliggörs	74

DEL 2. PATIENTENS RÄTTSLIGA STÄLLNING	75
--	----

KAPITEL 6

PATIENTENS "RÄTT"	79
6.1 Ambitionen att stärka patientens ställning	79
6.2 Överföring av lagstiftningens rättsregler till normer inom hälso- och sjukvården	80
6.3 Del 2 och dess innehåll	81

KAPITEL 7

PATIENTLAGEN, DESS URSPRUNG OCH BAKOMLIGGANDE SYFTEN	83
7.1 Patientmaktsutredningen och patientlagens bakomliggande syften	83
7.2 Patientlagens utformning och Lagrådets ifrågasättande	86
7.3 Patientlagen, patientens "rätt" och den rättsliga systematiken	88

KAPITEL 8

PATIENTRÄTTIGHETERNAS VARA ELLER INTE VARA	89
8.1 Patientens "rätt" enligt patientlagen	89
8.2 Frågan om rättighetsbegreppets ändamålsenlighet	91
8.3 Patientens "rätt" i dynamiken mellan stat och region/kommun	93
8.4 Patienternas faktiska, rättsliga och systembaserade ställning	94

KAPITEL 9

PATIENTROLLEN	99
----------------------	----

9.1 Kvalificering av patientrollen.....	99
9.2 Patientrollens rättsliga innebörd.....	100
9.3 Patientrollen och patientsfären.....	101
9.3.1 Roller inom patientsfären och deras rättsliga ställning.....	102
9.3.2 Närstående.....	102
9.3.3 Vårdnadshavare och förmyndare.....	104
9.3.4 Fullmaktshavare.....	106
9.3.5 Godemän och förvaltare.....	107

KAPITEL 10

PATIENTENS ”RÄTT” UTIFRÅN PATIENTLAGEN.....	109
10.1 Skyldigheter för hälso- och sjukvårdens aktörer för att möjliggöra ”patientens rätt”.....	109
10.2 Inledande bestämmelser.....	110
10.2.1 Lagens syfte och tillämpning.....	110
10.2.2 Hälso- och sjukvårdens mål om god hälsa och en vård på lika villkor.....	112
10.2.3 Rätt till respekt.....	113
10.2.4 Rätt till jämlik vård.....	113
10.2.5 Rätt till vård utifrån behov.....	114
10.2.6 Rätt till god vård.....	114
10.3 Tillgänglighet.....	116
10.3.1 Rätt till lätt tillgänglig vård.....	116
10.3.2 Vårdgarantin.....	118
10.3.3 Rätt till tillgänglig vård för patienter som inte är permanent bosatta i Sverige.....	119
10.4 Information.....	120
10.4.1 Rätt till information relaterad till det egna hälsotillståndet.....	120
10.4.2 Rätt till information om möjliga rättsanspråk m.m.....	122
10.4.3 Rätt till information i samband med utskrivning.....	123
10.4.4 Rätt till information vid biobanksprov.....	124
10.4.5 Vårdnadshavares och närståendes rätt till information.....	124
10.4.6 Rätt till anpassad information och att avstå från information.....	125
10.5 Samtycke.....	126
10.5.1 Rätt till att samtycka.....	126
10.5.2 Samtyckeskompetensens begränsning vid tvångsvårdsåtgärder.....	130
10.6 Delaktighet.....	131
10.6.1 Rätt till samråd.....	132
10.6.2 Rätt att själv utföra vård- och behandlingsåtgärder.....	133
10.6.3 Närståendes rätt till delaktighet.....	135

10.7 Fast vårdkontakt och individuell planering.....	136
10.7.1 Rätt till fast vårdkontakt.....	136
10.7.2 Rätt till fast läkarkontakt.....	139
10.7.3 Rätt till individuell planering.....	140
10.8 Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.....	140
10.8.1 Rätt att välja behandlingsalternativ.....	140
10.8.2 Rätt att välja hjälpmedel.....	142
10.9 Ny medicinsk bedömning.....	143
10.9.1 Rätt till ny medicinsk bedömning.....	143
10.9.2 Rätt till ytterligare behandling enligt ny medicinsk bedömning.....	144
10.10 Val av utförare.....	144
10.10.1 Rätt att välja utförare.....	144
10.11 Integritet och personuppgifter.....	146
10.11.1 Rätt till integritet vid hantering av personuppgifter.....	146
10.11.2 Rätt att ta del av sin patientjournal.....	148
10.11.3 Rätt att motsätta sig behandling av personuppgift.....	150
10.11.4 Rätt till sekretess och tystnad.....	154
10.11.5 Rätt till intyg om den egna vården.....	155
10.12 Synpunkter och klagomål.....	156
10.12.1 Rätt att få understöd av patientnämnderna.....	156
10.12.2 Rätt till information av vårdgivare vid vårdskada.....	157
10.12.3 Rätt att få svar av vårdgivare vid klagomål.....	157
10.12.4 Rätt att anmäla vårdskador till IVO.....	157
10.12.5 Patientens rätt att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.....	158

KAPITEL II

PATIENTLAGENS BRISTANDE IMPLEMENTERING.....	159
11.1 Statens utvärdering av patientlagens implementering, genomslag och effekter.....	159
11.1.1 Två uppdrag och fyra utvärderingar.....	160
11.1.2 Regeringens uppdrag 2014.....	161
11.1.3 Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning.....	162
11.1.4 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag.....	163
11.1.5 Lag utan genomslag.....	163
11.1.6 Regeringens uppdrag år 2020.....	164
11.1.7 En lag som kräver omtag.....	165
11.1.8 Avsaknaden av analys av ”patientens rätt” som implementerad ordning.....	166
11.2 Kännedom och kunskap om patientlagen och patientens rätt.....	168

11.2.1 Kunskap och norm.....	168
11.2.2 Kännedom om vårdens skyldigheter.....	169
11.2.3 Utmaningen att sprida och utveckla kunskap.....	170
11.3 Patientens faktiska ställning och lagens genomslag.....	171
11.3.1 Patientens generella ställning.....	171
11.3.2 Tillgänglighet.....	171
11.3.3 Information.....	172
11.3.4 Samtycke.....	172
11.3.5 Delaktighet.....	173
11.3.6 Fast vårdkontakt och individuell planering.....	173
11.3.7 Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.....	174
11.3.8 Ny medicinsk bedömning.....	175
11.3.9 Val av utförare.....	175
11.3.10 Personuppgifter och intyg.....	176
11.3.11 Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet.....	176
11.3.12 Sammanfattning om patientens ställning.....	176
11.4 Patienternas rättsliga ställning.....	177
11.4.1 Bristen på tydlighet i patientlagens bestämmelser.....	177
11.4.2 Avsaknaden av utkrävbarhet, sanktioner och prövning av domstol.....	179
11.4.3 Utvecklad ordning för klagomål och tillsyn.....	180
11.4.4 Egen kontroll.....	181
11.5 Hinder och utmaningar för att stärka patientens ställning.....	181
11.5.1 Bristen på kunskap om patientlagen.....	181
11.5.2 Bristen på verktyg och handlingssystem.....	182
11.5.3 Bristen på incitament och vilja att prioritera patientlagens implementering.....	184
11.5.4 Bristen på ledning, organisation och handlingssystem.....	185
11.6 En statsmaktens lagstiftningslära under utveckling?.....	186
11.6.1 Ett helhetsgrepp och samlad styrning.....	187
11.6.2 Vårdanalys och sökandet efter modeller.....	187
11.6.3 Implementering i hälso- och sjukvården som rättslig ordning och handlingssystem.....	188

DEL 3. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEFORM – INOM STATLIG, REGIONAL, KOMMUNAL OCH PRIVAT VERKSAMHET.....191

KAPITEL 12

IMPLEMENTERING AV PATIENTENS RÄTT OCH MÖJLIGGÖRANDE AV PERSONCENTRERAD VÅRD.....	195
12.1 Hälso- och sjukvårdsreform och systemskiftet mot personcentrering.....	195

12.1.1 Ett uppifrån och ned-perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling.....	196
12.1.2 Skyldigheter som realiseras i normbaserade handlingssystem i hälso- och sjukvården.....	197
12.2 Hälso- och sjukvård inom ramen för samspelet mellan statlig, regional, kommunal och privat verksamhet.....	198
12.2.1 Hälso- och sjukvårdens nivåer och aktörer.....	198
12.2.2 Hälso- och sjukvårdens ansvarsfördelning och rättsliga ordning.....	200
12.2.3 Samverkan för hälso- och sjukvårdsreform.....	201
12.3 Del 3 och dess innehåll.....	203
12.3.1 Disposition baserad på hälso- och sjukvårdens ansvarsfördelning.....	203
12.3.2 Sociolegal analysmodell.....	204
12.3.2.1 Implementering, reform och utveckling.....	204
12.3.2.2 Hälso- och sjukvårdens rättsliga ansvar, ordning och beslut.....	205

KAPITEL 13

STATLIGT ANSVAR FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	209
13.1 Ansvaret att möjliggöra och styra hälso- och sjukvård.....	209
13.1.1 Statens roll och systembaserade ställning i hälso- och sjukvården.....	209
13.1.2 Rättslig ordning för statens hälso- och sjukvårdsansvar.....	211
13.1.3 Reformerna ”god och nära vård” och ”ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård”.....	213
13.2 Statlig hälso- och sjukvårdsreform och det regionala/kommunala självstyret.....	213
13.2.1 Hälso- och sjukvårdsreform genom lagstiftning.....	214
13.2.2 Hälso- och sjukvårdsreform genom samverkan.....	214
13.3 Riksdagens och regeringens ordning för styrning av hälso- och sjukvården.....	216
13.3.1 Politiskt ansvar för och organisering av hälso- och sjukvårdsreform.....	216
13.3.1.1 Riksdagens politiska roll och ansvar i hälso- och sjukvårdsreform.....	216
13.3.1.2 Regeringens politiska roll och ansvar.....	217
13.3.1.3 Politiskt samspel mellan riksdag och regering i hälso- och sjukvårdsreform.....	218
13.3.2 Förvaltningens ansvar för och organisering av hälso- och sjukvårdsreform.....	218
13.3.2.1 Riksdagsförvaltningens roll och ansvar.....	218
13.3.2.2 Regeringskansliets roll och ansvar.....	219
13.3.3 Placering och fördelning av ansvaret för hälso- och sjukvården mellan departement.....	219
13.3.3.1 Socialdepartementet.....	220
13.3.3.2 Finansdepartementet.....	222
13.3.3.3 Justitiedepartementet.....	222
13.3.3.4 Försvarsdepartementen.....	222
13.3.4 Departementets rättsliga ordning för hälso- och sjukvårdsreform.....	223

13.3.4.1 Regeringskansliets och departementets ordning för ledning och beslutshantering.....	224
13.3.4.2 Ordning för offentlig utredning av hälso- och sjukvård.....	226
13.3.4.3 Ordning för att rättsligt reglera hälso- och sjukvård.....	227
13.3.4.4 Ordning för att styra hälso- och sjukvård genom stadsbudgeten.....	227
13.3.4.5 Ordning för att styra myndigheter som i sin tur styr hälso- och sjukvård.....	229
13.3.4.6 Ordning för avtalsstyrning av hälso- och sjukvårdens huvudmän.....	230
13.3.4.7 Ordning för samverkan med civilsamhället.....	231
13.3.5 Utredning och lagstiftning om god och nära vård.....	234
13.3.5.1 Regeringens direktiv till utredningen av en samordnad utveckling för en god och nära vård.....	234
13.3.5.2 Utredningens arbete och förslag till en samordnad utveckling för god och nära vård.....	235
13.3.5.3 Regeringens propositioner till riksdagen om lagstiftning om en god och nära vård.....	240
13.3.5.4 Något om regeringens reformarbete avseende vård och omsorg för äldre.....	244
13.3.5.5 Något om regeringens reformarbete avseende samverkan vid utskrivning från slutenvård till öppenvård.....	245
13.3.5.6 Något om regeringens reformarbete avseende sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.....	246
13.3.5.7 Något om regeringens reformarbete avseende egenvård.....	247
13.3.6 Utredning och lagstiftning om nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.....	248
13.3.6.1 Regeringens direktiv till utredningen av hur staten ska stödja utvecklingen av kunskapsbaserad vård.....	248
13.3.6.2 Utredningens arbete och förslag avseende ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.....	251
13.3.7 Regeringens överenskommelse med SKR om god och nära vård m.m.....	255
13.3.7.1 En ordning för stöd, samverkan och uppföljning.....	255
13.3.7.2 God och nära vård – en omställning med primärvården som nav.....	256
13.3.7.3 Sammanhållen, jämlik och säker vård.....	262
13.4 Statliga myndigheters styrning av hälso- och sjukvården.....	264
13.4.1 Myndigheternas ansvar för och organisering av hälso- och sjukvårdsreform.....	265
13.4.1.1 Statliga aktörer med ansvar för och påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling.....	265
13.4.1.2 Socialstyrelsen.....	266
13.4.1.3 E-hälsomyndigheten.....	267
13.4.1.4 Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	268
13.4.1.5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).....	269
13.4.1.6 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys).....	270
13.4.1.7 Folkhälsomyndigheten.....	270
13.4.1.8 Läkemedelsverket.....	271
13.4.1.9 Försäkringskassan.....	272

13.4.1.10 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).....	273
13.4.1.11 Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF).....	274
13.4.1.12 Myndigheten för delaktighet.....	275
13.4.1.13 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.....	275
13.4.1.14 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).....	275
13.4.1.15 Rättsmedicinalverket.....	276
13.4.1.16 Myndigheten för digital förvaltning (DIGG).....	276
13.4.1.17 Integritetsskyddsmyndigheten (IMY).....	277
13.4.1.18 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).....	277
13.4.1.19 Länsstyrelsernas roll.....	278
13.4.1.20 Universitet och högskolor.....	279
13.4.2 Rättslig ordning för hur myndigheter bedriver hälso- och sjukvårdsreform.....	279
13.4.2.1 Ordning för ledning och beslutshandling.....	280
13.4.2.2 Ordning för hantering av regeringsuppdrag.....	281
13.4.2.3 Ordning för föreskrifter och rekommendationer.....	282
13.4.2.4 Ordning för prövning, tillstånd och tillsyn.....	283
13.4.2.5 Ordning för att bevilja medel.....	284
13.4.2.6 Ordning för att stödja hälso- och sjukvården med bl.a. expertis, analys och i nformationsåtgärder.....	285
13.4.2.7 Ordning för digitalisering och IT-infrastruktur.....	286
13.4.2.8 Ordning för intern samverkan.....	286
13.4.2.9 Ordning för externa avtal och samverkan.....	287
13.4.2.10 Ordning för uppföljning och granskning.....	288
13.4.3 Myndigheternas arbete med reformen god och nära vård.....	288
13.4.3.1 Myndigheter delaktiga i omställningen till god och nära vård.....	289
13.4.3.2 Socialstyrelsens strategiska ansvar i omställningen till god och nära vård.....	289
13.4.3.3 Myndighetsstöd för omställning till god och nära vård.....	291
13.4.3.4 Föreskrifter för en god och nära vård.....	293
13.4.3.5 Digitalisering och IT-infrastruktur för omställning till god och nära vård.....	293
13.4.3.6 Bevilja medel för omställning till god och nära vård.....	294
13.4.3.7 Tillsyn på området god och nära vård.....	294
13.4.3.8 Samverkan med regioner, kommuner m.fl. för god och nära vård.....	295
13.4.3.9 Intern samverkan mellan myndigheter som ett led i omställningen till god och nära vård.....	295
13.4.3.10 Uppföljning och granskning av god och nära vård.....	295
13.4.4 Myndigheternas arbete med reformen om kunskapsstyrning.....	296
13.4.4.1 Myndigheter delaktiga i reformarbetet med kunskapsstyrning.....	296
13.4.4.2 Rådet för styrning med kunskap.....	297

13.4.4.3 Partnerskapet med Styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården.....	298
13.5 Europeiska unionens styrning av hälso- och sjukvården.....	299
13.5.1 Staten, internationella åtaganden och medlemskapet i EU.....	299
13.5.2 EU:s mandat avseende hälso- och sjukvård.....	301
13.5.3 EU:s befogenhet att i vissa fall besluta om åtgärder.....	301
13.5.4 EU:s grundläggande mänskliga rättigheter.....	302
13.5.5 Patientrörlighet inom EU.....	303
13.5.6 System för e-hälsodata.....	304
13.5.7 Informationssäkerhet och dataskydd.....	305
13.5.8 Medicintekniska produkter.....	306
13.6 Tillsyn och revision av statlig hälso- och sjukvårdsreform – avslutande kommentarer.....	306
13.6.1 Tillsyn för säkerställande av implementering och reform.....	307
13.6.2 Riksdagens gransknings- och tillsynsorgan.....	308
13.6.2.1 Konstitutionsutskottet som granskningsorgan.....	308
13.6.2.2 Riksdagens ombudsmän (JO) som tillsynsorgan.....	309
13.6.3 Regeringens tillsynsorgan.....	309
13.6.3.1 Justitiekanslern (JK) som tillsynsorgan.....	309
13.6.4 Riksrevisionen som oberoende granskningsorgan.....	310
 KAPITEL 14	
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS HUVUDMANNAANSVAR.....	313
14.1 Ansvaret att säkerställa tillgången på hälso- och sjukvård.....	313
14.1.1 Huvudmannens roll och systembaserade ställning i hälso- och sjukvården.....	313
14.1.1.1 Huvudmannaansvaret.....	314
14.1.1.2 Rättslig ordning för hälso- och sjukvårdens huvudmannaansvar.....	315
14.1.2 Huvudmannaskap baserat på en ordning för politiskt självstyre.....	318
14.1.3 Huvudmannaskap baserat på en ordning för förvaltning.....	319
14.1.4 Huvudmannaskap baserat på en ordning för utförande av serviceskyldighet.....	320
14.1.5 Huvudmannaskap baserat på en ordning för regional och kommunal samverkan.....	322
14.1.6 Huvudmannaskap baserat på en ordning för samverkan med patientorganisationer och civilsamhället i övrigt.....	323
14.1.7 Huvudmannaskap baserat på en ordning för hantering av externa vårdgivare.....	324
14.1.8 Huvudmannaskap baserat på en ordning för inköp av vårdrelaterade produkter och tjänster.....	325
14.2 Huvudmannens interna ordning för hälso- och sjukvård.....	325
14.2.1 Intern ordning för utveckling och drift av hälso- och sjukvård.....	326
14.2.2 Huvudmannens politiska ordning för hälso- och sjukvård.....	328

14.2.2.1 Organisering av det politiska ansvaret för hälso- och sjukvården.....	328
14.2.2.2 Regionfullmäktiges roll och ansvar för hälso- och sjukvården.....	334
14.2.2.3 Regionstyrelsens roll och ansvar för hälso- och sjukvården.....	338
14.2.2.4 Politiska nämnder med roller och ansvar för hälso- och sjukvård.....	340
14.2.2.5 Revisorskollegiets roll och ansvar att granska regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet.....	347
14.2.3 Huvudmannens förvaltningsordning för hälso- och sjukvård.....	347
14.2.3.1 Organisering av förvaltningens ansvar för hälso- och sjukvården.....	348
14.2.3.2 Förvaltningens roll och ansvar för hälso- och sjukvården.....	351
14.2.4 Huvudmannens ordning för hälso- och sjukvård som serviceskyldighet.....	356
14.2.4.1 Organisatoriskt säkerställande av tillgången till hälso- och sjukvård.....	356
14.2.4.2 Beställarorganisationens roll och ansvar för hälso- och sjukvården.....	361
14.2.4.3 Ansvaret för öppenvården.....	364
14.2.4.4 Ansvaret för slutenvården.....	366
14.2.4.5 Ansvaret för habilitering och hälsa.....	368
14.2.5 Huvudmannens ärende- och beslutsordning för hälso- och sjukvårdsreform.....	369
14.2.5.1 Regional hälso- och sjukvårdsreform som beslutsprocess.....	370
14.2.5.2 Ordning för planering och finansiering av hälso- och sjukvård.....	374
14.2.5.3 Ordning för kvalitets- och kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård.....	384
14.2.5.4 Ordning för stöd till och styrning av hälso- och sjukvårdens resursskapande.....	387
14.2.5.5 Ordning för klagomål och verksamhetsutveckling baserad på dialog med patienter m.fl.....	392
14.2.5.6 Ordning för hälso- och sjukvårdsforskning och innovation.....	395
14.2.5.7 Ordning för revision och intern kontroll av hälso- och sjukvård.....	399
14.3 Huvudmannens ordning för samverkan med andra huvudmän och staten.....	400
14.3.1 Samverkansordning för hälso- och sjukvårdens utveckling och koordinering.....	401
14.3.2 Huvudmannens rättsliga ordning och gränssnitt för samverkan.....	403
14.3.2.1 Ordning för nämndsamverkan.....	403
14.3.2.2 Ordning för samverkan i kommunalförbund.....	404
14.3.2.3 Ordning för samverkan i privaträttslig association.....	404
14.3.2.4 Ordning för samverkan genom avtal.....	405
14.3.3 Ordning för samverkan mellan huvudmännen och staten.....	405
14.3.3.1 Statliga uppdrag för nationell hälso- och sjukvård – en samverkan mellan staten och SKR.....	406
14.3.3.2 Nationell kunskapsstyrning – en samverkan mellan staten och hälso- och sjukvårdens huvudmän samt SKR.....	407
14.3.4 Ordning för samverkan med huvudmän på nationell nivå.....	409
14.3.4.1 Sveriges Kommuner och Regioner – en ideell förening.....	410
14.3.4.2 SKR:s arbete med hälso- och sjukvårdsreform.....	412
14.3.4.3 SKR:s insatser enligt överenskommelsen om omställning till god och nära vård.....	412

14.3.5 Ordning för samverkan inom sjukvårdsregionerna.....	422
14.3.6 Ordning för samverkan med kommunala huvudmän inom en region.....	423
14.3.6.1 VästKom – en aktör för kommunal samverkan inom regionen.....	424
14.3.6.2 Delregionala kommunalförbund som samverkansstrukturer för kommunala huvudmän.....	427
14.3.6.3 Regiongemensamma samverkansstrukturer mellan länets huvudmän.....	427
14.3.6.4 Delregional samverkansstruktur mellan regionala och kommunala huvudmän.....	434
14.3.6.5 Hälso- och sjukvårdsavtalet – en rättslig ordning för regiongemensam samverkan och ansvarsfördelning på utförarnivå.....	440
14.3.6.6 Den länsgemensamma strategin för god och nära vård – ett regiongemensamt reformarbete för god och nära vård.....	443
14.3.6.7 Kvalitetsstyrning av delregional hälso- och sjukvårdssamverkan.....	447
14.3.7 Ordning för huvudmannens samverkan med enskilda eller fåtal huvudmän.....	449
14.3.7.1 Kommunalförbund som samverkansform för kommunal hälso- och sjukvård.....	450
14.3.7.2 Gemensamma nämnder som samverkansform för regional hälso- och sjukvård.....	452
14.3.7.3 Gemensamma nämnder som samverkansform för regional och kommunal huvudman avseende arkivering.....	455
14.4 Huvudmannens ordning för samverkan med civilsamhället.....	455
14.4.1 Samverkan med patient- och brukarorganisationer – en folkrörelsebaserad samverkansarena för hälso- och sjukvård.....	456
14.4.1.1 Civilsamhället som samverkansaktör i förhållande till huvudmannen.....	456
14.4.1.2 Hälso- och sjukvårdens gränssnitt för samverkan med civilsamhället.....	457
14.4.1.3 Huvudmannens externa ordning för samverkan.....	458
14.4.2 Övergripande ordning (överbyggnad) för samverkan med civilsamhället.....	459
14.4.3 Ordning för samverkan med patient- och brukarorganisationer inom avgränsade områden.....	460
14.4.4 Ordning för samverkan genom idéburet offentligt partnerskap.....	461
14.4.4.1 Partnerskap med idéburna aktörer.....	462
14.5 Huvudmannens ordning för hantering av externa vårdgivare.....	463
14.5.1 Externa vårdgivare som rättssubjekt.....	463
14.5.2 Ordning för hantering av regionalt ägda vårdgivare.....	464
14.5.2.1 Externt vårdutförande i egen regi genom egen association.....	464
14.5.2.2 Ordning för styrning och utförande av vårdutförandet.....	465
14.5.2.3 Ordning för kontinuerlig dialog m.m. avseende vårdutförandet.....	466
14.5.2.4 Ordning för kontroll och uppföljning avseende vårdutförandet.....	467
14.5.3 Ordning för hantering av vårdgivare i annans regi.....	467
14.5.3.1 Ordning för tilldelning av vårduppdrag inom valfrihetssystemet.....	468
14.5.3.2 Ordning för att rättsligt binda vårdutföraren i valfrihetssystemet till vårduppdraget.....	468
14.5.3.3 Ordning för kontinuerlig dialog med vårdgivaren om vårduppdraget.....	469

14.5.3.4 Ordning för kontroll och uppföljning av vårduppdraget.....	470
14.5.4 Ordning för vårdutförande genom kommunal avtalssamverkan.....	470
14.6 Huvudmannens ordning för inköp av vårdrelaterade produkter och tjänster.....	471
14.6.1 Avtalsrelationer för förvärv av produkter och tjänster.....	471
14.6.2 Avtal om inköp av kommersiella produkter och tjänster.....	472
14.6.2.1 Västra Götalandsregionens organisering och styrning av upphandlingsarbetet.....	473
14.6.2.2 Västra Götalandsregionens inköp som en verksamhetsstyrd process.....	473
14.6.2.3 Särskilt om huvudmannens möjligheter att inkludera särskilda krav i avtalet.....	474
14.6.3 Avtal om inköp av samhällsnyttiga produkter och tjänster.....	476
14.6.3.1 Icke-kommersiella aktörer med samhällsnyttig verksamhet.....	477
14.6.3.2 Idéburna organisationer.....	477
14.6.4 Avtal om inköp av produkter och tjänster genom innovation.....	478
14.7 Tillsyn och granskning av huvudmannens hälso- och sjukvårdsreform – avslutande kommentarer.....	479
14.7.1 Statlig tillsyn av huvudmannen.....	479
14.7.2 Huvudmannens ordning för revision.....	480
14.7.2.1 Revisorskollegiets roll i revisionsarbetet.....	480
14.7.2.2 Regionfullmäktiges roll i revisionsarbetet.....	481
14.7.3 Granskning av nämnderna.....	481
14.7.3.1 Verksamhetsuppgifterna i reglementet.....	482
14.7.3.2 Samverkansuppgifterna i reglementet och avtal.....	483
14.7.4 Något om personliga ansvar för huvudmannens verksamhet.....	484
14.7.4.1 Straffrättsligt ansvarsutkrävande.....	484
14.7.4.2 Arbetsrättsligt ansvarsutkrävande.....	484
14.7.4.3 Annat civilrättsligt ansvarsutkrävande.....	485
KAPITEL 15	
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS VÅRDGIVARANSVAR.....	487
15.1 Ansvaret att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård.....	487
15.1.1 Vårdgivarrollen och dennes systembaserade ställning.....	487
15.1.2 Vårdgivarens ansvar att tillhandahålla vård av god kvalitet.....	489
15.1.3 Vårdgivarens rättsliga ordning.....	490
15.2 Vårdgivaren som rättssubjekt och rättsförhållandet till huvudmannen – en rättslig bas.....	493
15.2.1 Rättssubjektet och placeringen av vårdgivarrollen.....	494
15.2.2 Rättsförhållandet mellan huvudman och vårdgivare.....	494
15.2.2.1 Intern ordning för vårdgivare.....	495
15.2.2.2 Ägardirektiv och ordning för vårdgivare i regionala/kommunala bolag.....	495

15.2.2.3 Avtal med vårdgivare som driver verksamhet i privat regi.....	496
15.2.3 Vårdgivarens interna ansvarsfördelning och beslutsdelegation.....	496
15.2.3.1 Indelning av vård för vilken det föreligger ett vårdgivaransvar.....	497
15.2.3.2 En grundmodell för fördelning av vårdgivaransvar.....	499
15.2.3.3 Vårdgivarens interna organisation i Västra Götalandsregionen.....	500
15.2.3.4 Vårdenheten Sahlgrenska Universitetssjukhuset.....	502
15.2.3.5 Närhälsan – offentlig primärvård i Västra Götalandsregionen.....	504
15.2.4 Vårdvalssystemet, avtalet och den externa vårdgivaren.....	506
15.2.4.1 Marknad för primärvårdsgivare.....	506
15.2.4.2 Villkor för primärvårdsgivare.....	507
15.2.5 Vårduppdraget som den konstitutionella kärnan.....	508
15.2.5.1 Vårduppdrag för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.....	508
15.2.5.2 Vårduppdrag för Närhälsans vårdcentraler.....	509
15.3 Ledningssystem.....	511
15.3.1 Ledningssystem som rättslig överbyggnad för hälso- och sjukvårdens utförande.....	512
15.3.2 Vårdgivarens olika ledningssystem.....	514
15.4 Ordning för klinisk kvalitet.....	515
15.4.1 Ledningssystem för kvalitet.....	516
15.4.1.1 Ordning för planering av hälso- och sjukvårdens kvalitet.....	517
15.4.1.2 Ordning för styrning av verksamhetens kvalitativa utförande.....	517
15.4.1.3 Ordning för utvärdering och uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet.....	518
15.4.1.4 Ordning för kontinuerligt förbättringsarbete avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet.....	519
15.4.2 Ordning för kunskapsstyrning och säkerställande av vårdåtgärdernas evidens.....	520
15.4.3 Ordning för patientsäkerhet.....	521
15.4.3.1 Ordning för att utreda händelser av vårdskada.....	522
15.4.3.2 Ordning för att informera om vårdskada.....	523
15.4.3.3 Ordning för anmälningsskyldighet avseende vårdskador.....	524
15.4.4 Ordning för medicinteknik och vårdutrustning.....	524
15.4.4.1 Ledningssystem avseende medicinteknik och vårdutrustning.....	525
15.4.4.2 Ordning för utvärdering av medicinteknik (HTA).....	527
15.4.4.3 Ordning för användning av medicintekniska produkter i vården.....	528
15.4.4.4 Ordning för egentillverkning och anpassning av medicinska produkter i vården.....	529
15.4.5 Ordning för hantering av läkemedel.....	530
15.4.5.1 Ledningssystem för läkemedelshantering.....	531
15.4.5.2 Ordning för utvärdering av läkemedel (HTA).....	532
15.4.5.3 Ordning för ordination av läkemedel.....	532
15.4.5.4 Ordning för hantering av läkemedel.....	533

15.4.5.5 Ordning för läkemedelsgenomgång.....	535
15.4.6 Ordning för patientdelaktighet.....	535
15.5 Ordning för journal och datahantering.....	536
15.5.1 Ledningssystem för journalhantering, informationssäkerhet och dataskydd.....	536
15.5.2 Ordning för journalhantering.....	538
15.5.3 Ordning för patient- och vårddata.....	539
15.5.4 Ordning för datasäkerhet och för hantering av personuppgifter.....	540
15.5.5 Ordning för informationssäkerhet.....	541
15.6 Ordning för arbetsmiljö.....	542
15.7 Ordning för miljö och hållbarhet.....	543
15.8 Ordning för tillgänglighet och digital service.....	544
15.8.1 Ett ledningssystem för digital tillgänglighet.....	544
15.8.2 Ordning för säkerhet och krisberedskap.....	545
15.9 Ordning för vårdens samordning och samverkan.....	546
15.10 Ordning för kompetensförsörjning, kompetensutveckling och meritering.....	546
15.11 Ordning för inköp och upphandling.....	547
15.11.1 Ledningssystem för inköp och upphandling.....	547
15.11.2 Ordning för upprättande av förfrågningsunderlag och annonsering.....	548
15.11.3 Ordning för avtalsingående avseende inköp.....	549
15.11.4 Ordning för installering, driftsättning och upplärning.....	549
15.11.5 Ordning för underhåll och reparationer.....	549
15.12 Ordning för forskning och innovation.....	550
15.12.1 Ledningssystem för forskning och innovation.....	550
15.12.2 Ordning för forskningsetik och etikprövning.....	551
15.12.3 Ordning för klinisk forskning.....	551
15.12.4 Ordning för klinisk prövning.....	552
15.12.5 Ordning för prestandastudier.....	553
15.12.6 Ordning för innovationsledning.....	553
15.13 Granskning av vårdgivarens hälso- och sjukvårdsreform – avslutande kommentarer.....	554
15.13.1 Laglighetsstillsyn.....	554
15.13.1.1 Vårdgivarens ansvar som hälso- och sjukvårdsaktör.....	554
15.13.1.2 Vårdgivarens ansvar avseende patientskada.....	555
15.13.2 Revision och granskning utifrån konstituerande och styrande dokument.....	557
15.13.3 Granskning utifrån vårduppdraget.....	557
15.13.4 Granskning utifrån kvalitetsledning och kvalitetsarbete.....	558

KAPITEL 16

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS PROFESSIONSANSVAR	559
16.1 Ansvar att utföra hälso- och sjukvård	559
16.1.1 Professionernas roller och systembaserade ställning i hälso- och sjukvården	559
16.1.2 Professionsansvaret – ansvarstagande och ansvarsutkrävande	560
16.1.3 Rättslig ordning för hälso- och sjukvårdens professionsansvar	562
16.2 Legitimation och specialistkompetens	563
16.2.1 En rättslig ordning för legitimationsyrken och skyddade yrkestitlar	563
16.2.1.1 Professioner baserade på legitimation och specialisering	564
16.2.1.2 Rättsliga ordning för legitimation och specialistkompetens	566
16.2.2 Ordning för beviljande av legitimation och bevis för skyddad yrkestitel	567
16.2.2.1 Socialstyrelsens roll att bevilja legitimation	567
16.2.2.2 Läkarnas ansökningsprocess	568
16.2.2.3 Sjuksköterskornas ansökningsprocess	569
16.2.2.4 Undersköterskornas ansökningsprocess	570
16.2.3 Ordning för beviljande av särskilt förordnande och andra behörigheter	571
16.2.4 Ordning för beviljande av specialistkompetens	572
16.2.4.1 Översikt över specialistmeritering	572
16.2.4.2 Läkarnas specialistmeritering	573
16.2.4.3 Sjuksköterskornas specialistmeritering	577
16.2.5 Ordning för hantering och tillsyn av patientsäkerhetsansvar och kompetens	578
16.2.5.1 Professionella ansvaret för patientsäkerhet	578
16.2.5.2 Professionell fördelning av uppgifter	580
16.2.5.3 IVO:s tillsyn	580
16.2.6 Ordning för provotid och återkallelse av legitimation	581
16.2.7 Ordning för ingripande mot icke behörigt användande av yrkestitel	584
16.3 Medlemskap i professionsorganisation	586
16.3.1 En rättslig ordning kopplad till professionsorganisationer	586
16.3.1.1 Intresseorganisationer och/eller fackliga organisationer för vårdens professioner	588
16.3.1.2 Professionsorganisationernas rättsliga ordning	591
16.3.2 Ordning för beviljande av medlemskap	592
16.3.2.1 Ordning för beviljande av medlemskap i sjuksköterskornas professionsorganisationer	593
16.3.2.2 Ordning för beviljande av medlemskap i läkarnas professionsorganisationer	594
16.3.3 Ordning för professionens etiska ansvar	595
16.3.3.1 Ordning för professionens etiska ansvar i sjuksköterskornas professionsorganisationer	595
16.3.3.2 Ordning för professionens etiska ansvar i läkarnas professionsorganisationer	598
16.3.4 Ordning för ansvarsutkrävande och uteslutning	600

16.3.4.1 Ordning för ansvarsutkrävande och uteslutning i sjuksköterskornas professionsorganisationer	601
16.3.4.2 Ordning för ansvarsutkrävande och uteslutning i läkarnas professionsorganisationer	602
16.4 Arbetstagarrelationen	602
16.4.1 En rättslig ordning mellan arbetsgivare och arbetstagare	603
16.4.2 Avtalsbaserad ordning mellan den enskilde arbetstagaren och arbetsgivaren	604
16.4.2.1 Ordning för anställning	605
16.4.2.2 Ordning för att bestämma arbetsgivarens och arbetstagarens huvudprestationer	606
16.4.2.3 Ordning för uppsägning, avsked och ansvarsutkrävande	608
16.4.3 Kollektivavtalsbaserad ordning mellan fackförbund och arbetsgivare	609
16.4.3.1 Ordning för medbestämmande	610
16.4.3.2 Ordning för hälso- och sjukvårdsanställdas förtroendearbete	611
16.5 Verksamhetsordningen	612
16.5.1 En rättslig ordning kopplad till roller och ansvar avseende vårdgivarens övergripande kvalitets- och ledningsarbete	612
16.5.2 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	615
16.5.3 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares arbetsmiljö m.m.	617
16.5.4 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares användning av vårdutrustning och läkemedel	618
16.5.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares hantering av patientjournal, patientdata och annan vårddata	619
16.5.6 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares kompetensförsörjning	620
16.5.7 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares forskning	621

DEL 4. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS KVALITETSUTVECKLING – I DYNAMIKEN MELLAN NORMTILLÄMPNING OCH NORMBILDNING 623

KAPITEL 17

RÄTTLIGT MÖJLIGGÖRANDE AV GOD OCH PERSONCENTRERAD VÅRD	627
17.1 Normtillämpning och normbildning för utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet	627
17.1.1 Ett nedifrån och upp-perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling	627
17.1.1.1 En rättslig ordning för kvalitet	628
17.1.1.2 Forskning, innovation och verksamhetsutveckling	629
17.1.2 Personcentrerad vård och patientens rätt i en systemkontext	631
17.1.3 Kvalitetsarbete baserat på normtillämpning och normbildning	632
17.1.3.1 Beslutet om vårdåtgärd baserat på normtillämpning	632

17.1.3.2 Kravställande och normutveckling för kvalitet – ett samspel mellan hälso- och sjukvårdens olika nivåer.....	633
17.1.4 Ett tekno- och medikolegalt ramverk för hälso- och sjukvårdens kvalitet.....	636
17.2 Personcentrering och kvalitetsutveckling i en digital era.....	636
17.2.1 Ett patientfokuserat makt- och perspektivskifte.....	637
17.2.2 Perspektivförskjutningen och dess utmaningar.....	638
17.2.2.1 Patientens dubbla roller.....	638
17.2.2.2 Intressekonflikten mellan patienten och personal.....	639
17.2.2.3 Specialisering och systemkomplexitet.....	640
17.2.3 Maktförskjutningen och dess utmaningar.....	640
17.2.3.1 Hälso- och sjukvårdens digitala paradigmskifte.....	640
17.2.3.2 Maktförskjutning från profession till patient.....	641
17.2.3.3 Maktförskjutning från profession till vårdgivare och huvudmän.....	642
17.2.3.4 Maktförskjutning från hälso- och sjukvården till tillhandahållare av digitala tjänster.....	642
17.3 Del 4 och dess innehåll.....	643

KAPITEL 18

PERSONCENTRERING OCH PATIENTENS RÄTT	647
18.1 Personcentrering som begrepp, etik och norm.....	647
18.1.1 Begreppet personcentrerad vård och dess normerande innebörd.....	647
18.1.2 "Möjliggörare" av personcentrerad hälso- och sjukvård.....	650
18.1.3 Ett ramverk för att utveckla personcentrerad vård utifrån samspelet mellan handlingsetik och normer.....	651
18.2 Personcentrerad vård som handlingsetik.....	655
18.2.1 Ricoeurs medicinska etik – i gränssnittet mellan agerande och norm.....	655
18.2.2 Normer för ett etiskt ansvarstagande.....	656
18.3 Personcentrerad vård som kvalifikationsnormer för hälso- och sjukvården.....	657
18.3.1 Normen om respekt och omtanke som krav på vården.....	659
18.3.1.1 Respekt och värdighet som kvalifikation av en vårdåtgärd.....	660
18.3.1.2 Patientberättelse som formellt kvalifikationskrav på respekt och värdighet.....	660
18.3.2 Normen om informerat samtycke som krav på vården.....	661
18.3.2.1 Integritet och informerat samtycke som kvalifikation av en vårdåtgärd.....	661
18.3.2.2 Dokumentation som formellt kvalifikationskrav.....	662
18.3.3 Normen om informerad delaktighet som krav på vården.....	662
18.3.3.1 Informerad delaktighet och partnerskap som kvalifikation av en vårdåtgärd.....	663
18.3.3.2 Dokumenterad överenskommelse och vårdplan som formellt kvalifikationskrav.....	664
18.4 Personcentrerad vård som kompetensnormer för hälso- och sjukvårdens aktörer.....	664

18.4.1 Personcentrering som kompetensnorm för hälso- och sjukvårdens personal.....	666
18.4.1.1 Kravet på respekt och omtanke som kompetensnorm för personalen.....	666
18.4.1.2 Kravet på informerat samtycke som kompetensnorm för personalen.....	667
18.4.1.3 Kravet på informerad delaktighet som kompetensnorm för personalen.....	668
18.4.2 Personcentrering som kompetensnorm för vårdgivare.....	669
18.4.2.1 Kravet på respekt och omtanke som kompetensnorm för vårdgivaren.....	669
18.4.2.2 Kravet på integritet och informerat samtycke som kompetensnorm för vårdgivaren.....	669
18.4.2.3 Kravet på informerad delaktighet som kompetensnorm för vårdgivaren.....	670
18.4.3 Personcentrering som kompetensnorm för huvudmän.....	670
18.5 Personcentrerad vård som handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvårdens aktörer.....	671
18.5.1 Handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvårdens personal.....	672
18.5.1.1 Kravet på respekt och omtanke som handlingsdirigerande normer för personalen.....	672
18.5.1.2 Kravet på integritet och informerat samtycke som handlingsdirigerande normer för personalen.....	673
18.5.1.3 Kravet på informerad delaktighet som handlingsdirigerande normer för personalen.....	673
18.5.2 Handlingsdirigerande normer för vårdgivare.....	674
18.5.3 Handlingsdirigerande normer för huvudmän.....	675
18.6 Personcentrerad vård som målnormer för resultatstyrning.....	675
18.6.1 Målnormer avseende personcentrerad vård och patientens rätt.....	675
18.6.2 Målnormer och indikatorer avseende patientupplevelsen.....	678
18.6.3 Målnormer och indikatorer avseende personalupplevelse.....	679
18.6.4 Målnormer avseende åtgärder och dokumentation.....	680
18.6.5 Målnormer och indikatorer avseende kompetens och kompetensutveckling.....	681
18.6.6 Målnormer och indikatorer avseende systembaserade förutsättningar.....	681
 KAPITEL 19	
PERSONCENTRERAD VÅRD SOM KVALITETSNORMER.....	683
19.1 Normer för hälso- och sjukvårdens kvalitet.....	683
19.1.1 Personcentreringsnormer och andra kvalitetsnormer.....	683
19.1.2 Kvalificering av ”god vård” – hälso- och sjukvårdens fundament.....	684
19.1.2.1 Patientlagens bestämmelse om vårdens kvalitet.....	684
19.1.2.2 Patientlagens och hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.....	684
19.1.3 God vård som kvalitetskrav.....	685
19.1.3.1 Socialstyrelsens kvalitetsområden.....	685
19.1.3.2 Kvalitetsaspekter enligt den europeiska standarden för kvalitetsledning.....	686
19.1.4 Ett ramverk för hälso- och sjukvårdsprofessionen att besluta om vad som utgör en vårdåtgärd som uppfyller kravet på god vård.....	687

19.1.4.1 Skyldighet att tillhandahålla god vård inom ramen för hälso- och sjukvård som rättslig ordning	687
19.1.4.2 Tre kategorier av kvalitetsnormer	688
19.1.4.3 Vårdåtgärder och vårdförlopp baserade på kvalitetsnormer	688
19.1.4.4 Från generella kvalitetsnormer till beslut om konkreta kliniska vårdåtgärder	690
19.2 Normer för vad som är god vård	692
19.2.1 Kvalitetsnormer – i dynamiken mellan kvalitetskrav, kvalitetsegenskaper och kvalitetsbeslut	693
19.2.2 Medicinska normer	696
19.2.2.1 Normen om medicinsk verkan	696
19.2.2.2 Patientsäkerhetsnormen	697
19.2.3 Personcentreringsnormer	698
19.2.3.1 Normen om respekt och omtanke	699
19.2.3.2 Normen om integritet och informerat samtycke	699
19.2.3.3 Normen om informerad delaktighet	700
19.2.4 Hälso- och sjukvårdspolitiska normer	700
19.2.4.1 Normen om jämlik vård	701
19.2.4.2 Normen om kostnadseffektivitet	702
19.2.4.3 Prioriteringsnorm	702
19.3 Normer för diagnosspecifik tillämpning av kraven på god vård	703
19.3.1 En strukturerad och normstyrd kunskapsutvecklingsprocess	703
19.3.1.1 Kontinuerlig kvalitetsutveckling baserade på nedifrån och upp-processer	703
19.3.1.2 Kvalitetsnormer baserad på ett sofistikerat system för kunskapssökande	704
19.3.2 Diagnosspecifik vårdåtgärd	705
19.3.2.1 Sjukdomar och hälsotillstånd	707
19.3.2.2 Funktionshinder och skada på kroppsfunktioner	707
19.3.3 Kvalitetsnormernas precisering utifrån föreskrift och rekommendation	709
19.3.3.1 Myndigheternas föreskrifter och kunskapsstyrning	710
19.3.3.2 Huvudmannens instruktioner, rutiner och kunskapsstyrning	710
19.3.3.3 Vårdgivarens rutiner och kunskapsstyrning	711
19.3.4 Kvalitetsnormernas precisering utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet	711
19.3.4.1 Andras vetenskap	711
19.3.4.2 Egna studier och beprövad erfarenhet	712
19.3.5 Kvalitetsnormernas precisering genom dialog med och undersökning av patient	712
19.4 Normer för beslut, verkställighet och uppföljning i de kliniska processerna	713
19.4.1 Vårdens beslutsfattare och deras kompetens	714
19.4.2 Vårdprocessens beslut	716
19.4.3 Vårdbeslutets handlingsdirigerande utförande	718

KAPITEL 20

KVALITETSSYSTEM FÖR GOD OCH PERSONCENTRERAD VÅRD	721
20.1 Normbaserade handlingssystem för hälso- och sjukvårdens kvalitet.....	721
20.1.1 Personcentrerad vård som föremål för hälso- och sjukvårdens kvalitetsledningssystem.....	721
20.1.2 Ett ramverk för att hantera kvalitetsutveckling av hälso- och sjukvården utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv.....	722
20.2 Utveckling av vårdåtgärder och vårdförlopp utifrån dynamiken kvalitetsledning och kunskapsstyrning.....	724
20.2.1 Vårdgivarens ledningssystem för kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.....	725
20.2.2 Vårdåtgärder och vårdförlopp som föremål kvalitetsledning.....	726
20.2.3 Kunskapsstyrning som en integrerad del av vårdgivares kvalitetsledningssystem.....	727
20.3 Evidensbaserad forskning.....	728
20.3.1 Kvalitetsledning av forskning.....	729
20.3.2 Vårdgivarens ordning för säkerställande av forskningens kvalitet.....	729
20.3.3 Vårdgivarens ordning för att genom forskning utveckla vårdåtgärder.....	731
20.3.4 Vårdgivarens ordning för forskningsbaserad kunskapsstyrning.....	732
20.4 Utvärdering, inköp, förskrivning och användning av läkemedel.....	733
20.4.1 Kvalitetsledning avseende läkemedel.....	733
20.4.2 Vårdgivarens ordning för kvalitet vid utvärdering och inköp av läkemedel.....	734
20.4.3 Vårdgivarens ordning för kvalitet vid hantering av läkemedel.....	735
20.4.4 Vårdgivarens ordning för kvalitativ förskrivning och användning av läkemedel.....	736
20.4.5 Vårdgivarens ordning för kunskapsstyrning avseende läkemedel.....	736
20.5 Utvärdering, inköp, förskrivning och användning av medicintekniska produkter.....	737
20.5.1 Kvalitetsledning avseende medicintekniska produkter.....	738
20.5.2 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvaliteten vid utvärdering och inköp av medicinteknik.....	738
20.5.3 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid utveckling och egentillverkning av medicintekniska produkter.....	739
20.5.4 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvaliteten vid förskrivning och användning av medicintekniska produkter.....	741
20.5.5 Vårdgivarens ordning för att kvalitetsutveckling avseende användning m.m. av medicintekniska produkter inkluderas i kunskapsstyrning.....	742
20.6 Utvärdering, förvärv och användning av digitala resurser.....	743
20.6.1 Kvalitetsledning avseende digitala resurser.....	743
20.6.2 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid förvärv av digitala resurser.....	744
20.6.3 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid användning och uppföljning av digitala resurser.....	745

20.6.4 Vårdgivarens ordning för att kvalitetsutveckling avseende digitala resurser inkluderas i kunskapsstyrningen.....	746
20.7 Utvärdering, inköp och implementering av tjänster.....	746
20.7.1 Kvalitetsledning avseende tjänster.....	747
20.7.2 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid inköp av tjänster.....	747
20.7.3 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid implementering och tillgängliggörande av tjänster.....	748
20.7.4 Vårdgivarens ordning för att kvalitetsutveckling av hantering av externa tjänster inkluderas i kunskapsstyrning.....	749
20.8 Rekrytering och kompetensutveckling.....	750
20.8.1 Kvalitetsledning av rekrytering och kompetensutveckling.....	750
20.8.2 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid rekrytering och kompetensutveckling.....	751
20.8.3 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid utbildning för specialisttjänstgöring.....	752
20.8.4 Vårdgivarens ordning för att kvalitetsutveckling avseende personalens kompetens inkluderas i kunskapsstyrning.....	752

DEL 5. SLUTSATSER OCH REFLEKTION – FÖRMÅGAN ATT HANTERA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS OMSTÄLLNING I EN DIGITAL ERA.....755

KAPITEL 21

GAPET MELLAN PATIENTLAGEN OCH TILLÄMPNINGEN AV ”PATIENTENS RÄTT” SOM NORMER

I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN.....	759
21.1 Samspelet mellan personcentrering och patientens rätt utifrån ett normperspektiv.....	759
21.2 ”Gap-problem”.....	760
21.3 Hälso- och sjukvårdens ”governance”.....	762
21.4 Klinisk kvalitet.....	763
21.5 Del 5 och dess innehåll.....	765
21.5.1 Patientlagens tillämpning inom ramen för vårdgivarens kvalitetssystem.....	765
21.5.2 Hälso- och sjukvårdens utveckling som rättslig ordning och väloljat maskineri för utveckling.....	765

KAPITEL 22

VÅRDGIVARENS OCH PERSONALENS TILLÄMPNING AV PATIENTLAGEN.....767

22.1 Tillämpning av patientlagen inom ramen för tre integrerade systemskiften.....	767
22.1.1 Patientlagens implementering som normer och handlingssystem för att stärka patientens ställning.....	767
22.1.2 Patientlagens implementering inom ramen för hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem.....	768
22.1.2.1 Hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem för vårdåtgärder.....	769

22.1.2.2 Hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem för sammanhållna vårdförlopp.....	770
22.1.2.3 Hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem för patientjournaler och annan patientdata.....	771
22.1.3 Socio- och medikolegal design för patientlagens tillämpning.....	771
22.1.3.1 Medikolegal kvalifikation av vad som utgör vårdåtgärder, vårdförlopp och patientjournaler av god kvalitet.....	772
22.1.3.2 Översättandet av vårdåtgärdernas och vårdförloppens kvalitet i kompetensutveckling och handlingsdirigering.....	773
22.2 Normer för personcentrerade vårdåtgärder.....	775
22.2.1 Utveckling av normer och handlingssystem för vårdens kvalitet.....	775
22.2.2 Vårdgivarens normtillämpning, normbildning och kunskapsstyrning när det gäller vårdåtgärdernas kvalitet.....	777
22.2.3 Personalens normtillämpning och normbildning när det gäller vårdåtgärdernas kvalitet.....	779
22.2.4 Patientens ställning och kompetens när det gäller vårdåtgärdernas kvalitet.....	781
22.3 Normer för personcentrerade vårdförlopp.....	783
22.3.1 Utveckling av normer och handlingssystem för vårdens tillgänglighet, sammanhållning och kontinuitet.....	783
22.3.1.1 Kvalifikationsnormer för vårdens tillgänglighet och sammanhållna vårdförlopp.....	784
22.3.1.2 Kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för vårdens tillgänglighet och sammanhållna vårdförlopp.....	787
22.3.2 Vårdgivarens normtillämpning, normbildning och systemutveckling när det gäller vårdförloppens kvalitet.....	788
22.3.3 Personalens normtillämpning och normbildning när det gäller vårdförloppens kvalitet.....	789
22.3.4 Patientens ställning och kompetens när det gäller vårdförloppens kvalitet.....	790
 KAPITEL 23	
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSREFORM I SAMVERKAN MELLAN STAT, HUVUDMAN, VÅRDGIVARE OCH PROFESSION.....	
23.1 Hälso- och sjukvårdens förmåga att implementera centrala lagar och bedriva reform.....	793
23.1.1 Sociolegal design för hälso- och sjukvårdsreform.....	793
23.1.2 Utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet – i dynamiken uppifrån och ned respektive nedifrån och upp.....	794
23.1.3 En samhällsövergripande kvalitetsordning baserad på samverkan.....	795
23.2 Statens roll och ansvar för patientlagens implementering.....	798
23.2.1 Ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsreform på nationell nivå.....	798
23.2.2 Hälso- och sjukvårdspolitik på nationell nivå och EU-nivå.....	799
23.2.3 Reformarbetets formering och organisering på nationell nivå.....	799
23.2.4 Målnormerna för det nationella reformarbetet.....	800

23.2.5 Regeringens och departementens beslut och åtgärder.....	801
23.2.6 Myndigheternas beslut och åtgärder.....	802
23.2.7 Utvärdering av reformarbete och implementering på nationell nivå.....	803
23.3 Huvudmannens roll och ansvar för patientlagens implementering.....	804
23.3.1 Ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsreform på huvudmannanivå.....	804
23.3.2 Hälso- och sjukvårdspolitik på regional och kommunal nivå.....	805
23.3.3 Reformarbetets formering och organisering på läns- och huvudmannanivå.....	806
23.3.4 Målnormer för reformarbetet på läns- och huvudmannanivå.....	806
23.3.5 Huvudmannens interna beslut och åtgärder.....	807
23.3.6 Huvudmannens samverkan med andra huvudmän.....	808
23.3.7 Huvudmannens samverkan med professionsorganisationer, patientorganisationer och civilsamhället.....	808
23.3.8 Huvudmannens hantering av externa vårdgivare.....	809
23.3.9 Huvudmannens hantering av externa leverantörer av vårdrelaterade produkter och tjänster.....	810
23.3.10 Utvärdering och förbättring av reformarbete och implementering på regional nivå och huvudmannanivå.....	810
23.4 Vårdgivarens roll och ansvar för patientlagens implementering.....	811
23.4.1 Ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsreform på vårdgivar- och vårdenhetsnivå.....	811
23.4.2 Reformarbetets formering och organisering på vårdgivar- och vårdenhetsnivå.....	813
23.4.3 Målnormer för reformarbetet på vårdgivar- och vårdenhetsnivå.....	813
23.4.4 Kliniskt tillhandahållande av vårdåtgärder.....	814
23.4.5 Forskning och utveckling.....	814
23.4.6 Läkemedel.....	815
23.4.7 Medicintekniska produkter.....	816
23.4.8 Digitala resurser och intellektuella tillgångar.....	816
23.4.9 Externa tjänster.....	817
23.4.10 Rekrytering och kompetensutveckling.....	817
23.4.11 Arbetsledning och arbetsmiljö.....	818
23.4.12 Vårdens tillgänglighet.....	818
23.4.13 Journal- och patientdatahantering.....	819
23.4.14 Samverkan och samordning.....	819
23.4.15 Utvärdering och förbättring av reformarbete på vårdgivar- och vårdenhetsnivå.....	820
23.4.16 Ansvarsutkrävande vårdgivar- och vårdenhetsnivå.....	820
KÄLLOR	823
Internationella konventioner.....	823
EU:s fördrag, förordningar och direktiv m.m.....	823

Lagar.....	824
Förordningar.....	826
Regeringens propositioner.....	827
Statens offentliga utredningar.....	828
Departementsserien.....	830
Kommittédirektiv m.m.....	831
Lagrådsremisser.....	831
Utskottsbetänkanden.....	831
Rättsfall.....	832
Justitieombudsmannens beslut.....	832
Regeringens skrivelser och protokoll.....	832
Regleringsbrev, regeringsuppdrag m.m.....	832
Regleringsbrev.....	832
Regeringsuppdrag.....	833
Myndighetsföreskrifter.....	834
Inspektionen för vård och omsorg.....	834
Läkemedelsverket.....	834
Myndigheten för digital förvaltning.....	834
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.....	834
Socialstyrelsen.....	835
Vägledningar och målbeskrivningar gällande Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.....	836
Övriga myndigheters föreskrifter och allmänna råd.....	836
Standarder.....	836
Etiska normsamlingar m.m.....	838
Föreningsstadgar.....	838
EU:s strategidokument m.m.....	838
Rapporter m.m. från internationella organisationer.....	839
Utredningar och rapporter från statliga myndigheter.....	839
Rapporter från Inspektionen för vård och omsorg.....	839
Rapporter från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.....	840
Rapporter från Riksrevisionen.....	840
Rapporter från Socialstyrelsen.....	841
Rapporter från andra svenska statliga myndigheter.....	842
Rapporter från andra svenska organisationer.....	843
Statliga överenskommelser.....	843
Överenskommelser mellan staten och SKR.....	843
Andra överenskommelser.....	844

Källor från SKR och andra samverkansstrukturer.....	844
SKR.....	844
VästKom, Vårdsamverkan Västra Götaland, m.fl.....	845
Källor från Västra Götalandsregionen.....	847
Reglementen.....	847
Delegeringsordningar.....	847
Instruktioner och arbetsordningar.....	848
Strategier, policies och andra styrdokument.....	848
Rutiner och riktlinjer.....	849
Regionala beslutsprotokoll.....	851
Tjänsteutlåtanden och yrkanden.....	854
Årsrapporter.....	854
Budgetar och årsredovisningar.....	854
Revisionsrapporter.....	855
Regionala avtal.....	855
Källor från Region Stockholm.....	856
Källor från andra regioner.....	856
Källor från Göteborgs stad.....	856
Litteratur.....	856
Böcker.....	856
Artiklar.....	861
Webbsidor.....	865
 FIGURFÖRTECKNING.....	 873
 INDEX.....	 877

SUMMARY IN ENGLISH

The Patient Act and the legal enabling of person-centred healthcare

This work is about how we can use legal means to enable person-centred healthcare. It is a work that takes a holistic approach to how health care can be understood and managed from a legal perspective. With a legal approach, it is natural to start by evaluating the legal status of the patient under legislation and other key legal sources. Since 2015, Sweden has had a special Patient Act (2014:821), which was introduced to bring together rules aimed at strengthening the patient's position. The first paragraph of the act states that the act "aims to strengthen and clarify the patient's position in healthcare activities and to promote the patient's integrity, self-determination and participation". Simplified, the law aims to give the patient a strong position by giving the patient certain competences in healthcare. The patient shall, amongst other things, be given respect, receive information, be able to give consent and be involved. A characteristic feature of the Swedish model in this regard is that the patient is to be given these competences, without the patient being granted any patient rights – at least not any rights that can be enforced in court. The Patient Act is based on the idea that the patient's strengthened position should be ensured through obligations and commitments for the various representatives of the healthcare system.

The starting point for the work is that we approach the problem from two interacting hypotheses. The first hypothesis is that person-centred healthcare is made possible by the implementation of the Patient Act.* The second hypothesis is that the implementation of the "patient's right" according to the Patient Act requires that the healthcare system works to ensure that healthcare is person-centred.** This is not to say that what is prescribed in the Patient Act and what is person-centred healthcare are the same thing. What the two hypotheses together imply is that it is about recognising a certain (legal) competence of the specific individual when encountering healthcare, which includes, among other things, claims to respect, to receive appropriate information, to be able to participate and, in various regards, actively consent or refuse consent to healthcare measures.

Distinctive for the work is the "socio- and medico-legal ambition" to analyse the meaning of the "patient's right" in the context of healthcare as an organisation and system. The ambition is to go beyond analysing the rights of the patient or the obligations of the healthcare system. It is with such an approach it becomes

* Even before the Patient Act was introduced, the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis stated that the first of six recommendations for making healthcare more "patient-centred" is to implement existing legislation. See Swedish Agency for Health and Care Services Research, Report 2012:5 Patient-centredness in Swedish healthcare – An external evaluation and six recommendations for improvement.

** When the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis highlights areas that are particularly prominent for strengthening the patient's position in accordance with the Patient Act, "increased person-centredness" is at the top of the list. Swedish Agency for Health and Care Services Analysis, Report 2021:10 A law that requires a retake – Follow-up of the impact of the Patient Act, with an in-depth analysis of freedom of choice, p. 132.

so clear that the legal implementation of the Patient Act, and other laws central to the patient, is closely intertwined with the enabling of what is described as person-centred healthcare. From a socio-legal perspective, we argue that the two approaches represent what can be described as two different legal entry points into the healthcare system. The healthcare system, as we will develop below, is usually described in terms of three levels – macro level, meso level and micro level. The patient's right according to the Patient Act is a government-led reform project in which healthcare is expected to develop from a "top-down" perspective. The Act is expected to be implemented at the three levels. The work on person-centred care, on the other hand, is largely based on a "bottom-up" perspective. The focus here is on the actual encounter and relationship between the patient and the healthcare professionals. What is particularly interesting is that it is described as an ethics of action. The starting point is that it is the ethical responsibility taking that should be enabled.

The research presented in this work consists of five interlinked studies, each presented in its own section of the work. Each study consists of a specific approach in relation to the interaction between person-centred care and the implementation of the patient's right.

1. A legal-theoretical study of the interplay between person-centredness and legal creation of norms in healthcare (part 1).
2. A legal-analytical study of the "patient's right" (part 2).
3. A socio-legal study of the legal order and division of responsibility of healthcare (part 3).
4. A socio- and medico-legal study of how person-centred care should be understood based on the dynamics between ethics of action, application of norms and creation of norms (part 4).
5. A theoretically reflective study of how the learnings of the studies conducted can be summarised and developed for implementation of the Patient Act and other key healthcare legislation (part 5).

For each study, we have set out an overarching research question, which we have then broken down into several underlying questions. The underlying questions are addressed in separate chapters.

A legal theory study of the interplay between person-centredness and legal creation of norms in healthcare

The first study of the work has already been presented in the first part of the summary. This study can be described as a theoretical work aimed at framing and enabling the other studies. The overarching question for this theoretical study is how to enable person-centred care through legal means. Theoretically, the challenge is how to break down the question to make it manageable. The following research questions have been posed and, if not answered, at least addressed in the above presentation:

- How can we (theoretically) understand the interaction between the regulatory content of legislation and regulation, in relation to implemented norms in healthcare as a legal governance (chapter 2)?
- How can we use a socio-legal approach and theoretical framework to describe the policy work and research that has been conducted on person-centred healthcare (chapter 3)?
- What characterises the ethics of action perspective on person-centred care and what is important to consider when developing a norm-based approach (chapter 4)?

Methodologically, it has mainly been a matter of theoretical empiricism in which we based on previous work have reflected on the questions posed. Each question has been addressed in a separate chapter. Hopefully, it has become clear how the analysis in relation to the previous question has paved the way for how to approach the subsequent question.

A legal analytical study of the “patient’s right”

The second study, presented in part 2, is an evaluation of how the strengthening of the legal status and competence of patients under the Patient Act enables the development of person-centred care. The main question of the study is how we can understand the implications of the so-called patient empowerment work in general, and the provisions of the Patient Act in particular, in relation to what constitutes person-centred healthcare. We have broken this main question down into a number of sub-questions:

- What is the purpose and underlying ideas of the Patient Act (chapter 7)?
- What are the implications of the legal discourse regarding whether the content of the Patient Act can be understood as patient rights (chapter 8)?
- How is the role of the patient qualified within the healthcare legal governance system (chapter 9)?
- To what extent and how should the provisions of the Patient Act be understood and implemented as norms of competence and norms of action direction for patients, healthcare professionals and healthcare providers (chapter 10)?
- To what extent has the Patient Act been implemented and what barriers to implementation have been identified (chapter 11)?

The analysis of each question is consequently related to the conditions for developing person-centred healthcare. With regard to the first sub-question, i.e. the analysis of the purpose and underlying ideas of the Patient Act, the analysis is primarily limited to the preparatory work of the Patient Act. Here we analyse, among other things, the extent to which we can discern efforts towards person-centredness. We analyse the National Commission on Patient Empowerment and the subsequent bill, as well as the highly interesting opinion of the

Council on Legislation.^{***} To some extent, the preparatory work for previous legislation is also analysed.

As regards the question of whether or not patient rights exist, we conduct both a legal-dogmatic analysis of how the Patient Act is constructed in this respect and a legal-theoretical reflexive study of the phenomenon of rights in the context of healthcare. The analysis is directly related to how we can understand the legal status of the patient – also from a person-centred approach. We use a similar methodological approach when we analyse the qualification of the patient role. Here we place particular emphasis on the socio-legal analysis of the patient role as a legal subject in the healthcare governance system.

The most prominent and also labour-intensive sub-question in this first study is how the provisions of the Patient Act are to be understood and implemented as norms of competence and norms of action direction for patients, healthcare professionals and healthcare providers. Methodologically, it is primarily a question of a legal-dogmatic analysis of what is regulated in the Patient Act and what has been stated in the preparatory works of the act. We follow the outline of the act and go through chapter after chapter. In the dogmatic analysis, we also highlight provisions in other laws that contain identical or similar provisions. Particularly relevant are, as noted, the Health and Medical Services Act, the Patient Safety Act and the Patient Data Act. We will start from the discussion of the extent to which the Patient Act is goal-rational or norm-rational. A distinctive feature of our analysis is that we continuously reflect on how each provision can be understood and interpreted as norms of competence and norms of action direction for the various actors in the healthcare system. Of particular relevance is, of course, how they can be understood as norms of competence for patients. At least as interesting is how the general ambition of “obligation legislation” is to be translated into more concrete norms of competence and norms of action for healthcare providers and the various professions in the healthcare system. It is at this level that we concretise the analysis of how the implementation of the provisions of the Patient Act interplays with the development of person-centred care. It is to a large extent about setting the scene for further analysis.

Regarding the analysis of the implementation of the Patient Act, we will not in this part conduct our own empirical analysis, but will refer exclusively to the series of evaluations carried out by the Swedish Agency for Health and Social Care Analysis. Our analysis is limited to reflecting on the studies and the conclusions drawn from a socio-legal perspective.

A sociolegal study of how state healthcare reform is carried out and implemented in the healthcare system as a legal order

In a third study, presented in part 3, we evaluate how the implementation of the Patient Act requires a more comprehensive reform effort. Here we apply a top-down perspective on the transformation and development of the healthcare

^{***} SOU 2008:127 The patient's right – Some proposals to strengthen the patient's position. Prop. 2013/14:106 Patient Act.

system. A central task is to map how healthcare can be understood as a legal governance system. The overarching question for this study is what constitutes the most central actor-based (role-based) governance systems to relate to when it comes to implementing the provisions of the Patient Act and developing person-centred care. The study is based on an evaluation and mapping of who the most central legal actors/legal subject are at micro, meso and macro level. We start from a developed understanding of the state, regions and municipalities as legal entities and organisations. Based on this initial assessment, we have set out the following sub-questions:

- *State governance responsibility*: How does the state govern healthcare and how can the state enable and ensure that the Patient Act is implemented, and that healthcare is person-centred (chapter 13)?
- *Healthcare principal**** responsibility*: How do regions and municipalities exercise their healthcare principal responsibility and how can they enable and ensure that the Patient Act is implemented, and that healthcare is person-centred (chapter 14)?
- *Healthcare provider responsibility*: How do healthcare providers organise and lead healthcare delivery and how can they enable and ensure that the Patient Act is implemented, and that healthcare is person-centred (chapter 15)?
- *Profession responsibility*: How do the different healthcare professions develop their professional responsibility and how can they enable and ensure that the Patient Act is implemented, and that healthcare is person-centred (chapter 16)?

There is no doubt that this part of the work is the most extensive and demanding. The ambition is therefor to clarify how healthcare is organised and managed as legal governance, to thereby clarify the responsibilities that different actors in healthcare reasonably have to implement patient rights and enable person-centredness. Starting from the state governance and healthcare principal, we map legal governance systems that typically develop within the framework of and in connection with healthcare as a system and organisation. In the study, we will focus on the reform work currently taking place regarding “Good and close care” and “A national coherent system for knowledge-based care”. After conducting orientated studies, it was our conclusion that these are two reforms that have great ambitions in terms of the transformation of healthcare. Our assessment then, as now, is that both reforms are particularly interesting from the perspective of implementing patient rights and enabling person-centred healthcare.

Methodologically, the study is based on an analysis of legal sources governing regional and municipal healthcare, such as the Instrument of Government, the Local Government Act, the Administrative Procedure Act, the Health and Medical Services Act, etc. The study is also based on an analysis of the legal order regarding state, regional, municipal and also private healthcare. We also analyse what can be described as the profession sphere. After defining specific governance systems,

**** We have translated the Swedish term “huvudman” to “healthcare principle”, to distinguish the health authorities role of being both the principle of the system and the provider of healthcare.

we conduct more detailed socio-legal analyses of these. We have chosen to use the healthcare system in Region Västra Götaland as an example when analysing the healthcare principal responsibility. Analytically, we go through relevant policy documents. An extensive socio-legal task has been to evaluate and trace the decision-making order and the concrete decision-making taking place relevant to the implementation of the Patient Act and the enabling of person-centred care. To some extent, we will compare with management etc. in other regions, such as Region Stockholm. In terms of healthcare provider responsibility, we will specifically study Sahlgrenska University Hospital and other healthcare providers in Region Västra Götaland. Methodologically, we will thereby conduct a number of more empirically oriented socio-legal studies of how different actors operate within the framework of healthcare as a system and organisation.

A socio- and medico-legal study of how person-centred care is enabled in the context of application of norms and creation of norms

A fourth study looked at how legal means can enable person-centred care. This study is presented in part 4. It is within the framework of this study that we develop a bottom-up perspective on how healthcare develops as a system and legal governance. The overarching question for this study is how to understand person-centred healthcare as norms – seen in the light of the “patient’s right”. As mentioned, we distinguish between the legal rules of legislation and legal norms implemented within the framework of the healthcare governance system. The ambition is to build on the analysis that has been made in relation to the previous research questions, and then ask ourselves how we can contribute to the work of person-centred healthcare. This is characterised by the normative ambition to manage healthcare as norm-based systems. Distinctive is that we apply a medico-legal perspective on how actual care is carried out within the framework of quality-oriented governance systems. The medico-legal perspective means that we see specific care measures as both medical and legal phenomena. An important normative starting point is to safeguard person-centredness as an ethics of action for the individuals providing in healthcare. Also for this study, we have set out a number of research questions:

- How can and should person-centred care be understood from a normative perspective, and how can and should the Patient Act and other legal rules be implemented to enable creation of norms regarding person-centred care (chapter 18)?
- How can and should the person-centred approach be included in the creation of norms process that underpins the qualitative development of healthcare (chapter 19)?
- How can and should healthcare be used as a quality management system (chapter 20)?

An important element of this bottom-up medico-legal analysis is the evaluation of how person-centred care as a norm relates to equal care, cost-effective care,

and other norms. How should healthcare professionals deal with the complexity of norms and the possible collision of norms? It is interesting to what extent “good care” as a construction of norms can be considered to include both the patient’s right under the Patient Act and the development of person-centred care. Of particular interest in this context are evaluations of how that which has scientific evidence and is proven by experience acts as a creation of norms process. It is important to evaluate the implications of digitalisation and the knowledge management that is thereby enabled. We are also interested in clarifying how innovation activities, for example regarding digital medical technology, enable a norm-based development of healthcare.

The ambition is that this more normative analysis will result in a norm-oriented framework that can be used when working towards a more person-centred healthcare. Pedagogically, the framework is built around normative questions, i.e. questions that are used when developing and providing healthcare. The framework is aimed at those working at virtually all levels of the healthcare system. The idea is that it can also be used in further research and training.

A summarised theoretical study of how the Patient Act can be implemented and person-centred care can be enabled

In a fifth and final part, we ask how the analysis carried out in this work can be summarised and what conclusions we can draw in terms of how more interventionist healthcare legislation can be implemented. We have formulated two more normative questions:

- What reflections and conclusions can we make regarding how a law such as the Patient Act can be implemented within the organisation of a healthcare provider (chapter 22)?
- What reflections and conclusions can we make about how healthcare reform is carried out in collaboration between the different levels of the healthcare system (chapter 23)?

The ambition is to develop how the provisions of the Patient Act can be translated into norms and governance systems in the legal governance of the healthcare system. We are particularly interested in demonstrating the legal feasibility of reform efforts at the macro, meso and micro levels of healthcare. Throughout, we are interested in clarifying how the implementation of the Patient Act enables person-centred care.

FÖRORD

Denna bok fokuserar på *patienten* som den roll och det subjekt kring vilket hälso- och sjukvården som system är utvecklat. Alla människor ikläder sig mängder av olika *roller*. Det kan vara frågan om att vara förälder, fastighetsägare, arbetstagare, verksamhetschef, ordförande i fotbollsklubben, medborgare o.s.v. En av de mest utmanande roller vi alla förr eller senare kommer att behöva ikläda oss är *rollen som patient, brukare och vårdtagare*. Många av oss kommer att uppleva att detta är en av de mest utsatta och svårhanterliga roller vi har att hantera i våra liv. För dem av oss som är kroniskt sjuka, multisjuka, har sällsynta sjukdomar m.m. betyder det att vi kommer att behöva utveckla en omfattande förmåga att hantera ett komplext, och åtminstone i vissa avseenden, fragmenterat hälso- och sjukvårdssystem. Utmärkande för rollen är att det föreligger beroendeförhållanden till mängder av andra roller och strukturer. Särskilt påtagligt är beroendeförhållandet till hälso- och sjukvårdspersonalen. I hälso- och sjukvården finns i dag 22 olika hälso- och sjukvårdsyrken som kräver legitimation och ett som kräver bevis om skyddad yrkestitel. Hälso- och sjukvårdens huvudmän är landets 21 regioner och 290 kommuner. Verksamheterna som utför själva vården, de s.k. vårdgivarna, kan vara en del av regionerna och kommunerna, men är numera i stor utsträckning privata bolag och andra associationer. I vissa fall är vårdgivarna också statliga. Även om staten inte är huvudman för hälso- och sjukvården är lagstiftaren (regering och riksdag) och många av de statliga myndigheterna synnerligen involverade i hälso- och sjukvårdens styrning och utveckling. Betecknande för detta arbete är att vi ser patientrollen som en rättslig roll inom ramen för hälso- och sjukvården som en rättslig ordning och handlingsystem på ett flertal olika nivåer i samhället.

År 2015 antogs en patientlag som har till syfte att i olika avseenden stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har vid ett flertal tillfällen utvärderat lagens tillämpning och konstaterat att lagen i stora delar inte implementerats i hälso- och sjukvården. Då lagen saknar möjligheter för patienter att driva sina "rättsanspråk" vid domstol är det ett rimligt förhållningssätt att ifrågasätta om inte lagen behöver tillföras förutsättningar i detta avseende. I detta arbete är vi dock mer intresserade av att utvärdera och förstå hur implementeringen kan ske och hur man inom ramen för implementeringsarbete måste utveckla en rättslig ordning för en personcentrerad vård. Särskilt intressant, vilket också varit ett skäl till det omfattande arbete som ligger till grund för denna bok, är hur man i den s.k. Patientmaktsutredningen konstaterar att lagens införande är ett led i en mer omfattande makt- och perspektivförskjutning inom hälso- och sjukvården.* Perspektivförskjutningen innebär att hälso- och sjukvården i allt högre grad måste utvecklas utifrån patientens behov och livssituation. Samtidigt innebär maktförskjutningen att patienten och andra inom patientsfären tar större del i hälso- och sjukvården. Det står sedan länge klart att detta är ett paradigmskifte som är intimt förknippat med den tekniska utveckling och digitalisering som sker.

* SOU 2013:2 Patientlag s. 158.

Hälso- och sjukvårdssystem tillhör de system som i stor utsträckning präglas av de samhällsförändringar vi ofta betecknar som digitaliseringens och kunskaps-samhällets intåg. Det råder exempelvis ingen tvekan om att digitala innovationer och AI (artificiell intelligens) påverkar hälso- och sjukvården i grunden. Det skapas mängder av nya förutsättningar för patienter att få kunskap om sin sjukdom och vårdbehov. Genom digitala lösningar erbjuds mängder av stödsystem och möjligheter till egenvård. Innovationsverksamhet och digitalisering är som vi ser det primärt en konstruktiv kraft, men den generar också mängder av utmaningar och risker. Vi har redan konstaterat att vad som är god vård konstant förändras med utgångspunkt i nya vetenskapliga rön, medicintekniska lösningar m.m. genererade av såväl offentliga som privata aktörer på en internationell arena. På ett övergripande plan, såväl som i konkreta projekt, finns det fortlöpande anledning att ifrågasätta risken med att hälso- och sjukvården som fundamental välfärdsinstitution påverkas i en icke önskvärd riktning. Ur vårt perspektiv är det i den tid vi lever särskilt viktigt att vi har förmåga att förstå och hantera hälso- och sjukvården som system. Frågan om systemansvar är inte endast en fråga för dem som svarar för styrning och policy i förhållande till hälso- och sjukvård, utan för alla som verkar i och för hälso- och sjukvårdssystemet. Utmärkande för digitaliseringens inverkan på hälso- och sjukvård är att den möjliggör systemutveckling framför allt på mikronivå, dvs. i samspelet mellan patienten, vårdpersonalen och andra aktörer.

För oss utvecklades ett särskilt intresse för att möjliggöra och bidra till ett systemkunnande och ett systemansvar för dem som har att hantera den potential och även de risker som följer av innovationsverksamhet kopplat till hälso- och sjukvård. Vi insåg vikten av forskning som förklarar hur hälso- och sjukvården fungerar som system och rättslig ordning inom ramen för staten, regionerna, kommunerna och även privat verksamhet. Det blev för oss tydligt att det krävs ett sociolegalt ”helhetsgrepp”. Det är enligt vår mening först när man förstår denna ordning mer i detalj som man har förutsättningar att hantera det systemskifte och de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför.

Utmärkande för denna bok är således att vi betraktar hälso- och sjukvård som en rättslig ordning baserad på normer, dvs. som instruktioner för vem som kan ikläda sig en viss roll, vilket ansvar och kompetens denne har, vad som är god vård, vad som är påbjudna beteenden o.s.v. Med ett sociolegalt perspektiv är det närliggande att fråga sig vad som krävs för att implementera patientlagen i hälso- och sjukvården som system. Vi frågar oss hur lagstiftning behöver kompletteras med annat statligt reformarbete för att implementeras av regionerna och kommunerna som huvudmän för hälso- och sjukvården. Lika intressant utifrån ett sociolegalt perspektiv är hur regionerna och kommunerna bedriver hälso- och sjukvårdsreform och hur detta arbete implementeras genom vårdgivarnas arbete. Samarbetet med dem som forskar om personcentrerad vård påvisade tidigt hur viktigt det är ta avstamp i hälso- och sjukvårdspersonalens etiska ansvar i förhållande till patienten. Vi insåg i dialog med dessa forskare vikten av att utveckla ett sociolegalt perspektiv på hur det personcentrerade arbetssättet kan möjliggöras genom systemutveckling. I bokens fjärde och även femte del kommer vi att utveckla ramverk för hur vi kan förstå och även bedriva *hälso- och sjukvård som norm med särskilt fokus på personcentrering som normerande*

grundbult. Det är ett ramverk som påvisar samspelet mellan hälso- och sjukvård som system och verksamhet. Hälso- och sjukvårdssystem består av normer, vilka förväntas tillämpas i verksamheten. Samtidigt generar erfarenhet och lärande ny evidensbaserad kunskap som förväntas översättas till systemintegrerade normer om hur hälso- och sjukvård ska bedrivas.

Det har varit en lång resa att ta oss dit vi befinner oss nu vad gäller förståelsen för den svenska hälso- och sjukvården. Vi är alla tre jurister som bedriver rättsvetenskaplig forskning. Samtidigt är vi sedan länge intresserade av medicinsk, teknisk och digital innovation. Vi är verksamma inom Institutet för innovation och samhällsförändring (IIS) vid Handelshögskolan, Göteborgs universitet och Chalmers School of Entrepreneurship (CSE) vid Chalmers tekniska högskola (och tidigare även Sahlgrenska School of Innovation och Entrepreneurship (SSIE) vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet). Redan när vi i början på 2000-talet etablerade samarbetet mellan juridiska institutionen och Sahlgrenska akademien hade vi uppfattningen att i princip allt förändringsarbete förknippat med hälso- och sjukvård förutsätter omfattande systemförståelse. Som systembygge är hälso- och sjukvården å ena sidan offentligt planerade och rättsligt reglerade system och å andra sidan system som befinner sig under konstant förändring med hög innovationstakt och påverkan från marknadskrafter.

Vad som banade väg för en övertygelse om att vi måste ta ett helhetsgrepp kring hälso- och sjukvård som ett systembygge var lärdomarna som följde av att vi projektmässigt tydliggjort för oss själva att när vi verkar inom ramen för ett så komplext system som hälso- och sjukvården måste vi ha ett tydligt fokus på vad som är systemets fundamentala normer och kärnvärden. *Vilka normer och värden har i praktiken förutsättningar att styra hälso- och sjukvårdens kvalitet?* När vi inom ramen för entreprenörsskolorna etablerade en projektmiljö för innovations- och designprojekt inom hälso- och sjukvård (Healthcare Inc.) bestämde vi att alla projekt ska ta utgångspunkt i patienternas behov och situation. Det låter självklart – hälso- och sjukvårdssystemet är ett system som är skapat för att tillgodose patienternas behov. I någon mening är det säkerligen också en självklarhet för alla som arbetar med hälso- och sjukvård. Det är samtidigt en sak att på individnivå inse vikten av att patienten som person måste respekteras och göras delaktig i sin vård. Frågan är vilket utrymme det finns inom ramen för ”systemet”. Har vi ett hälso- och sjukvårdssystem som de facto möjliggör eller som begränsar? Kanske är det t.o.m. så att vi som verkar inom och för hälso- och sjukvårdssystemet inte har förmåga att överblicka systemförändringar och deras innebörd utifrån ett patientperspektiv? Vi insåg behovet av en praktisk metodik för att förstå och hantera *hälso- och sjukvården som system baserade på normer*, en metodik att använda för att utvärdera förändringsbehov, möjliggöra förändringar, hantera risker och motverka icke önskvärd omvandling.

Detta är ett projekt som har bedrivits inom ramen för GPCC Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet. Inom ramen för verksamheten inom detta centrum fick vi möjlighet att utveckla ett program för ”hälso- och sjukvård som norm”. Ambitionen med detta program är att med ett sociolegalt perspektiv på hälso- och sjukvården som system, och med ett medikolegalt perspektiv på de kliniska vårdinsatserna, påvisa hur personcentrerad vård kan möjliggöras.

Från första stund har vi känt oss varmt välkomna och mottagna i den stora familjen av forskare, patientföreträdare, hälso- och sjukvårdsanställda m.fl. som utgör GPCC. Vi vill särskilt tacka föreståndaren för GPCC, som först var Joakim Öhlén och nu är Axel Wolf, för deras stora engagemang och stöd till vårt arbete.

Den sociolegala och medikolegala forskning som bedrivits i detta arbete har i huvudsak bestått i att analysera styrdokument. Vår rättsempiriska ambition att utvärdera hälso- och sjukvården som rättslig ordning på makro-, meso- och mikronivå innebar att vi konfronterades med ett gigantiskt underlag i detta avseende. Arbetet återspeglas inte minst i källförteckningen. För oss har det varit helt avgörande att kontinuerligt möta hälso- och sjukvårdens ordning utifrån ett projektperspektiv. Detta har vi valt att i stor utsträckning göra utanför den strukturerade forskningen. Vi har kontinuerligt analyserat hälso- och sjukvården utifrån specifika utvecklings- och innovationsprojekt. En viktig lärandeprocess för oss har iscensatts inom ramen för projektet ”Mer Hemdialys för Hälsa, Livskvalité och Kostnadskontroll genom ett Personcentrerat Arbetssätt”. Detta är ett utvecklingsprojekt som till del finansieras av EU Interreg. Vi har i detta projekt fått möjlighet att brottas med systemrelaterade utmaningar förknippade med hemdialys och därtill relaterad innovationsverksamhet. Av stor betydelse för oss har vårt arbete med medicinteknisk innovation och utveckling varit. Tillsammans med Sahlgrenska Science Park, Västra Götalandsregionens Innovationsplattform och Gothia Forum har vi utvärderat rättsliga utmaningar förknippade med att driva utvecklingsprocesser i samverkan mellan offentlig forskning, näringsliv och hälso- och sjukvård. Vi har haft möjlighet att följa ett relativt stort antal medicinteknikprojekt. Detta är ett arbete som möjliggjorts genom Medtech4Health och finansierats av Vinnova respektive Västra Götalandsregionen. Vidare har vi lärt oss mycket genom att vara delaktiga i arbetet att underlätta för barn med sällsynta diagnoser. Vi är särskilt tacksamma för att få ta del av arbete som bedrivs inom Ågrenska och Drottning Silvias Barnsjukhus.

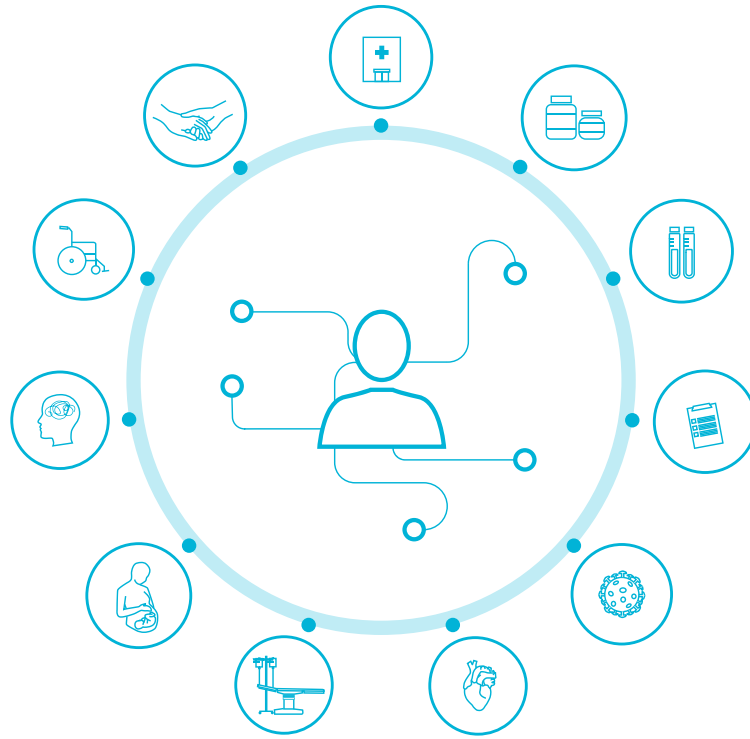
Att ta sig an ett så omfattande forskningsprojekt som detta har inte varit ett självklart beslut. I detta sammanhang har det varit viktigt med inspirationskällor. En viktig sådan är Håkan Hydén och hans arbete med att utveckla det sociologiska perspektivet på rätten i allmänhet och normvetenskapen i synnerhet. En annan viktig inspirationskälla är Lotta Vahlne Westerhäll och hennes ansvarstagande för den rättsliga utvecklingen av vård och omsorg. Hon är också en av dem som bidragit till att Juridiska institutionen i Göteborg för oss alltid har varit en arbetsmiljö som stimulerat nytänkande. En ytterligare akademisk förebild är Inger Ekman som är en betydelsefull pionjär när det gäller personcentrerad vård. Tillsammans tydliggör de olika perspektiv dessa personer representerar hur viktigt det är att utveckla den sociolegala rättsvetenskapen just i förhållande till hälso- och sjukvården. Detta för att bidra till att den mer traditionella rättsvetenskapliga hälso- och sjukvårdsforskningen kan integreras med såväl den forskning som fokuserar på hälso- och sjukvårdens styrning och ”governance”, som den mer kliniskt orienterade forskning som ligger till grund för vårdens kvalitativa utveckling. Just i förhållande till denna brobyggarambition har vi haft förmånen att kunna luta oss mot Eric Carlström som genom sin egen omfattande forskning och sitt holistiska synsätt på hälso- och sjukvården banat väg för vårt projekt.

Det är många personer som under arbetets gång bidragit till och underlättat detta arbete. Utan att inbördes rangordna de olika bidragen vill särskilt tacka Anders Olausson, Anders Printz, Ann Törnell, Annika Eliasson, Ann-Marie Wennberg Larkö, Axel Wolf, Bengt Kristensson Uggla, David Edvardsson, David Ryffé, Eric Carlström, Eskil Degsell, Eva-Britt Eklöf Petrusson, Ewa Wikström, Faramarz Agahi, Filip Bladini, Göran Hessling, Hanna Gyllensten, Hans-Inge Persson, Henrik Mindedal, Håkan Billig, Håkan Gustafsson, Håkan Hedman, Inger Ekman, Jan Törnell, Jana Bergholtz, Jeanette Tenggren Durkan, Joakim Öhlén, Kajsa Westling, Karl Pettersson, Karl Swedberg, Klara Nordin, Lena Bergling, Lena Strömberg, Lina Emmesjö, Lisbeth Löpare Johansson, Margareta Haag, Margareta Wallin Petersson, Marie Sten, Mats Glavå, Mikael Baaz, Nader Stenberg, Rolf Åström, Sara Stendahl, Simon Borkmann, Tomas Lindroth och Torbjörn Odlöw. Ett särskilt tack riktas till Karin Petrusson som formgivit bokens omslag och flera av bokens bilder. Vi riktar också ett särskilt tack till Daniel Flodin som har gjort sättningen av boken och den grafiska formgivningen av våra modeller.

Vi blev tidigt plågsamt medvetna om att en forskningsbaserad ambition om ett helhetsgrepp avseende hälso- och sjukvården som system går stick i stäv med en ambition att genomföra en tydligt avgränsad forskningsuppgift. Det blev uppenbart att det inom ramen för ett sådant helhetsgrepp är omöjligt att lyfta på alla stenar som skulle behöva lyftas på för att säkerställa att vi har förstått hälso- och sjukvårdssystemets alla inslag och detaljer. Sätillvida är detta ett pågående arbete och förevarande publikation kan förstås som ett avtryck av var vi befinner oss i vårt forskningsbaserade lärande. Vi är följaktligen väl medvetna om att mycket av det i sig omfattande analysresultat som presenteras i detta arbete kommer att behöva vara föremål för fortsatt diskussion och forskning. Ambitionen är som sagt att sätta scenen för ett mer socio- och medikolegalt präglat reform- och utvecklingsarbete av hälso- och sjukvård. Det är vår övertygelse att ett sådant behövs inte minst för att säkerställa att patientlagen implementeras och att personcentrerad vård möjliggörs.

Göteborg den 23 december 2024
Ulf, Christoffer och Anna

DEL I



INTRODUKTION

”Patienterna kräver inte bara en god medicinsk vård – utan även personligt engagemang, god information samt delaktighet och medinflytande. Även inom vårdsektorn har det blivit alltmer vanligt att ta hänsyn till serviceaspekter på verksamhetens utformning och inriktning.”

SOU 1979:78 Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag s. 250.

KAPITEL I

PATIENTENS RÄTT TILL PERSONCENTRERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

1.1 Patientlagen och det rättsliga möjliggörandet av personcentrerad hälso- och sjukvård

Detta arbete handlar om hur vi med rättsliga medel kan möjliggöra personcentrerad hälso- och sjukvård.¹ Det är ett arbete som tar ett helhetsgrepp om hur hälso- och sjukvården kan förstås och hanteras utifrån ett rättsligt perspektiv. Med en rättslig ansats faller det sig naturligt att börja med att utvärdera vilken rättslig ställning patienten har enligt lagstiftning och andra centrala rättskällor. I Sverige har vi sedan 2015 en särskild patientlag (2014:821) som tillkom för att samla regler som syftar till att stärka patientens ställning. I lagens första paragraf stadgas att lagen ”syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet”. Förenklat syftar lagen till att ge patienten en stark ställning genom att ge patienten viss kompetens i hälso- och sjukvården. Patienten ska bland annat ges respekt, få information, kunna ge samtycke och vara delaktig. Karaktäristiskt för den svenska modellen i detta avseende är att patienten ska ges denna kompetens, utan att patienten tillerkänns några patienträttigheter – åtminstone inte några rättigheter som kan göras gällande i domstol.² Patientlagen bygger på tanken att patientens stärkta ställning ska säkerställas genom skyldigheter och åtaganden för hälso- och sjukvårdens olika företrädare.

Det är numera alltmer erkänt bland personer som är ansvariga för hälso- och sjukvård att det är eftersträvänsvärt att verka för ökad personcentrering och en stark ställning för patienter.³ Samtidigt har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) vid ett antal utvärderingar kunnat konstatera omfattande brister när det gäller patientlagens tillämpning och implementering.⁴ Utgångspunkten för detta arbete är att det fortfarande föreligger ett stort behov av att implementera patientlagens bestämmelser och att denna implementering är nära förbunden med ambitionen att möjliggöra en personcentrerad hälso- och sjukvård. För att möjliggöra en sådan implementering krävs en utvecklad förståelse för hälso- och sjukvård som normer och av hälso- och sjukvårdssystemet som normerande processer.

Utmärkande för detta arbete är följaktligen att vi har en ”sociolegal ambition” att analysera innebörden av ”patientens rätt” inom ramen för hälso- och sjukvården som verksamhet och system. Ambitionen är att gå bortom att analysera

1 Hälso- och sjukvård består enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) av åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Vidare innefattas sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. Se 2 kap. 1 §.

2 I detta arbete kommer vi förhålla oss till det av Vahlne Westerhäll använda ”kvasi-rättigheter”. Se nedan i avsnitt 2.2.

3 Se bland annat SKR:s webbsida, Personcentrerad vård i Sverige.

4 Se nedan i avsnitt 2.2.

vilken rätt patienten har eller vilka skyldigheter hälso- och sjukvården har. Det är med en dylik ansats som det blir så tydligt att den rättsliga implementeringen av patientlagen, och andra för patienten centrala lagar, är nära sammanflätad med möjliggörandet av det som beskrivs som personcentrerad hälso- och sjukvård.

Det är i sig inte uppenbart vad vi menar med personcentrering av hälso- och sjukvård.⁵ I sin enklaste form handlar det om att patienten som subjekt inte ska "objektifieras" eller "avhumaniseras", utan att den reella personen sätts i centrum och ska ges utrymme att på olika sätt påverka och även delta i sin egen vårdprocess.⁶ Tydliggörande i sammanhanget är diskussionen om själva begreppsanvändningen.⁷ Begreppet är numera relativt flitigt använt både inom policy och forskning.⁸ Ett ofta angivet skäl emot att använda begreppet patientcentrering är att patienten som begrepp förknippas med en objektifiering av själva sjukdomstillståndet.⁹ Fokus på "person" är följaktligen betingat av ambitionen att lyfta fram människan och det humana. Vissa menar att man bör lyfta fram själva "partnerskapet" mellan vårdgivare och vårdtagare.¹⁰ Patientens roll att ta aktiv del i sin egen vårdprocess är ett centralt tema i arbetet med personcentrering. Det är inte ovanligt att i sammanhanget lyfta fram betydelsen av "egenvård" (self-care).¹¹ På internationell nivå diskuteras utvecklingen bl.a. utifrån begreppen "integrated and people-centred health care".¹²

Ett genomgående tema för diskursen om personcentrering är den bakomliggande kritiken av de "traditionella förhållningssätten" inom hälso- och sjukvården.¹³

5 För närmare problematisering av begreppsbildningen se bl.a. Nolte, Merkur, and Anell, *The person at the centre of health systems – an introduction* s. 1–18.

6 Även i arbeten riktade till praktiker konstateras att personcentrering kan betyda olika saker. "The term 'person-centred care' is used to refer to many different principles and activities, and there is no single agreed definition of the concept. This is partly because person-centred care is still an emerging and evolving area." The Health Foundation. *Person-centred care made simple – What everyone should know about person-centred care* s.7.

7 När det gäller det mer internationella begreppet "person centred care" har det konstaterats att det är en "continuing debate about its actual meaning in the health care context vis-à-vis concepts such as "patient centred", "user centred", "family centred" or "people-centred" care, or indeed "personalized health-care"". Se Nolte, Merkur and Anell. *The person at the centre of health systems – an introduction* s. 1.

8 Se Rosengren, Brannefors, and Carlström, *Adoption of the concept of Person-centred care into discourse in Europe: A systematic literature review*.

9 Det har i utredningar om personcentrering bl.a. konstaterats att "traditionella förhållningssätt beskrivs i litteraturen som alltför sjukdomsorienterade, där patienten främst ses som en uppsättning tecken och symptom och där medarbetarna i hälso- och sjukvården förminskas till tjänsteleverantörer som ger en viss behandling eller utför en specifik metod". Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2018:8. *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård* s. 30.

10 Ett förekommande begrepp är "medskapare". Se Vårdanalys, Rapport 2018:8. *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för mer personcentrerad hälso- och sjukvård*.

11 Se exempelvis World Health Organization (WHO) *Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health* s. 8 där man konceptuellt lyfter fram betydelsen av "person centric care".

12 WHO, *Strengthening integrated, people-centred health services. Sixty-ninth world health assembly – agenda item 16.1*. Jfr WHO – Western Pacific Region. *People Centred Health Care – A policy framework*.

13 Stewart konstaterar: "Patient centredness is becoming a widely used, but poorly understood, concept in medical practice. It may be most commonly understood for what it is not – technology centred, doctor centred, hospital centred, disease centred." Stewart M. *Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care*.

I enlighet med vad som redan sagts handlar det om slutsatser som att hälso- och sjukvården är alltför sjukdomsorienterad, vilket innebär att patienten främst ses som en uppsättning tecken på medicinska tillstånd och symptom.¹⁴ En annan slutsats avser hälso- och sjukvården som system, där de traditionella förhållningssätten anses vara alltför styrnings- och medarbetarcentrerade. Innebörden härav är att patienten osynliggörs och att behov i vissa avseenden inte tillgodoses. Betecknande är också kritiken av hälso- och sjukvårdens fragmentisering, där det är svårt för den enskilde patienten att få överblick över helheten och på så vis inte har förutsättningar att navigera i hälso- och sjukvården som organisation.¹⁵ En ytterligare dimension, avseende personcentrerad hälso- och sjukvård, är individens och dennes närståendes behov av att kunna hantera kroniska sjukdomar m.m. genom bl.a. egenvård. Utvecklingen av det personcentrerade förhållningssättet handlar följaktligen i stor utsträckning om att ta sig an hälso- och sjukvårdens utmaningar. Ett personcentrerat förhållningssätt inbegriper, som vi kommer att utveckla nedan, ett antal olika förhållningssätt och lösningar. Gemensamt är att de i olika avseenden handlar om att ge patienten en, utifrån ett normerande perspektiv, stark ställning.

Vad som gör dynamiken mellan innebörden av ”patientens rätt” och utvecklandet av personcentrerad hälso- och sjukvård särskilt intressant, är den i förarbetena till patientlagen uttalade ambitionen att åstadkomma något av ett paradigmskifte för hälso- och sjukvården. I Patientmaktsutredningen, vilken låg till grund för patientlagen, fastslår man syftet att åstadkomma en makt- och perspektivförskjutning inom hälso- och sjukvården.¹⁶ Perspektivförskjutningen innebär att hälso- och sjukvården utvecklas från ett verksamhets- och yrkesperspektiv till ett patientperspektiv.¹⁷ Maktförskjutningen handlar om att patienten ska ges mer utrymme och vara mer delaktig i hälso- och sjukvården. I Patientmaktsutredningen tydliggörs också att man tagit ett påtagligt intryck av den forskning m.m. som bedrivits avseende det man i utredningen fortfarande betecknar som patientcentrerad vård.¹⁸ Numera är det relativt klarlagt att denna paradigmatiske omvandling är nära förknippad med digitaliseringen av hälso- och sjukvården.¹⁹

1.2 Arbetets problemställning och föremål

På ett övergripande plan är arbetets bakomliggande problemställning hur patientens ställning kan stärkas och hur hälso- och sjukvården kan göras mer personcentrerad. I detta avsnitt ska vi närmare utveckla problemställningen.

¹⁴ Se Vårdanalys, Rapport 2018:8. Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård s. 30. Jfr Alharbi, Olsson, Ekman and Carlström, The impact of organizational culture on the outcome of hospital care: after the implementation of person-centred care.

¹⁵ Se bl.a. SOU 2008:127 Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning s. 15–16. Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 37.

¹⁶ SOU 2013:2 Patientlag s. 158.

¹⁷ Jfr Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 35.

¹⁸ Se SOU 2013:2 Patientlag s. 76 och framåt.

¹⁹ Socialstyrelsen, Tillämpning av digital vård i regionerna- en kartläggning.

1.2.1 Två samspelande hypoteser

Utgångspunkten för arbetet är att vi tar oss an problemställningen utifrån två samspelande hypoteser. Den första hypotesen är att personcentrering av hälso- och sjukvård möjliggörs genom implementeringen av patientlagen.²⁰ Den andra hypotesen är att implementeringen av ”patientens rätt” enligt patientlagen förutsätter att man inom hälso- och sjukvården verkar för att hälso- och sjukvården ska vara personcentrerad.²¹ Därmed inte sagt att det som föreskrivs i patientlagen och vad som är personcentrerad hälso- och sjukvård skulle vara samma sak. Vad de två hypoteserna sammantaget innebär är att det handlar om att tillerkänna den specifika individen en viss (rättslig) kompetens när denne möter hälso- och sjukvården, vilken innefattar bl.a. anspråk på respekt, att få ändamålsenlig information, att kunna vara delaktig och att i olika avseenden aktivt kunna samtycka, alternativt neka, till åtgärder inom hälso- och sjukvården.

Utifrån ett sociolegalt perspektiv menar vi att de två ansatserna representerar vad som kan beskrivs som två olika rättsliga ingångar i hälso- och sjukvårdssystemet. Hälso- och sjukvårdssystemet brukar, som vi ska utveckla nedan, beskrivas utifrån tre nivåer – makronivå, mesonivå och mikronivå. Patientens rätt enligt patientlagen är ett av statsmakten iscensatt reformprojekt där hälso- och sjukvården förväntas utvecklas utifrån ett ”uppiifrån och ned”-perspektiv. Lagen förväntas implementeras på de tre nivåerna. Arbetet med personcentrerad vård är i stället i stor utsträckning ett arbete som sker utifrån ett ”nedifrån och upp”-perspektiv. Där står det faktiska mötet och relationen mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonalen i centrum. Särskilt intressant är att det beskrivs som en handlingsetik. Utgångspunkten är att det är det etiska ansvarstagandet som ska möjliggöras.

Utmärkande för detta arbete är således att vi fokuserar på patientens *ställning och kompetens* i förhållande till *hälso- och sjukvården som både klinisk verksamhet och system*.²² Med vår sociolegala ansats kommer vi att analysera hälso- och sjukvårdssystemet som en rättslig ordning. En verksamhet så komplex som hälso- och sjukvård förutsätter omfattande struktur och normer för dess utförande. Vår ingång är att det är svårt att förhålla sig till hälso- och sjukvård som ett koherent system, utan i stället är det frågan om att urskilja olika rättsliga ordningar, olika rättsligt strukturerade verksamheter m.m. som gör det möjligt att tala om handlingssystem.

²⁰ Redan innan patientlagens inrättande konstaterade Vårdanalys att den första av sex rekommendationer för att göra vården mer ”patientcentrerad” är att implementera existerande lagstiftning. Se Vårdanalys, Rapport 2012:5. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring.

²¹ När Vårdanalys lyfter fram områden som är särskilt framträdande för att stärka patientens ställning i enlighet med patientlagen hamnar ”ökad personcentrering” högst på listan. Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 132.

²² Vårdanalys konstaterar i sig att begreppet ”patientens ställning” inte närmare preciserats, varken i förarbetena till lagstiftningen eller i uppdraget. Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 34.

1.2.2 Ett roll- och normperspektiv på hälso- och sjukvård

Genomgående för analysen av hälso- och sjukvården som system och rättslig ordning är att vi tar utgångspunkt i centrala roller och den kompetens och ansvar som systemmässigt är förknippat med dessa roller.²³ Vi tillämpar således ett sociolegalt perspektiv på personcentrerad vård.²⁴ I och med detta ser vi att implementeringen av patientlagen i hälso- och sjukvården som system är ett viktigt inslag i ett möjliggörande av personcentrerad vård. Innebörden är att vi förhåller oss till patientrollen som en rättslig roll som måste ges ”systembaserad kompetens”. När det gäller implementering av patientlagen, frågar vi oss hur patientlagens bestämmelser realiserar som rättslig kompetens i hälso- och sjukvården som ett organisatoriskt och avtalsbaserat systembygge.²⁵

Konkret innebär detta att vi i förhållande till problemställningen tar avstamp i patientens rätt i patientlagen och andra rättskällor, för att därefter problematisera vad detta betyder för hälso- och sjukvårdssystemets centrala roller:

1. *Patientens ”rätt”* – vad är patientens och dennes företrädares systembaserade kompetens och vilka anspråk kan patienten uppställa i förhållande till hälso- och sjukvården?
2. *Hälso- och sjukvårdspersonalens ”skyldigheter”* – vilket ansvar och vilken kompetens följer av rollen som läkare, sjuksköterskor m.fl. och vad innebär det att tillhandahålla en professionell arbetsinsats som tillgodoser patientens behov?
3. *Vårdgivarens ”skyldigheter”* – vilket ansvar och vilken kompetens följer av rollen som verksamhetsansvarig och vad innebär det att tillhandahålla och utveckla en verksamhet som tillgodoser patientens behov och är personcentrerad?
4. *Huvudmannens ”skyldigheter”* – vilket ansvar och vilken kompetens följer av rollen som region- och landstingsledning o.s.v. och vad innebär det att möjliggöra och organisera hälso- och sjukvård som tillgodoser patientens behov och är personcentrerad?

De roller som vi förhåller oss till är de centrala rollerna enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen. I patientsäkerhetslagen (2010:659) 1 kap. 4 § görs

23 Berger och Luckmann förklarar rollernas fundamentala betydelse: “The roles mediate between the individual and the socially-constructed world. By internalizing roles, the socially constructed world becomes subjectively real. The institution, with its assemblage of “programmed” actions, is like the unwritten libretto of a drama. The realization of the drama depends upon the reiterated performances of its prescribed roles by living actors. The actors embody the roles and actualize the drama by representing it on the given stage. Neither drama nor institutions exist empirically apart from this recurrent realization.” Berger and Luckmann, *The Social Construction of Reality – A Treatise in the Sociology of Knowledge* s. 91.

24 Se Tamanaha, *Realistic Socio-Legal Theory – Pragmatism and Social Theory of Law* s. 2. Beträffande den nordiska utvecklingen inom området, se bl.a. Petrusson och Glavå, *Law in a Global Knowledge Economy: Following the Path of Scandinavian Sociolegal Theory*. Ur ett mer metodologiskt perspektiv är det den sociolegala teoribildning som kan beskrivas som kritisk alternativt pragmatisk eller realistisk som är mest intressant för oss. För närmare förståelse av samspillet rättsrealism, rättspragmatism och kritisk rättsteori, se Dalberg-Larsen, *Pragmatisk rättsteori*.

25 En liknande ansats har på senare tid tillämpats på läromedel. Det ger översiktligt bild av hälso- och sjukvården som system. Se Sverne Arvill och Printz, *Patientens rätt och vårdens ansvar*.

en definition av hälso- och sjukvårdspersonal. Den viktigaste gruppen, eller snarare grupperna, är de som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården. En vårdgivare är, enligt 2 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, en statlig myndighet, region, kommun samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.²⁶ Enligt 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen är en huvudman den region eller kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. I paragrafen förklaras också att inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Vi menar följaktligen att det är dessa roller och samspelet mellan desamma som behöver utvecklas om vi ska implementera ett personcentrerat arbetssätt inom de fokusområden som presenterats ovan. Vad som gör rollperspektiven så intressanta är att de ligger till grund för både verksamhetsutveckling och systemutveckling. Vi kan t.o.m. hävda att de är kärnan i samspelet mellan systemutveckling och verksamhetsutveckling.

På systemnivå utvecklas och preciseras normer för själva iklädandet av rollerna (kvalifikationsnormer), vilket ansvar och vilken kompetens som är förknippad med de olika rollerna (kompetensnormer), samt vilka påbjudna beteenden och annan handlingsdirigering som föreligger (handlingsnormer). Normerna generar olika handlingssystem, vilka sammantaget utgör hälso- och sjukvårdssystemet. Frågan i detta sammanhang är följaktligen vilka normer som på systemnivå kommer att möjliggöra personcentrerad hälso- och sjukvård på verksamhetsnivå.

På verksamhetsnivå ikläder sig individerna de olika rollerna och utvecklar sin *professionella identitet*. Avgörande i sammanhanget är att det är rätt personer med rätt kompetens som rekryteras för att ikläda sig de olika rollerna. Detta är en förutsättning för att dessa ska kunna implementera kompetensnormerna i sin praktiska gärning. Särskilt intressant i sammanhanget är hur praktisk erfarenhet och vetenskaplig evidens generar nya normer som olika aktörer har att förhålla sig till. På så vis tydliggör rollperspektiv den dialektik som krävs för att åstadkomma en kontinuerlig normbaserad utveckling av ”god” hälso- och sjukvård.²⁷

1.2.3 Tre fokusområden

Med utgångspunkt i ett dylikt roll- och normperspektiv på arbetets problemställning kan vi avgränsa tre fokusområden avseende implementeringen av ”patientens rätt” och utvecklingen av personcentrerad hälso- och sjukvård.

Ett första område är patientens *roll och ställning*, och hur denna kan utvecklas, *när det gäller att navigera och hantera sina behov av vård* inom ramen för hälso- och sjukvården som system och organisation. Här är utgångspunkten patientens rätt när det gäller hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Särskilt intressant i detta sammanhang är innebörden av bestämmelser om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet i patientlagens kapitel 2. Vilken rättslig ställning

²⁶ Se även motsvarande definition i 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen.

²⁷ ”God vård” är en för arbetet central normkonstruktion och kommer att introduceras ytterligare i avsnitt 1.4.3.

har patienten och vad innebär och möjliggör denna ställning när det gäller att hantera sitt hälso- och vårdbehov? Vi frågar oss vidare hur patientens rätt och ställning motsvaras av skyldigheter och ansvar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och utförare.

Ett andra fokusområde är patientens roll och ställning *i själva vårdssituationen*, dvs. vid utförande av vårdinsatser. Här tar vi avstamp i patientens rätt när det gäller god vård och frågar oss vad denna innebär utifrån ett personcentrerat perspektiv. Utmärkande är att vi analyserar patientens rättsliga ställning i systemen för utförande av konkreta vårdinsatser. Här aktualiseras många av patientlagens bestämmelser. Särskilt centrala är patientlagens bestämmelser om patientens rätt till information i kapitel 3, patientens rätt att samtycka i kapitel 4, patientens rätt att vara delaktig i kapitel 5, samt patientens rätt att välja behandlingsalternativ och hjälpmedel i kapitel 7. På motsvarande sätt är vi, avseende detta andra fokusområde, intresserade av hur patientens rättsliga ställning motsvaras av skyldigheter och systemintegrerade ansvar för vårdens huvudmän och utförare.

Det tredje fokusområdet avser patientens roll och ställning när det gäller den systembaserade *hanteringen av den egna journalinformationen och egna patientdata m.m.* Här tar vi avstamp i patientens rätt till den egna patientjournalen och hanteringen av patientdata. Av central betydelse i detta sammanhang är innebörden av patientlagens bestämmelser om personuppgifter m.m. i kapitel 10 och patientdatalagens bestämmelser. Digitalisering gör systemhanteringsdimensionen särskilt uppenbar. Det är alltmer frågan om hur hälso- och sjukvårdens huvudmän i förhållande till utövare och patienter utvecklar och tillhandahåller digitala patientjournaler och patientdata. Den systematiska hanteringen i förhållande till akademisk forskning och näringslivets m.fl. utveckling av medicin och medicintekniska produkter är i sammanhanget av intresse.

Utifrån ett sammantaget systemperspektiv är det följaktligen intressant att analysera det rättsliga möjliggörandet av personcentrerad hälso- och sjukvård vad gäller 1) utvecklandet av system för tillgänglighet av hälso- och sjukvård, 2) utvecklandet av hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem avseende god vård och 3) utvecklandet av system för hantering av patientdata m.m. En central slutsats i detta arbete är att varje område är nära förknippat med ett systemskifte som i stor utsträckningen drivs av de möjligheter som genereras genom digitalisering. I förevarande arbete kommer vi att lägga särskild vikt vid analysen av hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem avseende god vård som fundamental normkonstruktion. Som normkonstruktion är den, som vi ska utveckla, av central betydelse för personcentrering såväl som för implementeringen av patientens rätt. De andra två fokusområdena kommer, när det gäller själva implementeringen, att behandlas i mer begränsad omfattning.

1.2.4 Personcentrering och den paradigmatiske omställningen av hälso- och sjukvården

En för arbetet viktig insikt är att ju mer vi förstår om hur man kan implementera "patientens rätt" och utveckla personcentrerad hälso- och sjukvård, desto mer tydligt blir det vad som krävs för hälso- och sjukvårdens "governance" och

operativa styrning.²⁸ En övergripande ambition är följaktligen att lägga grunden till en mer utförlig förståelse för hur hälso- och sjukvård kan styras och utföras som normbaserade processer. I detta sammanhang blir det tydligt att hälso- och sjukvården befinner sig i en paradigmatiske omvandling. Denna är som sagt kopplad till digitaliseringen av hälso- och sjukvården, men också till de föränderliga krav som föreligger avseende hälso- och sjukvården. Ett exempel är att ju äldre vi blir desto fler kroniska sjukdomar måste behandlas och hanteras inom ramen för hälso- och sjukvården. Särskilt intressant är att såväl statsmakten som hälso- och sjukvårdens huvudmän är medvetna om att det krävs hälso- och sjukvårdsreform. Vi har redan konstaterat att man i förarbetena till patientlagen var medveten om att lagen var ett inslag i ett systemskifte – bestående både av en makt- och perspektivförskjutning.²⁹ Detta skifte är också särskilt tydligt vad gäller det reformarbete som bedrivs under rubriken ”god och nära vård” och avseende den digitalt integrerade kunskapsstyrningen.

Det är i detta paradigmatiske sammanhang som samspelet mellan implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård är så spännande. Utifrån ett sociolegalt perspektiv representerar de, som vi ovan sagt, två olika ingångar i systemomvandlingen. Vi menar att det är möjligt att med utgångspunkt i dessa ingångar tydliggöra hur hälso- och sjukvårdens ”governance” måste förstås och hanteras både utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv och ett nedifrån och upp-perspektiv.³⁰

Med avstamp i patientens rätt enligt patientlagen handlar det om att förstå hur hälso- och sjukvårdsreform bedrivs uppifrån och ned. Det är uppenbart att vi måste fråga oss hur centrala hälso- och sjukvårdslagar som patientlagen implementeras och vilka utmaningar som föreligger i detta avseende. Utifrån ett systemperspektiv bör vi rimligen även fråga oss hur hälso- och sjukvårdsreform som iscensatts på statlig nivå samspelar med hälso- och sjukvårdsreform som bedrivs på regional och kommunal nivå. När det gäller reformarbetet med ”god och nära vård” och kunskapsstyrningen är det tydligt att det handlar om ett omfattande arbete att från statsmaktens sida iscensätta reformprocesser inom ramen för det huvudmannaansvar för hälso- och sjukvården som innehas av 21 regioner och 290 kommuner. Huvudmannaansvaret innebär i sin tur ett omfattande arbete att säkerställa att alla vårdgivare bedriver sin verksamhet i enlighet med bindande regler och andra förväntningar som uppställs inom ramen för reformarbetet.

Om vi i stället tar avstamp i det etiska ansvaret att tillhandahålla personcentrerad vård kommer vi i stället att tillämpa ett nedifrån och upp-perspektiv på hälso- och sjukvårdens systemutveckling. I detta sammanhang är det närliggande att med utgångspunkt i den konkreta kliniska vårdsituationen fråga sig vad det (utifrån ett handlingsetiskt perspektiv) betyder att som hälso- och sjukvårdspersonal

28 Beträffande ”governance” som teoretisk referensram se Lidhard och Petrusson, *Forskning och Innovation – statens styrning av högskolans samverkan och nyttiggörande* s. 41. Jfr Schuppert, *Governance Reflected in Political Science and Jurisprudence*.

29 SOU 2013:2 Patientlag s. 158.

30 Det är förekommande att dela in sociolegal studier utifrån huruvida de applicerar ett uppifrån och ned-perspektiv eller nedifrån och upp-perspektiv. Se Banakars förklaring av ”top-down and bottom-up approaches” inom rättsvetenskapen. Banakar, *On Socio-Legal Design* s. 3.

tillhandahålla vård som är just personcentrerad. Ett nästa steg blir att fråga sig hur vårdgivare måste arbeta för att personalen ska ha möjlighet att tillhandahålla personcentrerad vård. Med utgångspunkt i denna förståelse frågar man sig vad som krävs av huvudmannen för att möjliggöra för vårdgivare att de i sin tur kan möjliggöra för personalen att arbeta personcentrerat.

I detta arbete kommer vi att sociolegalt utveckla hur dessa två perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling och ”governance” befruktar varandra. Vi menar att de sammantaget möjliggör något av ett holistiskt perspektiv på hälso- och sjukvården som system på olika nivåer.

1.3 Disposition

I denna första del kommer vi att introducera vad vi menar med rättsligt möjliggörande av personcentrerad hälso- och sjukvård. Vi kommer även att introducera den forskning som ligger till grund för innehållet i denna bok. En första uppgift i detta avseende är att introducera den ”sociolegala” teori på vilken forskningen baseras och den metod som tillämpats då forskningen genomförts (kapitel 2). I detta sammanhang kommer vi att utveckla varför ett rättsligt, och inte minst rättsvetenskapligt arbetssätt, är så viktigt för att bedriva och utveckla hälso- och sjukvård. Med utgångspunkt i denna sociolegala förståelse kommer vi även att introduktionsvis diskutera tidigare forskning och även policyarbete avseende personcentrerad vård (kapitel 3). Vi kommer här att diskutera hur vi kan förstå vad som utgör personcentrerad vård utifrån ett normperspektiv. Viktigt att introducera är också det handlingsetiska perspektivet på hälso- och sjukvård – ett perspektiv som ofta lyfts fram i samband med personcentrerad vård (kapitel 4). Presentationen i denna första del utmynnar i en beskrivning av de studier som arbetet baseras på, hur dessa ska redovisas och hur arbetet härigenom ska disponeras (kapitel 5).³¹

Arbetets övriga delar, vilka följaktligen innefattar en beskrivning av en forskningsstudie, är disponerade enligt följande:

- En studie av hur patientlagen möjliggör utveckling av personcentrerad hälso- och sjukvård (del 2).
- En studie av ansvaret och ansvarsfördelningen avseende implementeringen av ”patientens rätt” och annan närliggande hälso- och sjukvårdsreform (del 3).
- En studie av ”god vård” som normtillämpning, normtillämpning och handlingsetik (del 4).

I arbetets andra del kommer vi fördjupa vår sociolegala förståelse av patientlagen och de krav som uppställs på hälso- och sjukvården som praktik och system. Det är i den tredje delen som vi tillämpar uppifrån och ned-perspektivet på hälso- och sjukvårdens, medan nedifrån och upp-perspektivet utvecklas i del 4. De olika

³¹ Ett huvudsyfte med den sonderande analys som redovisas i detta första kapitel var att konkretisera de forskningsfrågor arbetet ska besvara, inom vilka teoretiska ramar frågorna ska besvara och vilken metod som ska användas.

studierna bygger på varandra.³² Detta innebär att det sker en stegvis fördjupning av hur man kan möjliggöra personcentrerad vård. Ambitionen är just att bidra till ett program för hur vi kan implementera patientens rätt och utveckla personcentrerad hälso- och sjukvård. I en avslutande del (del 5) sammanfattar vi arbetet genom att utveckla en sociolegal modell för hur man implementerar mer ingripande hälso- och sjukvårdslagstiftning som patientlagen.

³² Studierna kommer att introduceras mer utförligt i kapitel 5.

KAPITEL 2

SOCIOLEGAL ANALYS AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD – TEORI OCH METOD

2.1 Den sociolegala ambitionen att förstå hälso- och sjukvården som en rättslig ordning

Utifrån ett metodologiskt perspektiv är arbetet primärt rättsvetenskapligt. Arbetet har också en tvärvetenskaplig ambition såtillvida att det avser att bidra till den forskning som görs avseende styrning och ”governance” av hälso- och sjukvård i allmänhet, och till den som görs avseende personcentrerad hälso- och sjukvård i synnerhet.³³ I detta kapitel ska vi introducera hur en sociolegal analys kommer att bidra till och även integreras med arbetet med personcentrerad hälso- och sjukvård på olika nivåer. Detta gör vi genom att teoretiskt och metodologiskt introducera den sociolegala ansatsen.³⁴

Utmärkande för arbetet är att vi betraktar själva hälso- och sjukvården som rättsliga handlingssystem och rättsliggjord ordning.³⁵ Genomgående använder vi vad som kan beskrivas som en sociolegal teoretisk referensram. För att vi vetenskapligt ska kunna analysera hälso- och sjukvård med denna ansats förutsätts tre samspelande rättsvetenskapliga förhållningssätt:

- Rättsdogmatisk analys av relevanta rättskällor inom rättsområdet ”hälso- och sjukvårdsrätt”.
- Rättsteoretisk analys av hur man utifrån ett rättsligt perspektiv kan förstå ”god vård”, ”patientens rätt”, hälso- och sjukvården som ordning och system m.m.

33 Intressant är kopplingen till den s.k. hälso- och sjukvårdssociologin och den medicinska sociologin. Detta är relativt nya forskningsinriktningar som kan härledas till sent 1950-tal. Se Gustafsson, Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historiesociologiskt perspektiv s. 17.

34 Vad som menas med teori är omstritt och det finns många olika synsätt. Förekommande är att betrakta teori som den ”ram” eller ”lins” vi använder i förhållande till olika samhälleliga fenomen, såsom exempelvis till vad som utgör rättsliga fenomen. Jfr Alvesson och Deetz som konstaterar att begreppet är omstritt och väljer att beskriva teori som ”ett sätt att se och tänka om världen snarare än en abstrakt representation av den”. Alvesson och Deetz, Kritisk samhällsvetenskaplig metod s. 44.

35 Det finns en omfattande diskussion om hälso- och sjukvårdens rättsliggörande. Viktigt i sammanhanget är att denna diskussion tar sikte på olika fenomen. Ett centralt bidrag är Brännström, Förrättsligande – En studie av rättsens risker och möjligheter med fokus på patientens ställning. Hon använder begreppet förrättsligande, med vilket hon menar två processer. ”Den första processen handlar om en lagbestämmelse, eller en annan författningsbestämmelse, tar sikte på ett förhållande eller aspekt av det sociala livet som tidigare inte berörts i någon författning. Den andra handlar om att ett förhållande eller en aspekt av det sociala livet som tidigare inte varit föremål för domstolars bedömningar och beslutsfattande blir det.” Se s. 46. I detta arbete kan vi anses utveckla den andra processen och fokuserar på hur hälso- och sjukvården kan förstås som rättsliga handlingssystem. I sammanhanget kan också lyftas fram att frågan om rättsliggörande historiskt sett ofta har diskuterats utifrån hur konflikter som uppkommer görs rättsliga. Se bl.a. Mathiesen, Rätten i samhället s. 99–113.

- Rättsempirisk analys av hälso- och sjukvården som en rättslig ordning bestående av normbaserade handlingssystem.³⁶

Dessa är de tre analytiska och metodologiska förhållningssätt som vi i varierande grad kommer att använda oss av i arbetets olika delar. Det mest centrala teoretiska ställningstagandet för detta arbete är att den i praktiken förekommande hälso- och sjukvården måste förstås som en rättslig ordning, vilken i sin tur består av rättsliga handlingssystem baserade på normer.³⁷ Hydén utvecklar:

“In legal science, the normscientific analysis helps, among other things, to shift focus from the lawyer’s quest to find and interpret the normative legal system’s solution to both private and societal issues to instead adopting a functional approach to legal regulation.”³⁸

Det är inom ramen för hälso- och sjukvården som rättslig ordning som patientens rätt implementeras och där personcentrerad vård möjliggörs.

I detta arbete skiljer vi således mellan rätten i rättskällorna (dvs. i lagstiftning, förordningar, förarbeten, rättsfall m.m.) och hur rätten kommer till uttryck som faktisk rättslig ordning – rättsliga handlingssystem.³⁹ I praktiken har individer rättsliga roller, vilka är interagerade i rättsliga avtalsrelationer och i rättsligt kvalificerade organisationer o.s.v.⁴⁰ Utmärkande för vår analys av lagstiftning och andra rättskällor är följaktligen hur specifika bestämmelser möjliggör och påverkar rättsliga handlingssystem och deras normbaserade innehåll.⁴¹ Hur man ska avgränsa rättsliga handlingssystem inom ramen för hälso- och sjukvård är visserligen inte alltid uppenbart.⁴²

36 Jfr Hydén som förklarar att: ”A socio-legal norm analysis focuses on studying and analysing the norm process and how it is employed.” Hydén, *Sociology of law as the science of norms* s. 3.

37 Detta ställningstagande baseras på vad som kan beskrivas som klassisk sociologisk teori. Relationer mellan människor kan förstås som sociala system. I dessa handlingssystem ikläder sig (internaliserar) individer olika roller o.s.v. Se bl.a. Auberts beskrivning av sociala roller och hur de konstituerar sociala system i Aubert, *Socialt samspel* s. 43–69.

38 Hydén, *Sociology of law as the science of norms* s. 238.

39 Detta är för detta arbete ett avgörande synsätt vilket bl.a. baseras på Habermas som beskriver rätten både som ett ”system of knowledge” och ett ”system of action”. ”Law is two things at once: a system of knowledge and a system of action. It is equally possible to understand law as a text, composed of legal propositions and their interpretations, and to view it as an institution, that is, as a complex of normatively regulated action.” Habermas, *Between Facts and Norms* s. 79–80.

40 För beskrivning av det sociolegala förhållningssättet se Glavå och Petrusson, *Illusionen om rätten: juristprofessionen och ansvaret för rättskonstruktionerna*, samt Petrusson och Glavå, *Law in a Global Knowledge Economy: Following the Path of Scandinavian Sociolegal Theory*.

41 Jfr Vahlne Westerhäll som lyfter fram betydelsen av en normteori. ”Den funktionella synen på rätten bygger på uppställandet av en användbar normteori. En normteori utgör basen för hur man uppfattar rätten.” Vahlne Westerhäll, *Normgivningens etik – exemplet rehabilitering* s. 576.

42 Belysande är hur man vid utvärderingen av patientlagens implementering skiljer mellan patientens rättsliga ställning såsom den kommer till uttryck i lagstiftning etc. och patientens faktiska ställning såsom patientens ställning i praktiken. *Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017* s. 7. Vi menar att man dessutom måste tydliggöra patientens rättsliga ställning inom ramen för de konkreta handlingssystem specifik hälso- och sjukvårdsverksamhet består i. Se vidare i kapitel 2 avsnitt 3.

2.2 Hälso- och sjukvårdens rättskällor

Utifrån ett rättsligt perspektiv är det som sagt naturligt att börja med att analysera vilken ställning patienten har och vilka rättsliga anspråk denne kan göra gällande. Lika central är analysen av de skyldigheter och ansvar som åligger hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och huvudmän. Metodologiskt tar vi utgångspunkt i vad som ofta beskrivs som rättsdogmatisk analys av den lagstiftning, förarbeten till lagstiftning, rättsfall och andra rättskällor som är av betydelse för patientens ställning och en ökad personcentrering. Även med ett fokus på hälso- och sjukvården som rättsliga handlingssystem är vi, som sagt, beroende av en fördjupad förståelse för innebörden av de rättsregler som uppställts av statsmakten när det gäller hur hälso- och sjukvård ska bedrivas. Utmärkande för den sociolegala ansatsen är att vi lägger ett funktionellt perspektiv på det rättsliga materialet, dvs. vi tar utgångspunkt i hur rättsmaterialet i olika avseende påverkar utvecklandet och bedrivandet av hälso- och sjukvård.

2.2.1 Sektorsdefinierande lagstiftning

Ett första metodologiskt steg är att avgränsa vilka lagar som är relevanta att förhålla sig till utifrån ett sektorsdefinierande perspektiv.⁴³ Pedagogiskt, om än förenklat, är att först avgränsa sådana lagar som utifrån ett funktionellt perspektiv är av betydelse för i princip all hälso- och sjukvård. Av särskild betydelse utifrån patientens perspektiv är patientlagen. I detta arbete är det naturligt att avgränsa de regler som allmänt sett är av central betydelse för patienter. Som vi redan konstaterat, är det följaktligen rimligt att ta avstamp i en utförligare analys av patientens ställning och kompetens enligt patientlagen, för att därefter analysera hur patientens kompetensanspråk ska realiseras genom ansvarstagande och kompetensutveckling etc. av hälso- och sjukvårdsprofessionerna, vårdgivare och hälso- och sjukvårdens huvudmän. Patientlagens regler är primärt utformade som skyldigheter för personal, vårdgivare och även huvudmän i olika avseenden.

Annan sektorsdefinierande lagstiftning som vi kommer att analysera närmare är hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), patientsäkerhetslagen och patientdatalagen (2008:355). I samtliga dessa lagar finns bestämmelser av central betydelse för patienter. Vissa av bestämmelserna i patientlagen återfinns också mer eller mindre ordagrant i någon av dessa andra centrala lagarna. Hälso- och sjukvårdslagen har hälso- och sjukvårdens huvudmän och vårdgivare som målgrupp och innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas (se i kap. 1 §). Lagen behöver analyseras inte minst utifrån hur hälso- och sjukvården

43 I detta arbete har vi valt att använda hälso- och sjukvårdsrätt som benämning på vad som utifrån ett funktionellt perspektiv kan avgränsas som relevanta rättsregler för hälso- och sjukvård. Det är visserligen numer förekommande att avgränsa "medicinsk rätt" som ett eget rättsområde. "Den medicinska rätten är en relativt ny rättsvetenskaplig disciplin som befinner sig i skärningspunkten mellan flera olika traditionella rättsvetenskapliga discipliner, såsom civilrätt, offentlig rätt, allmän rättslära, EU-rätt och mänskliga rättigheter. De frågor som behandlas inom den medicinska rätten ligger i gränslandet mellan medicin och juridik där även etiska och sociala dimensioner spelar in." Zillén, Mattsson och Slokenberga, Medicinsk rätt s. 24–25. Jfr Bødker Madsen som med utgångspunkt i den nordiska diskursen fokuserar på "health law". Se Bødker Madsen, Health Law as a Legal Discipline s. 77–92.

ska organiseras för att möjliggöra personcentrerad hälso- och sjukvård. Beträktat som sektorsdefinierande lagstiftning, får denna lag anses ha en särställning.

Patientsäkerhetslagen har framför allt hälso- och sjukvårdspersonalen och vårdgivare som huvudmålgrupp. I patientsäkerhetslagen finns bl.a. bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens professionella ansvar och vårdgivarens skyldigheter vad gäller att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete (se 1 kap. 1 §). Viktigt att förstå i sammanhanget är hur det föreskrivna arbetet med patientsäkerhet m.m. enligt patientsäkerhetslagen möjliggör personcentrerad hälso- och sjukvård.

Patientdatalagen ska tillämpas på vårdgivares hantering av personuppgifter och innehåller även bestämmelser om hantering av patientjournaler (se 1 kap. 1 §). Lagen är viktig att analysera bl.a. utifrån hur den möjliggör integritet för patienten och skapar rådighet över egna patientdata m.m. En annan lag av central betydelse i detta sammanhang är offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och då särskilt kapitel 25 som innehåller bestämmelser om hälso- och sjukvårdssekretess.

En ytterligare lag av mer allmän natur är patientskadelagen (1996:799) som innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning, s.k. patientförsäkring (se 1 §). Lagen möjliggör för patienter att under vissa omständigheter ställa anspråk på ersättning för personskador som orsakats av felaktig diagnos, undersökning, behandling, medicintekniska produkter, smitta, föreskrivna läkemedel m.m.⁴⁴

Sammantaget skapar således dessa lagar de rättsliga ramarna för hur hälso- och sjukvård ska bedrivas inom landet. För att komplettera innehållet i vissa av de centrala lagarna har regeringen utfärdat förordningar.⁴⁵ I hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) finns kompletterande bestämmelser till hälso- och sjukvårdslagen och i patientsäkerhetsförordning (2010:1369) kompletterande föreskrifter till patientsäkerhetslagen. Det finns dessutom en patientdataförordning (2008:360).

2.2.2 Lagstiftning för specifik hälso- och sjukvård

Vidare finns en stor mängd lagar som är relevanta för patienter i specifika vårdssituationer. Det kan exempelvis vara frågan om hur man ska hantera: 1) undersökning och provtagning, 2) diagnos av sin sjukdom eller skada, 3) läkemedel, 4) kroppslig behandling såsom operation, 5) blod och organ, 6) behandling av psykisk ohälsa, 7) omvårdnad, 8) rehabilitering, 9) hjälpmedel och långsiktig behandling, 10) att hindra smittspridning och smittorisker, 11) hjälp kring graviditet och förlossning, samt 12) hjälp i livets slutskede. Hälso- och sjukvården innefattar mängder av lagstiftning som reglerar dessa vårdssituationer. Detta är bestämmelser som direkt och indirekt kommer att påverka patienternas ställning och rätt till hälso- och sjukvård. Exempel på relevanta lagar är lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler, läkemedelslag (2015:315), lag (1995:831) om transplantation m.m., lag (2006:496) om blodsäkerhet, lag (2012:263) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga organ, biobankslag (2023:38), lag (2006:351) om genetisk integritet, smittskyddslag (2004:168), abortlag (1974:595),

⁴⁴ Se närmare i 6 § patientskadelagen.

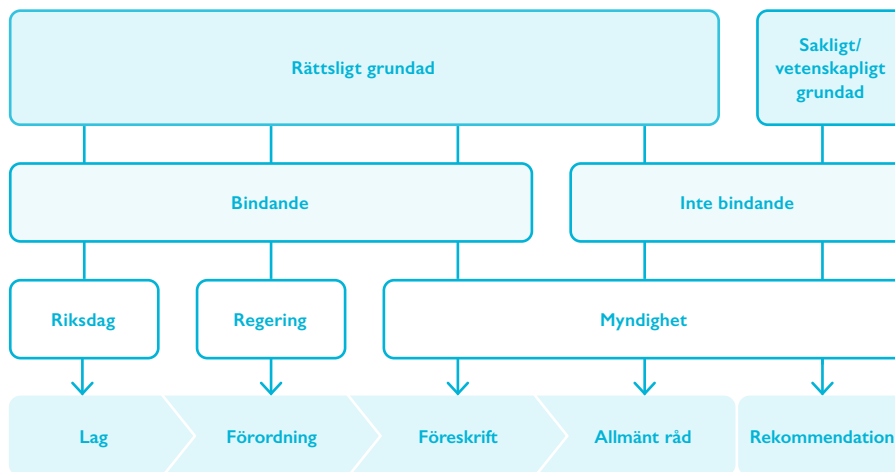
⁴⁵ Regeringsformen 8 kapitel 1–8 §§ preciserar när föreskrifter ska meddelas av riksdagen genom lag och regeringen genom förordning.

lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död, lag (1995:832) om obduktion, lag (2022:1250) om egenvård m.m. Det är i sammanhanget möjligt att tala om en speciell hälso- och sjukvårdsrätt som avser specifika hälso- och sjukvård-såtgärder. I förevarande arbete kommer bestämmelser i sådan specifik hälso- och sjukvårdslagstiftning att bara behandlas i den mån specifika vårdåtgärder berörs.

Lagar med stor och ingripande betydelse för patienter är de som avser s.k. tvångsvård. Bestämmelser om tvångsvård finns i lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, samt lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Det finns även bestämmelser om tvångsvård i 5 kap. smittskyddslagen.

2.2.3 Myndighetsföreskrifter för specifik hälso- och sjukvård

De rättsligt bindande reglerna för hälso- och sjukvården innefattar även en stor mängd regler som inte utgör lag eller förordning, utan som är föreskrifter som utfärdats av myndigheter. Av särskild betydelse i sammanhanget är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd som ges ut i en gemensam författningssamling (HSLF-FS) av Socialstyrelsen tillsammans med sju andra myndigheter.⁴⁶ Detta är en författningssamling som omfattar främst områdena hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel och folkhälsa. I författningssamlingen skiljer man mellan föreskrifter och allmänna råd. Föreskrifterna är rättsligt bindande, medan de allmänna råden är generella rekommendationer för hur lagar, förordningar och föreskrifter kan eller bör tillämpas. Dessutom innefattas s.k. kungörelser, vilka oftast är upphävanden av allmänt råd.



FIGUR 1. Folkhälsomyndighetens översikt av statens styrinstrument.⁴⁷

Folkhälsomyndigheten, som är en av de myndigheter som publicerar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, beskriver på sin hemsida sin roll att utfärda föreskrifter, allmänna råd och även rekommendationer. Folkhälsomyndigheten förklarar att regeringen förtydligar och preciserar lagars innehåll i förordningar,

⁴⁶ Dessa myndigheter är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Rättsmedicinalverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

⁴⁷ Folkhälsomyndighetens webbsida, Om lagar, förordningar och föreskrifter.

men att i vissa fall behövs ännu mer detaljerade regler. Regeringen bemyndigar därför myndigheter att besluta om föreskrifter.⁴⁸ Folkhälsomyndigheten förklarar att utfärdandet av föreskrifter sker inom ramen för vad som står i lagar och förordningar. Folkhälsomyndigheten menar vidare att det kan vara bättre att en myndighet med expertkunskap tar fram detaljerade föreskrifter och att man dessutom bjuder in experter och jurister i arbetet med sina föreskrifter.⁴⁹ När det gäller rekommendationer konstaterar Folkhälsomyndigheten att dessa inte på samma sätt är kopplade till regler, utan bygger på vetenskap eller den bästa tillgängliga kunskapen. Detta betyder också, enligt Folkhälsomyndigheten, att rekommendationer behöver ändras i takt med att det kommer nya rön och kunskap.

2.2.4 EU:s utveckling av en rättslig ordning för hälso- och sjukvård

Inom ramen för Europeiska unionen (EU) bedrivs vad man ser som en kompletterande hälso- och sjukvårdspolitik, se artikel 168 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

”Unionens insatser, som ska komplettera den nationella politiken, ska inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för den fysiska och mentala hälsan. Sådana insatser ska innefatta kamp mot de stora folksjukdomarna genom att främja forskning om deras orsaker, hur de överförs och hur de kan förebyggas samt hälsoupplysning och hälsoundervisning, liksom övervakning av, tidig varning för och bekämpning av allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa.”⁵⁰

EU ska när man vidtar åtgärder respektera medlemsstaternas ansvar för att själva besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik och för att själva organisera sin hälso- och sjukvård.⁵¹

Visserligen är det så att EU:s reglering av den inre marknaden, vilket är en huvuduppgift för EU, även påverkar hälso- och sjukvården. Ett exempel av intresse för detta arbete är Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård, det s.k. patientrörlighetsdirektivet. Detta implementerades i svensk rätt primärt genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (se vidare i kapitel 2).⁵² Ett annat exempel är erkännande av yrkeskvalifikationer inom EU.⁵³

Av intresse för detta arbete är vidare det särskilda mandat som givits för EU att besluta om åtgärder för att fastställa kvalitets- och säkerhetsstandarder för läkemedel och medicintekniska produkter.⁵⁴ Ett motsvarande mandat finns

⁴⁸ Se regeringsformen 8 kap. 10 och 11 §§ om regeringens möjligheter att bemyndiga myndigheter att utfärda föreskrifter.

⁴⁹ Folkhälsomyndighetens webbsida, Om lagar, förordningar och föreskrifter.

⁵⁰ Artikel 168.1 fördraget om Europeiska unionens funktionssätt C 326/124 SV.

⁵¹ Artikel 168.7 fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

⁵² Se Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag s. 73 med hänvisning till bland annat Prop. 2012/13:150 och socialutskottets betänkande 2012/13:SoU23.

⁵³ Se lag (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer och Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, i lydelsen enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU (yrkeskvalifikationsdirektivet).

⁵⁴ Artikel 168.4 c) fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

även avseende kvalitets- och säkerhetsstandarder i fråga om organ och ämnen av mänskligt ursprung, blod och blodderivat.⁵⁵ Inte minst det rättsliga materialet på det medicintekniska området är särskilt intressant utifrån ett funktionellt perspektiv. Med de två direkt tillämpliga EU-förordningarna Medical Device Regulation (MDR)⁵⁶ och In Vitro Diagnostic Regulation (IVDR)⁵⁷ utvecklar man en europeisk inre marknad för utveckling och implementering av medicintekniska lösningar.

Av intresse för detta arbete är också i vilken utsträckning EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna, vilken är direkt tillämplig, kan användas inom hälso- och sjukvårdsområdet.⁵⁸ Enligt artikel 51 ska inte stadgan innebära någon utvidgning av EU:s kompetensområde. Stadgan innehåller samtidigt relevanta artiklar som rätten till värdighet (artikel 1), rätten till liv (artikel 2), rätten till integritet (artikel 3) och inte minst rätten till förebyggande hälsoskydd och medicinsk vård (artikel 35).

2.2.5 Mänskliga rättigheter som områdets ideologiska och rättsliga överbyggnad

Det är inte bara de grundläggande rättigheterna på EU-nivå som kan vara relevanta vad gäller patientens ställning. Europakonventionen om mänskliga rättigheter är tillämplig som svensk rätt.⁵⁹ Även FN:s konvention om barns rättigheter är tillämplig som svensk lag. Båda dessa konventioner innehåller bestämmelser som är av betydelse inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det är i sig inte självklart att alla dessa bestämmelser kan åberopas av enskilda patienter m.fl., utan detta anses bero på den specifika situationen och på omständigheterna i det enskilda fallet.⁶⁰

Överhuvudtaget anses de mänskliga rättigheterna haft en stor påverkande roll när det gäller arbetet med patienträttigheter och "patientens rätt" inom de nordiska länderna.⁶¹ Fördrag med stor påverkan, vilka har ratificerats av Sverige men inte inkorporerats i lag, är Världshälsoorganisationens (WHO) 1994 Declaration on the Rights of Patients in Europe⁶² och EU:s European Convention on Human Rights in Biomedicine.⁶³

Särskilt rättsvetare m.fl. som ägnar sig åt analys av det hälso- och sjukvårdsrättsliga området återkommer kontinuerligt till betydelsen av de mänskliga rättigheterna och det är inte ovanligt att argumentera för att Sverige inte uppfyller sina

55 Artikel 168.4 a) fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

56 Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter.

57 Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/746 av den 5 april 2017 om vissa medicintekniska produkter för in-vitro-diagnostik.

58 Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna C326/391 SV.

59 Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

60 Prop. 2017/18:186 Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter s. 89. Jfr även Ds 2019:23 Vägledning vid tolkning och tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter (Arbetsmarknadsdepartementet) s. 62.

61 Se Rynning, Still no Patients' Act in Sweden – Reasons and Implications s. 123.

62 WHO, A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe.

63 Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS No. 164)

åtaganden avseende de mänskliga rättigheterna. Betraktat utifrån ett funktionellt perspektiv kan de mänskliga rättigheterna betraktas som något av en ideologisk överbyggnad för vad gäller patientens ställning i hälso- och sjukvården.⁶⁴ Samtidigt är det otydligt för enskilda yrkesutövare när man riskerar att agera i strid mot reglerna. De mänskliga rättigheterna har också beskrivits som något av en ”gubben i lådan”, vilka kan aktualiseras i en rad olika sammanhang.

2.2.6 Annan lagstiftning som möjliggör och styr hälso- och sjukvård

Med ett sociolegalt fokus på hälso- och sjukvården som verksamhet och system blir det tydligt att det är många rättsområden som aktualiseras. Hälso- och sjukvård bedrivs i samspelet mellan stat, region, kommun och även privat verksamhet. Kommunallagen (2017:725) är följaktligen av central betydelse. Detta är en lag som styr både regioners och kommuners verksamhet. Viktig i sammanhanget är också förvaltningslagen (2017:900), inte minst med beaktande av att det tidigare förevarande undantaget för hälso- och sjukvård tagits bort.

När det gäller privat sjukvård aktualiseras aktiebolagslagen (2005:551) och annan associationsrättslig lagstiftning. Beträffande avtalsförhållanden generellt tillämpas avtalslagen. I relationen till hälso- och sjukvårdspersonalen som anställda aktualiseras arbetsrättsliga lagar i olika avseenden. Beträffande inköp av medicintekniska produkter tillämpas lagen om offentlig upphandling (2016:1145), köplagen (1990:931) o.s.v. Särskilt viktigt inom patientsfären är reglerna om fullmakt. I relationen mellan föräldrar och barn tillämpas föräldrabalken (1949:381). Alla dessa lagar är exempel på lagar som är av central betydelse då man har att förstå hälso- och sjukvård som rättsliga handlingssystem.

2.3 Implementering av ”patientens rätt”

En nära nog självklar distinktion är att vi måste skilja mellan lagen som rättsligt bindande och lagens implementering. För den som fokuserar på konflikthantering och betraktar domstolar som adressat för en viss lagstiftning är denna distinktion inte nödvändigtvis av avgörande betydelse. Annorlunda är det om man som vi fokuserar på hur staten använder lagstiftning och andra rättskällor för att styra och möjliggöra för regioner och kommuner att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård som är både av hög kvalitet och jämlik. Det är säkerligen också många som förknippar det sociolegala angreppssättet med just implementeringsstudier.

64 Se bl.a. hur mänskliga rättigheterna beskrivs i förhållande till patienträttigheter och etik i denna bok författad av personer inom det hälsovetenskapliga området. Buka, Patients' Rights, Law and Ethics for Nurses s. 15 och s. 31. "At this stage in the discussion a brief review of the main philosophical ethical theories will provide some insights into how the concepts of ethical values and human rights have been formed. For the nurse practitioner a knowledge and understanding of these concepts will further enhance an appreciation of the significance of the relationship between ethics and patients' rights."

2.3.1 Patientlagens implementering och genomslag

Vad vi ovan utvecklat som hypotes är att implementeringen av ”patientens rätt” enligt patientlagen är ett viktigt led i att utveckla personcentrerad hälso- och sjukvård. Särskilt intressant och utmanande är att lagens implementering är ett inslag i det paradigmatiske perspektiv- och maktskifte som hälso- och sjukvården står inför. Vi frågar oss i vilken utsträckning patientlagen, tillsammans med andra centrala lagar, bidrar till ett perspektivskifte där patienten sätts i centrum för alla aktiviteter som utförs och ett maktskifte där de individuella patienterna och patientkollektivet ges förutsättningar för delaktighet och inflytande. I detta sammanhang är det alltmer vanligt att diskutera lagstiftningens genomslag.⁶⁵

Det har, som redan sagts, genomförts ett antal utredningar om patientlagens implementering där man konstaterat att det föreligger omfattande brister i detta avseende.⁶⁶ En central uppgift för detta arbete är att utröna varför patientlagen inte implementerats och hur en implementering kan möjliggöras. Metodologiskt är detta två sidor av samma mynt – studien av varför en lag inte implementerats är direkt relaterad till en studie av hur lagen kan implementeras. Lika centralt för detta arbete och ännu mer metodologiskt utmanande är att förstå patientlagens påverkan (impact) när det gäller systembaserade perspektiv- och maktskiften. Av vad som sagts ovan kan vi konstatera att det inte är tillräckligt att förhålla sig till patientlagen, utan vi måste inbegripa även annan relevant lagstiftning. I detta sammanhang är det svårt att frigöra sig från Stjernquists och Widerbergs konstaterande från 1970-talet att:

”Man skulle tro att den omfattande användningen av lagstiftning fört med sig en motsvarande forskning om lagars effektivitet, verkningar och verkningssätt. Så har emellertid knappast varit fallet.”⁶⁷

En viktig fråga för arbetet är hur utvärderingar av lagars implementering har utvecklats över tid, samt hur ackumulerad teori och metodik används vid uppföljning av patientlagens implementering.⁶⁸

2.3.2 Implementeringsstudier och den rättssociologiska utvecklingen

Inom ramen för rättssociologin har det under ett antal årtionden utvecklats en tradition där man undersöker lagars implementering. Internationellt beskrivs dessa studier ibland som ”gap research”, dvs. de studerar gapet mellan innehållet i lagen och den tillämpning som sker.⁶⁹ Relativt tidigt ringades det in ett antal faktorer som är intressanta att utvärdera både då man ska undersöka

⁶⁵ Se nedan i del 5.

⁶⁶ Vid dags dato har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys presenterat fyra rapporter: 1) Rapport 2015:1, Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning, 2) Rapport 2016:1, Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag, 3) Rapport 2017:2, Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017, 4) Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet.

⁶⁷ Stjernquist och Widerberg, Introduktion i rättssociologi s. 35.

⁶⁸ Jfr Partington, Legal theory and empirical research s. 1002–1024.

⁶⁹ Se Banakar, On Socio-Legal Design s. 15–16. Se även Friis och Åström, The Gap Problem s. 107–121.

implementeringen och förutsättningarna därför: 1) storleken på målgruppen för lagstiftning, 2) graden av kunskap om innebörden av lagstiftningen bland dem till vilken lagen riktar sig, 3) förekomst av resurser riktade till implementeringen av lagstiftningen, 4) vilka uppföringar som krävs av dem till vilken lagen riktar sig, 5) fastheten av de sedvanor och uppfattningar som lagen avser att ändra, 6) förekomsten av tjänstemän och andra personer som har till uppgift säkerställa att lagen efterlevs, 7) möjlighet att kontrollera det reglerade beteendet, 8) i vilken utsträckning lagen kan mobilisera stöd hos vissa grupper eller grupper som inte målgrupp.⁷⁰ Detta är exempel på omständigheter att metodologiskt undersöka då man utvärderar patientlagens implementering och som även rimligen ligger till grund för överväganden om hur man ska möjliggöra en dylik implementering.

Det har i sammanhanget framförts kritik av den forskningstradition som inom rättssociologin ägnar sig åt implementeringsstudier:

”En annan tradition inom rättssociologin handlar om implementeringen av lagar och vilka problem detta möter. Dessa studier ger oss kunskap om under vilka villkor rätten kan förväntas fungera enligt sina intentioner. Viss typ av lagstiftning kräver särskilda institutionella arrangemang för att upprätthållas. Detta gäller primärt de lagar som så att säga förs in i det sociala livet utifrån och ska genomföras i ett uppifrån-perspektiv. Dessa studier tenderar att betrakta rätten som en black box, dvs. som om den rättsliga designen är betydelselös för genomförandet. Det finns således inte någon ackumulation av kunskap om relationen mellan rätten och samhället inom detta forskningsfält.”⁷¹

Detta är en central utgångspunkt för förevarande arbete. För att kunna förstå hur patientlagen ska implementeras, och än mer om man ska förstå möjliggörandet av det patientbaserade perspektiv- och maktskiftet, krävs en fördjupad förståelse för hälso- och sjukvård som rättslig ordning och handlingssystem.⁷² Det finns behov av att utveckla den rättsliga förståelsen av hur en komplex ordning som hälso- och sjukvård fungerar och kan utvecklas.⁷³ Detta är visserligen en återkommande slutsats då man diskuterar mer rättskritiska metoder. Exempelvis Trubek konstaterar:

70 Se Stjernquist och Widerberg, *Introduktion i rättssociologi* s. 38. Jfr Aubert, *Rettssociologi* s. 57–67.

71 Hydén, *Normativa grundmönster – mot en teori om rättsliga förändringsprocesser* s. 249.

72 Hutter förklarar, beträffande sina studier av reglering av ”occupational safety and health (OSH)” vikten att skilja mellan ”enforcement” och ”impact”: ”A central socio-legal concern is how influential the law is in social and economic life. Distinguishing between the impact of “the law” and its enforcement is very difficult and the general message of empirical studies of OSH law, which have been repeated through this chapter, is that the mere enactment of law is insufficient to effect change. It is crucial that the law be enforced. How to assess the impact of enforcement is riddled with difficulties as empirical studies of OSH law exemplify.” Hutter, *Occupational safety and health* s. 436.

73 I en inspirerande, men numer relativt föråldrad, studie av patientens ställning m.m. förklarar man den teoretiska och metodologiska ansatsen enligt följande: ”Givetvis förutsätter patientens ställning såväl i den dagliga ”konfliktfria” värden som när det gäller möjligheten att uppmärksamma och påtala upplevda felaktigheter någon form av kommunikativa kanaler och en kommunikativ ”handlingsberedskap” hos patienten. I enlighet med vår frågeställning kommer argumentation att vara det löpande temat i föreliggande studie av förhållandet hälsa, interaktion och lagstiftning. Det har sin naturliga förklaring i att, när det gäller att analyser och beskriva ”rättens roll i social förändring” eller ”rättens samhällsreliga funktioner, är det av vikt att belysa olika kommunikativa mekanismer i samhället (i rätten och dess omgivning).” Carlsson och Isacson, *Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning – En studie av patientens ställning och av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnamn* s. 18–19.

”Behind the current discussion of method lies a much more interesting set of questions about the nature and function of law in modern society and the relationship between legal ideas and social actions.”⁷⁴

Inom ramen för en diskurs om hur man ska utvärdera lagars effektivitet har det, utifrån ett rättsteoretiskt perspektiv, konstaterats att det är viktigt att skilja mellan vad som kan förstås som en intern respektive extern effektivitet.⁷⁵ Utifrån denna terminologi menar vi att det finns behov av en intern förståelse för hur hälso- och sjukvården fungerar som rättslig ordning i förhållande till lagstiftning och andra föreskrifter. Denna förståelse är, som vi kommer att utveckla, en förutsättning för att man ska kunna ta sig an implementeringens utmaningar utifrån ett mer externt perspektiv, dvs. avseende mer beteendebaserade, sociala och ekonomiska utmaningar av icke rättslig natur.

2.4 Patientrelationer och andra hälso- och sjukvårdsrelationer som rättslig ordning och handlingssystem

Det mest centrala teoretiska ställningstagandet för den sociolegala ansatsen i detta arbete är som sagt att hälso- och sjukvården måste förstås som en rättslig ordning bestående av rättsliga handlingssystem. En central metodologisk uppgift i förevarande arbete är att rättsteoretiskt tydliggöra hur man kan se hälso- och sjukvården som rättsligt kvalificerade handlingssystem på olika nivåer.⁷⁶ Därefter handlar det om att analysera dessa system utifrån ett rättsempiriskt perspektiv. Det finns flera skäl till att detta är av central betydelse.⁷⁷ Hälso- och sjukvård bedrivs som statlig, regional, kommunal och även privat verksamhet. Detta är rättsliga handlingssystem med egna rättsliga logiker. Vidare är hälso- och sjukvården en verksamhet där legitimerade professioner som läkare, sjuksköterskor m.fl. har central betydelse. Det är fullt möjligt att närma sig hälso- och sjukvården som en professionsbaserad verksamhet.⁷⁸ De rättsliga handlingssystemen för ansvarsfördelning m.m. mellan vårdgivare och de olika professionerna är i sammanhanget av central betydelse.⁷⁹ Hälso- och sjukvårdspersonalen är regelmässigt anställda av regionala, kommunala alternativt privata arbetsgivare. De individuella anställningsavtalen och även ingångna kollektivavtal är rättsliga

74 Trubek, *Where the Action is – Critical legal studies and Empiricism* s. 576.

75 Zamboni, *Legislative Policy and Effectiveness: A (Small) Contribution from Legal Theory*.

76 Jfr Petrusson, Glavå och Hermansson, *Innovationsverksamhet som rättsliga handlingssystem – Några rättsteoretiska ställningstaganden* s. 477–492.

77 Czarniawska beskriver organisation som sociala konstruktionsprocesser och lyfter fram vikten av att i enlighet med Latour leta efter verkställande (performativa), inte demonstrativa (ostensiva) definitioner av organisationer. Utifrån ett rättsteoretiskt perspektiv är det ofrånkomligt att vi kommer att förhålla oss också till de demonstrativa definitionerna. Se bl.a. Czarniawska, *En teori om organisering* s. 15.

78 En för detta arbete intressant rättsvetenskaplig studie som bl.a. lyfter fram profession som föremål för empiriska studier är Vahlne Westerhäll, Thorpenberg och Jonasson. *Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen*. För en mer allmän förståelse för rättsliga studier av professioner se Haller, *Regulating the professions* s. 217–234.

79 Tydliggörande i sammanhanget är Tuoris beskrivning av rättsliga praktiker och kopplingen till juridisk-institutionella fakta. Se Tuori, *Rättens nivåer och dimensioner* s. 7–19.

handlingssystem i relationen mellan personalen som arbetstagare och vårdgivarna som arbetsgivarna.

Den rättsempiriska analysen består i att vi analyserar denna rättsliga ordning, exempelvis inom Västra Götalandsregionen. Vi granskar de avtal, beslut, styrningsdokument m.m. som ligger till grund för den rättsliga ordning inom ramen för vilken hälso- och sjukvården bedrivs i Västra Götaland.⁸⁰ Det är visserligen tveksamt i vilken utsträckning detta ska beskrivas som en rättsempirisk aktivitet. Att analysera innebörd av avtal och beslut av offentliga aktörer är i sig en traditionell (intern) rättslig uppgift och kompetens som följer av juristrollen. Just den omständigheten att vi gör det utifrån en ambition att förstå hur lagar implementeras och hur viss vård möjliggörs gör dock att arbetet bör beskrivas som rättsempiriskt.

2.4.1 Handlingssystem som rättsligt fenomen

Huvudskälet till att det finns behov av en rättsteoretisk utveckling är att det fortfarande inte är självklart att vare sig vetenskapligt eller praktiskt analysera komplexa ordningar som rättsliga handlingssystem. Det är långt ifrån alla som gör distinktionen mellan innehållet i hälso- och sjukvårdsrätten och hälso- och sjukvården som rättsliga handlingssystem. Detta gäller visserligen även i mer privaträttsliga sammanhang, trots att det regelmässigt är tydligare vad som utgör rättsliga handlingssystem. Just när det gäller avtal är det svårt att undvika att göra distinktionen. Exempelvis när man ingår ett avtal om köp av en medicinteknisk produkt är det i princip självklart att vi måste skilja mellan köplagens rättsregler och själva köpeavtalet som bindande avtalsinnehåll. Inom hälso- och sjukvård föreligger givetvis mängder av avtal som vi kan se som rättsliga handlingssystem. Den största mängden rättsliga handlingssystem utgör emellertid del av regional, kommunal och privat organisation.⁸¹ Hälso- och sjukvårdslagen uppställer regler vilka realiseras som rättsliga handlingssystem i den regionala hälso- och sjukvårdsorganisationen. Dessutom aktualiseras alla de regler som generellt lägger grunden för statlig, kommunal och privat verksamhet.

Viktig i detta sammanhang är att inte alla rättsliga handlingssystem baseras på organisation eller avtal. I vissa sammanhang baseras det rättsliga handlingssystemet enbart på förekomsten av rättsregler i lagstiftning m.m. Vi kan här tala om handlingssystem som *statusbaserade* i förhållande till *organisations- och avtalsbaserade*. Som vi kommer att utveckla består flertalet av de patientrelaterade handlingssystemen av sådana statusbaserade system.⁸² Patienten är inte del av hälso- och sjukvårdens organisation och det föreligger i flertalet sammanhang inte heller några bindande avtal i förhållande till hälso- och sjukvården. Patientens relation till hälso- och sjukvården baseras på de anspråk patienten kan göra gällande i bl.a. patientlagen.

⁸⁰ Beträffande avtal som föremål för rättssociologiska studier, se Hydén och Dahlstrand, Avtalet som rättsligt och socialt instrument.

⁸¹ När det gäller förståelsen av organisation och kontrakt utifrån ett sociolegalt perspektiv se bl.a. i introduktionen till Daintith and Teubner, Contract and Organisation – Legal analysis in the light of economic and social theory.

⁸² Se vidare i del 3.

Handlingssystem är rättsliga i den utsträckning det är möjligt att tala om rättslig bundenhet. Så är fallet vad gäller ingångna avtal mellan olika rättssubjekt. Bundenheten begränsas regelmässigt till de som ingått avtalet. Motsvarande gäller beträffande organisatorisk utveckling och beslutsfattande. Bundenhet uppkommer inom ramen för organisationen. Ett styrelsebeslut binder ledningen o.s.v. Exakt hur den rättsliga bundenheten uppkommer skiljer sig åt beroende på vilken rättslig association/organisation det är frågan om och vilka beslut det avser. Ofta är det frågan om rättsliga handlingssystem som baseras på ett samspel mellan organisatoriska beslut, avtal och rättslig status.

En central uppgift för detta arbete är följaktligen att rättsempiriskt studera hälso- och sjukvården i detta avseende. Eftersom hälso- och sjukvård bedrivs inom ramen för landets samtliga regioner och kommuner, kommer vi att avgränsa studien primärt till ett fåtal regioner. Intressant att studera är hur verksamheten bedrivs på regional nivå, men även hur regionerna samverkar med kommuner och andra regioner, samt även ger uppdrag till privata aktörer att tillhandahålla hälso- och sjukvård.

2.4.2 Hälso- och sjukvården som planerade, intervenerade och självreglerande handlingssystem

En teoretisk distinktion som illustrerar hur komplex hälso- och sjukvården är som rättslig ordning, är den där vi skiljer på handlingssystem beroende på om de är självreglerande, intervenerade och planerade.⁸³ Denna distinktion är framför allt klargörande när det gäller samspelet mellan staten och det privata näringslivet. Tar vi utgångspunkt i "friheten" att bedriva privat näringsverksamhet ser vi gärna associationerna, egendomstransaktionerna, avtalsrelationerna såsom självreglerande handlingssystem. Även om företagens verksamhet är beroende av statsmaktens möjliggörande så innebär den självreglerande dimensionen att vi upplever att det föreligger "frihet" – frihet att etablera företag, att förfoga över sin egendom, att ingå avtal om samarbeten o.s.v.

Ett intervenerat system kännetecknas av att det som utgångspunkt är självreglerande, men att staten ingriper för att exempelvis skydda svaga aktörer, värna om miljö och andra värden, motverka marknadsmisslyckanden etc. Innebörden härav är att mer eller mindre alla handlingssystem inom det näringsliv som är relevant för hälso- och sjukvården är intervenerade, dvs. statsmakten har i något avseende uppställt regler för efterlevnad etc. När det gäller utveckling av läkemedel och medicintekniska produkter är interveneringen omfattande. Det krävs särskilda handlingssystem för klinisk utvärdering och prövning, riskhantering, kvalitetsledning o.s.v.

Om det i stället skulle vara så att det är staten själv som utvecklar handlingssystemen är det, enligt denna begreppsapparat, frågan om planerade system. Mycket av statens verksamhet bedrivs inom olika myndigheter. Detta är verksamhet som inrättas av regering och riksdag. Genom lagstiftning, förordningar och regleringsbrev planeras vad myndigheterna ska och får ägna sig åt. Myndigheterna får inte gå utanför vad som föreskrivits av riksdag och regering. Särskilt intressant för detta arbete är att flertalet universitet och högskolor är statliga myndigheter.

⁸³ Se vidare Hydén, Normvetenskap, s. 141.

En huvudfråga i detta arbete är hur man ska förstå de rättsliga handlingssystemen inom hälso- och sjukvården, där det är regioner och kommuner som är huvudmän. Eftersom det som utgångspunkt råder s.k. kommunalt självstyre, vilket gäller för kommuner såväl som regioner, skulle man kunna argumentera för att de kommunala handlingssystemen i förhållande till staten som utgångspunkt är självreglerande. Samtidigt är den regionala verksamheten en del av den offentliga och skattefinansierade verksamheten. Regionernas fullmäktige är demokratiskt valda och hälso- och sjukvården är i enlighet härmed politiskt styrd. Med utgångspunkt i regionen som verksamhet är det följaktligen mer närliggande att se hälso- och sjukvården som planerade handlingssystem. Oavsett vilket så är hälso- och sjukvården, vilket diskuterats ovan, styrd av staten genom lagstiftning, förordningar och utpekade myndigheters föreskrivna verksamhet, varför handlingssystemen samtidigt är intervenerade från staten.

Samspelet mellan staten och region/kommun är följaktligen komplext och samtidigt av avgörande betydelse när det gäller utvecklande av handlingssystem som resulterar i god vård som också är jämlik. En intressant modell som beskriver statens styrning i förhållande till region och kommun skiljer mellan strukturskapande styrning, direkt innehållsstyrning och indirekt innehållsstyrning.⁸⁴ Den strukturskapande styrningen tydliggör ansvar för verksamheten och hur verksamheten ska organiseras, dvs. vilka handlingssystem som behövs i förhållande till vilka aktörer (jfr nedan om de konstituerande normerna). Den direkta innehållsstyrningen avser hur själva verksamheten konkret ska bedrivas, medan den indirekta innehållsstyrningen kan avse olika former av mål- och resultatstyrning (jfr nedan om handlingsdirigerande normer). Här är det frågan om vad som ska ske inom ramen för handlingssystemen. Den indirekta styrningen lämnar följaktligen större frihet till regionerna att bestämma hur de ska bedriva själva hälso- och sjukvården.

2.4.3 Patientrelationer som rättsliga handlingssystem

Generellt sett kan vi konstatera att när det gäller rättsliga handlingssystem är det närliggande att ta avstamp i maktstrukturer, dvs. hur regioner och kommuner såsom huvudmän organiserar hälso- och sjukvård i öppenvård i förhållande till slutenvård, eller hur verksamheten organiseras som primärvård, sjukhusvård och specialistvård. Vi ser framför oss handlingssystem för att leda verksamhet, för att säkerställa kvalitet i insatser, för att utvärdera och följa upp misstag och skador o.s.v. I denna studie är emellertid ambitionen att utgå från patientrollen och hur den konkreta verksamheten bedrivs. Vi kommer som sagt att lägga stor vikt vid hälso- och sjukvårdens olika roller och hur olika handlingssystem föreligger i förhållande till dessa.⁸⁵ Läkare, sjuksköterskor, verksamhetschefer, hälso- och

⁸⁴ Statskontoret, Rapport 2005:28 Reglering och andra styrmedel. En studie av hur staten styr kommuner och landsting. Jfr Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 116.

⁸⁵ Rollbegreppets funktion och betydelse har utvecklats bl.a. av Berger och Luckmann som förklarar att roller är resultatet av "typifications" av "performances" och att "the origins of any institutional order lie in the typification of one's own and others' performances". Se Berger and Luckmann, *The Social Construction of Reality – A Treatise in the Sociology of Knowledge* s. 90.

sjukvårdspolitiker m.fl. är i stor utsträckning rättsligt reglerade roller, vilka alla utgör ställföreträdare för hälso- och sjukvårdsorganisationen, om än på olika sätt.⁸⁶

Utmärkande för detta arbete är att vi sätter patienten i centrum. Redan i detta introducerande sammanhang kan vi konstatera att patienten inte utan vidare inkluderas i de maktbaserade handlingssystemen. Detta är en reflektion som gäller i princip alla sammanhang där den enskilde medborgaren vänder sig till det offentliga för stöd och hjälp. Här föreligger en annan logik. Den enskilde personen är inte en del av organisationen och några avtal ingås regelmässigt inte heller. Därmed inte sagt att det inte är ändamålsenligt att även beskriva den enskildes relationer som handlingssystem. Det finns ett antal relationer som behöver analyseras som rättsliga handlingssystem:

- patienten i relation till godemän, fullmaktshavare, närstående m.fl.
- patienten (och dennes företrädare) i förhållande till hälso- och sjukvårdens professioner och personal
- patienten i förhållande till vårdgivare
- patienten i förhållande till hälso- och sjukvårdens huvudmän (regionerna och i viss utsträckning kommunerna)
- patienten i förhållande till staten och dess olika företrädare

I vissa relationer, som i relationen mellan patient och fullmaktshavare, så föreligger en avtalsrelation. I dessa fall är det tydligare vad som utgör själva handlingssystemet. I övriga relationer är det mer frågan om handlingssystem baserade på rättslig status. En viktig uppgift är följaktligen att analysera i vilken utsträckning och hur dessa relationer kan förstås såsom rättsliga handlingssystem. En djupare förståelse i detta avseende är en förutsättning för att kunna analysera hur dessa relationer blir personcentrerade.

2.4.4 Rättsliga handlingssystem på hälso- och sjukvårdens mikro-, meso- och makronivå

En viktig uppgift i detta arbete är följaktligen att utvärdera och tydliggöra hur hälso- och sjukvård bedrivs inom ramen för rättsliga handlingssystem på olika institutionella nivåer. Då hälso- och sjukvården bedrivs med regionala och kommunala huvudmän är det särskilt viktigt att utvärdera handlingssystemen inom dessa verksamhetsformer. Hälso- och sjukvården är som framgått en av staten reglerad verksamhet, men det är också en verksamhet som man har att hantera inom ramen för det kommunala och regionala självstyret. Handlingssystem på huvudmannanivå är på, vad som ofta beskrivs som, makronivå i hälso- och sjukvården. Implementeringen av ”patientens rätt” och möjliggörandet av personcentrerad vård förutsätter, som vi kommer att utveckla, en ingående förståelse av hur man styr och bedriver hälso- och sjukvård inom ramen för landets 21 regioner och 290 kommuner. Centralt i sammanhanget är förståelsen för den samverkan som föreligger mellan alla dessa rättssubjekt.

⁸⁶ En viktig dynamik är den mellan de professionsbaserade handlingssystemen och de mer organisatoriska handlingssystemen. Jfr Carlstrom and Olsson, The association between subcultures and resistance to change – in a Swedish hospital clinic s. 460.

När det gäller handlingssystem på vårdgivarnivå, dvs. inom och mellan aktörer som tillhandahåller själva vården, används ofta begreppet mesonivå. Hälso- och sjukvård utförs av både regioner och kommuner. Viktigt i sammanhanget är att många kommuner och regioner upphandlar externa vårdtjänster. Dessa tillhandahålls ofta av bolag och andra privaträttsliga subjekt. Oavsett vem som är vårdgivare kommer det att etableras handlingssystem i relationen mellan personal och patient. Dessa föreligger på den s.k. mikronivån.

2.5 Normer som hälso- och sjukvårdssystemets byggstenar

Ett centralt teoretiskt ställningstagande för detta arbete är att handlingssystemens beståndsdelar är normer.⁸⁷

“Norms are fundamental components of what we call action systems. What makes a system an action system is the fact that the system is based on norms, instructions on how to act.”⁸⁸

Personcentrering handlar i slutändan om vilka normer som tillämpas i konkret verksamhetsutövning. Metodologiskt kommer arbetet i stor utsträckning bestå i analyser av hur rättsregler i lagstiftning m.m. verkar som rättsliga normer för hälso- och sjukvårdens rättsliga handlingssystem. Rättsempiriskt är det frågan om att analysera hur specifika regioner, kommuner, vårdgivare m.fl. utformar sina handlingssystem baserade på rättsliga normer.

2.5.1 Samspelet rättsregler och rättsliga normer

En teoretisk uppgift i detta arbete är således att tydliggöra hur hälso- och sjukvård kan förstås som rättsliga handlingssystem baserade på normer. Hydén menar att det finns behov av en särskild normvetenskap:

”Vi behöver en rätts- och samhällsvetenskaplig forskning som analyserar vilken funktion och samband med övriga normer i samhället som en viss norm har. För att sedan förstå normernas relation till rättsreglerna måste vi ha en rätts- och samhällsvetenskaplig forskning som relaterar befintliga rättsliga företeelser till deras bakomliggande normativiteter.”⁸⁹

Rättsvetenskapligt är det, ur detta perspektiv, avgörande att integrera kunskap om lagstiftning och andra rättsreglers innehåll och utformning med kunskap om reglers funktioner som normer i samhällets olika handlingssystem.⁹⁰

87 Ett viktigt teoretiskt avstamp för detta ställningstagande är Hydéns arbete med “normvetenskap”. Hydén utvecklar teorier om hur normer påverkar och samspekar i handlingssystem. Se vidare Hydén, Normvetenskap s. 95–128.

88 Hydén, Sociology of law as the science of norms s. 108.

89 Hydén, Normativa grundmönster – mot en teori om rättsliga förändringsprocesser s. 155.

90 Jfr Carlssons och Isacssons ställningstagande avseende forskning om patientens ställning. ”Två olika teman som i grunden inrymmer en sammanhängande problematik när det gäller rättens utveckling: förhållandet mellan rättens/rättstillämpningens kommunikativa kvalitet och rättens/rättstillämpningens funktionalisering. Vi anser att analysen av det kommunikativa handlingsbegreppet och dess rationalitet kan vara viktig i ett samhälle där det kommunikativa handlandet allt mer ersätter traditionens integrativa funktioner.” Carlsson och Isacsson. Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning – En studie av patientens ställning och av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd s. 18–19.

Den teoretiska diskussionen om hur man ska förstå vad som är normer och hur dessa ska kategoriseras är omfattande. Centralt för detta arbete är, som ovan sagts, distinktionen mellan rättsliga idésystem (rättskällor) och rättsliga handlingssystem. Med utgångspunkt i denna distinktion skiljer vi mellan rättsregler som följer av lag, förordning, rättsfall och andra rättskällor, å ena sidan, och rättsliga normer som grundval för och inslag i de rättsliga handlingssystemen, å den andra.⁹¹ Distinktion är särskilt tydlig i en kontext där man har ansvar för att utveckla hälso- och sjukvård som verksamhet. Ur ett rättsligt perspektiv handlar det i stor utsträckning om att etablera och hantera organisationer och avtalsrelationer. Som ansvarig har man ett större eller mindre utrymme att utforma egna rättsliga normer. Detta beror på vilken rättslig kompetens man har och vilka rättsregler som man har att tillämpa. De inom ramen för verksamheten bindande rättsnormerna baseras följaktligen på organisatoriska beslut och även ingångna avtal. Grundläggande i sammanhanget är att normerna också baseras på rättsregler i lagstiftning och andra rättskällor. Det är i detta sammanhang vi talar om rättslig status – normen är rättslig p.g.a. sin status som bindande rättsregel.⁹²

Med en ambition att tydliggöra samspelet mellan hälso- och sjukvårdsrätt och utvecklandet av hälso- och sjukvården som rättsliga handlingssystem kan vi urskilja ett antal kategorier av normer.⁹³ I kontexten av handlingssystem är normer som utgångspunkt handlingsanvisningar. Normer baseras på förväntningar och skapar förväntningar på dem som agerar och har en ställning inom handlingssystemet.⁹⁴ De fördelar ansvar och möjligheter, tydliggör uppgifter och samordnar beteenden.⁹⁵

Sammantaget kan vi konstatera att vi skiljer mellan rättsregler och rättsprinciper som vi uttolkar ur lagstiftning och andra rättskällor, å ena sidan, i förhållande till rättsliga normer som en del av de rättsliga handlingssystemen, å den andra sidan. Distinktionen häremellan är långt ifrån självklar, men ändå avgörande. Kärnan i distinktionen är det teoretiska ställningstagandet att rättsregler verkar som rättsnormer, dvs. har funktionen som rättsnorm i ett specifikt rättsligt handlingssystem

91 Hydén konstaterar följande vad gäller denna form av distinktion: "Similar distinctions have been made by authors such as Jürgen Habermas, who distinguishes between law as an institution and law as a governing mechanism, and Roberto Mangabeira Unger, who distinguishes between what he calls legal order, on the one hand, and regulation on the other." Hydén, *Sociology of law as the science of norms* s. 133.

92 Enligt Hydén kan man skilja mellan deskriptiva eller preskriptiva normer, dvs. normer som faktiskt tillämpas och normer som styr och påverkar vårt beteende som handlingsanvisningar. Normer på handlingssystemsnivå är utifrån denna distinktion preskriptiva. Se Hydén, *Normvetenskap* s. 59.

93 Enligt Strömberg kan hela systemet av rättsregler delas in i ett system av tre slags regler: handlingsregler, kvalifikationsregler och kompetensregler. Strömberg gör dock inte en tydlig distinktion mellan rättsreglerna i rättssystemet och deras verkan som rättsnormer i de av aktörerna skapade handlingssystemen. Se Strömberg, *Inledning till den allmänna rättsläran*. Jfr även Peczenik, *Rättsnormer* s. 15–32.

94 Aubert beskriver normer som förväntningar vilka förutsätter en viss nivå av "socialt tryck". Se Aubert, *Socialt samspel* s. 30.

95 En intressant begreppsbildning i sammanhanget är hur man kan förstå sociala institutioner som kommunikativt samspelande normcirkel. Se Elder-Vass, *The Casual Power of Social Structures – Emergence, Structure and Agency* s. 122.

mellan exempelvis en regional huvudman och en specifik vårdgivare. Rättsreglers och rättsprincipers funktion som rättsnormer skiljer sig beroende på om de rättsliga handlingssystemen är avtalsbaserade, organisationsbaserade eller statusbaserade. En och samma rättsregel, exempelvis patientens rätt till delaktighet, kan dessutom ha olika funktioner som rättsnorm beroende på vilka handlingssystem det är frågan om. Detta blir tydligt om vi utgår från hur specifika vårdåtgärder som diagnos, behandling, rehabilitering o.s.v. ska hanteras inom ramen för hälso- och sjukvården som rättsliga handlingssystem. Hälso- och sjukvården styrs och bedrivs som sagt inom ramen för statliga, regionala, kommunala och privata handlingssystem. Med utgångspunkt i det specifika handlingssystemet är den övergripande frågan vad som utgör handlingssystemens konstitutiva respektive handlingsdirigerande normer.

2.5.2 Konstitutiva normer – kvalifikations- och kompetensnormer

En första huvudkategori av normer som vi kommer att använda oss i den sociologala analysen av hälso- och sjukvårdens handlingssystem är de konstitutiva normerna, dvs. de normer som skapar institutionella fakta, vilka kan förstås som element i handlingssystemet.⁹⁶ När staten genom lagstiftning och andra föreskrifter styr hälso- och sjukvården i detta avseende kan vi beskriva normerna som strukturskapande (se ovan i avsnitt 2.4.2). Statsmakten möjliggör genom lagstiftning konstituerandet av vårdrelationen, patientrollen, läkarrollen, patientjournalen, diagnosen o.s.v. som institutionella fakta/fenomen. Det är samtidigt regionerna som huvudmän för hälso- och sjukvården som har att hantera själva konstituerandet genom organisatoriska beslut, ingående av avtal och åberopande av rättslig status. Sammantaget gör de konstitutiva normerna handlingssystemet till just ett system.

De konstitutiva normerna kan delas in i kvalifikationsnormer och kompetensnormer. Det är kvalifikationsnormer som rättsligt kvalificerar institutionella fakta/fenomen.⁹⁷ Det kan vara frågan om rättslig kvalificering av just patientrollen. Kvalificeringen av ”rollen” är för detta arbete av stor betydelse.⁹⁸ En rättslig kvalificering av en roll innebär att en person får en särskild ställning och position i handlingssystemet. Kompetensnormer är normer som delegerar makt, ger vissa aktörer särskilda rättsliga uppdrag och ställning att fatta beslut,

96 För en relativt djupgående analys i detta avseende se Peczenik, Vad är rätt? – Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation s. 159–183.

97 En i sig intressant och långvarig diskussion är i vilken utsträckning institutionella fakta finns eller inte. Att de har stor praktisk betydelse säger sig självt. Samtidigt är det viktigt att konstatera att de inte har en självständig existens i den mening att de existerar i tid och rum, utan är beroende av kollektivt kommunikativt handlande. Jfr Peczenik, Vad är rätt? – Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation s. 181.

98 Berger och Luckman förklarar hur roller utgör kittet i samhällsbygget: “The roles represent the institutional order. This representation takes place on two levels. First, performance of the role represents itself. For instance, to engage in judging is to represent the role of judge... Second, the role represents an entire institutional nexus of conduct. The role of judge stands in relationship to other roles, the totality of which comprises the institutions of law. The judge act as a representative of this institution. Only through such representation in performed roles can the institution manifest itself in actual experience.” Berger and Luckmann, *The Social Construction of Reality – A Treatise in the Sociology of Knowledge* s. 92.

handla etc. Med kompetensnormer ger vi de rättsligt kvalificerade aktörerna särskilda ansvar och befogenheter. En mycket central fråga för detta arbete är följaktligen vad en personcentrering av vården innebär när det gäller de till patientrollen kopplade kompetensnormerna. Samspelet mellan iklädandet av en institutionell roll och den egenupplevda identiteten har också i tidigare forskning lyfts fram som ett av de mest centrala elementen i utvecklingen av personcentrering.⁹⁹ Med ett rollfokus frågar vi oss vad en patient är som kvalificerat subjekt, medan vi med ett identitetsperspektiv frågar oss vem patienten är.¹⁰⁰ Vi lägger som sagt särskilt vikt vid samspelet mellan rollen som patient, hälso- och sjukvårdsprofessionens roller, rollen som vårdgivare och rollen som huvudman för hälso- och sjukvårdssystemet. Av särskilt intresse för detta arbete är också den rättsliga kvalificeringen av vad som utgör ”god vård”. Vad är normerna (kvalificeringskriterierna) för god vård när det gäller specifik undersökning, diagnostisering, behandling, medicinering o.s.v. Det är i detta sammanhang som vi också frågar oss hur kvalificeringen av god vård förhåller sig till kvalificeringen av personcentrerad vård. Kunskapsstyrning och normutveckling är här intimt sammanflätade.

Sammantaget kan vi konstatera att vi kommer att analysera hur rättsregler verkar konstituerande i förhållande till hälso- och sjukvården som handlings-system. Detta gör vi genom att tydliggöra hur de verkar som kvalifikations- och kompetensnormer. Centralt i detta sammanhang är den rättsempiriska analysen av hur region, kommun, vårdgivare m.fl. verkar för att konstituera de konkreta handlingssystemen. Handlingssystemet har som beskrivits sin rättsliga grund i vad som förenklat kan beskrivas som samspelet mellan rättslig status, organisatoriskt beslutsfattande och avtalsöverenskommelser. Vår ambition är följaktligen att så långt möjligt analysera och påvisa vad hälso- och sjukvårdssystemets handlingssystem består i och hur de utvecklas utifrån detta samspel.¹⁰¹ I denna analys kommer vi följaktligen att metodologiskt skilja mellan 1) rättsregler och rättsprinciper i lagstiftning etc., 2) rättsnormer i handlingssystem och 3) vad individer konkret gör.

99 Se bl.a. Kristensson Uggle, *Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård* s. 39.

100 Se närmare om samspelet mellan roll och identitet i Berger and Luckmann, *The Social Construction of Reality – A Treatise in the Sociology of Knowledge* s. 90.

101 Belysande är Peczeniks förklaring: ”En handling som i förening med konstitutiva normer leder till ett institutionellt faktum kallas till performativ handling. Handlingen kan vara fysisk eller språklig”. Peczenik, *Rätten och förnuftet: en lärobok i allmän rättslära* s. 49.

2.5.3 Handlingsdirigerande normer

En andra huvudkategori av normer vi kommer använda oss av i den sociolegala analysen är handlingsdirigerande normer som föreskriver hur aktörer ska bete sig.¹⁰² I handlingssystem mellan olika aktörer föreligger handlingsnormer. Det kan vara fråga om förbudsnormer som definierar vad hälso- och sjukvårdspersonal inte får göra och påbudsnormer som förklarar vad de måste, bör eller får göra. Icke-handlandet, dvs. förbudet, är också att se som handlingsdirigerande. Normer som föreskriver vad man får göra betecknas även som tillåtelsenormer.

När statsmakten genom lagstiftning och föreskrifter uppställer rättsregler som verkar handlingsdirigerande kan vi tala om direkt innehållsstyrning (se ovan i avsnitt 2.4.2). Regelmässigt föreligger visserligen ett visst normativt utrymme för den som har att tillämpa den handlingsdirigerande normen. Fullt möjligt är att regionen genom rutiner eller motsvarande utformar ytterligare handlingsdirigerande normer för hur en viss vårdåtgärd ska utföras. Det är i sig tänkbart att statsmakten begränsar sin styrning till rättsregler som verkar konstituerande. Hälso- och sjukvårdspersonalen ges, exempelvis, genom legitimation en viss professionell kompetens, vilken de har att utöva.

En annan typ av handlingsnormer är normer som uppställer mål (målnormer) och föreskriver vad som ska uppnås inom ramen för handlingssystemet. När statsmakten genom lagar och föreskrifter uppställer målnormer kan vi tala om indirekt innehållsstyrning enligt ovan. I lagstiftningssammanhang används ofta begreppet ramlagstiftning. Statsmakten uppställer mål m.m. vilka verkar som ”ramar” för vad hälso- och sjukvården har att hantera. Det kan sedan vara upp till regionerna i vilken utsträckning de ska utfärda mer specifika rutiner etc. vilka verkar som handlingsdirigerande normer för vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal.

Personcentrering som vision är typiskt sett målnormer, medan mer konkreta strategiska ställningstaganden om att implementera ökad personcentrering kan vara både målnormer och mer preciserade förbuds- och påbudsnormer.¹⁰³ Det är givetvis en stor skillnad mellan personcentrering som allmänt formulerade målnormer, i förhållande till personcentrering som preciserade påbudsnormer om hur specifika vårdinsatser ska utföras. Redan genom att tänka i dessa kategorier av normer får man en relativt god överblick över hur vi genom normer påverkar beteenden i handlingssystem. Vi uppställer normer om vad som ska eftersträvas, vad som måste göras, vad som får göras och vad som inte får göras.

¹⁰² Hydén förklarar hur de olika normkategorierna samspelar: ”According to sociology dictionaries, there is a sliding transition between the three main types of norms. Constructive norms describe how we expect an interaction to occur, e.g. football rules, grammar rules or rules for market behaviours. Competence norms describe who is to make, or should make, decisions, carry out agreed actions or take responsibility for the ensuing results. These are seen as important components of social roles. The third category consists of action norms. They prescribe how people must, or ought to, act. They can, in turn, be categorized as either goal-oriented or not.” Hydén, *Sociology of law as the science of norms* s. 104.

¹⁰³ Det är förekommande att avskilja målnormer från handlingsnormer och som samlingsbegrepp tala om regulativa normer. Se Peczenik, *Rätten och förnuftet: en lärobok i allmän rättslära* s. 48.

Normer kan vara riktade till alla aktörer inom ett handlingssystem, men kan också avgränsas till specifika aktörer och t.o.m. utpekade rättssubjekt, exempelvis Västra Götalandsregionen.

2.5.4 Rättsliga normer i förhållande till etiska, organisatoriska, sociala, medicinska och tekniska normer

En annan indelning som vi kommer att använda oss av i vår sociolegal analys är den mellan vad som är rättsliga normer i förhållande till etiska normer, organisatoriska normer, sociala normer, medicinska normer och tekniska normer. Utgångspunkten i detta sammanhang är distinktionen mellan rättsliga normer och vad som är icke-rättsliga normer. Vissa normer är rättsligt bindande, medan andra inte är det. Här är det som ovan diskuterats viktigt att skilja mellan bindande rättsregler på rättskällennivå och bindande rättsnormer på handlingssystemsnivå. Den rättsliga bundenheten på handlingssystemsnivå är som ovan konstaterats mer sofistikerad. Bundenheten avgränsas ofta till en viss konstellation av aktörer. Det är avtalsparterna som är rättsligt bundna o.s.v. Icke-rättsliga normer är följaktligen normer som inte är rättsligt bindande i något avseende, dvs. de innefattas inte i avtal, organisatoriskt beslutsfattande eller har en rättslig status genom lagstiftning eller förförskrifter.

Utifrån vår rättsteoretiska begreppsbyggnad menar vi förvisso inte att en etisk norm inte också kan vara en rättslig norm. Tvärtom menar vi att så ofta är fallet. Många av de normer som av hälso- och sjukvårdspersonal betraktas som viktiga etiska normer är också rättsliga normer, dvs. de är rättsligt bindande i något avseende. Dock är inte alla etiska normer rättsliga normer. Motsvarande gäller också de andra kategorierna av normer, om än i olika utsträckning.

Anledningen till att vi delar in normer i följande kategorier är deras olika funktion och kontext. Vi avgränsar normer utifrån vilken funktion de har i hälso- och sjukvårdssystemet. En viktig kategori av normer är de vi beskriver som *organisatoriska normer*. Här handlar det om normer riktade till aktörer inom statlig, regional, kommunal och privat organisation. Det är konstituerande och handlingsdirigerande normer såväl inom som mellan organisationer på dessa nivåer. Många av de organisatoriska normerna är också rättsliga. En viktig uppgift i arbetet är att analysera och utveckla hur de organisatoriska normerna inom hälso- och sjukvården är rättsligt bindande i något avseende och därmed att betrakta som rättsliga normer på handlingssystemsnivå.

Det mest vidsträckta normbegrepp vi använder är *social norm*. Begreppet social norm använder vi som ett generellt begrepp för förväntade beteenden m.m. i mänskliga relationer utan närmare funktion och kontext.

”Sociala normer är sammansatta av förväntningar. När vissa förväntningar regelbundet utlöses i en viss typ av situationer, är detta ett tecken på att det föreligger en norm. Förväntningarna är inte bara utslaget av en tillfällig nyck eller av något helt speciellt i den konkreta situationen. Skall vi kunna tala om att det föreligger en norm, måste förväntningarna ha en viss varaktighet och stabilitet.”¹⁰⁴

104 Aubert, Socialt Samspel s. 28.

Alla normer är i någon mening sociala normer. Inom ramen för patientens privata sfär kan det vara aktuellt att tala om sociala normer. Utmärkande för begreppsanvändning är att vi typiskt sätt talar om icke-rättsliga normer i relationer där det inte utvecklats tydliga handlingssystem.

När man talar om *etiska normer* är det närliggande att fokusera på de deklARATIONER som gjorts av olika organisationer, exempelvis FN och andra internationella organisationer.¹⁰⁵ I detta arbete ser vi de etiska normerna som de normer som framför allt de olika professionerna uppställer för sitt utövande. Att det föreligger en tydlig överlappning mellan professionernas etik och de olika etiska deklARATIONER som gjorts tydliggörs av de etiska riktlinjer m.m. som utarbetats av de olika professionernas intresseorganisationer.¹⁰⁶ Hur vi kommer att förhålla oss till etik och etiska normer kommer vi att utveckla vidare i avsnitt 4.3 och 16.3.

En kategori av normer som vi kommer lägga särskild vikt vid i detta arbete är de *medicinska normerna*. Vi kommer använda begreppet relativt extensivt. En medicinsk norm kan avse hur en undersökning ska göras, diagnos ska ställas, en behandling utföras, rehabilitering tillgodoses o.s.v. Centralt för arbetet är hur medicinska normer är rättsliga normer utifrån vad som är god vård. På denna nivå kommer vi i arbetet utveckla och tillämpa vad som kan beskrivas som en medikolegal teori och metod. Det handlar i stor frågan om att utveckla det rättsliga kravet på god vård som specifika medicinska normer. En intressant inledande reflektion i sammanhanget är hur personcentrerad vård kan innefattas i denna medikolegala utveckling av kvalitetsnormer för vad som utgör god vård.

Vad som utgör *tekniska normer* kan förstås utifrån flera perspektiv. Ett perspektiv är att betrakta tekniska normer som normer för hur man i olika avseenden ska utnyttja teknisk utrustning. Utifrån detta perspektiv är de tekniska och medicinska normerna överlappande. Mer intressant är när man ser den tekniska normen som ett krav för en upprepningsbar teknisk uppgift. I detta sammanhang används ofta begreppet teknisk standard. Särskilt intressant är här hur exempelvis en vårdåtgärd, i stället för att baseras på mänskligt handlande, kan överföras till en teknisk lösning. Detta är också kärnan i vad som kan ses som digitaliseringen av hälso- och sjukvården.

2.6 Hälso- och sjukvårdens digitalisering

En ytterligare teoretisk ingång, avseende det sociolegala perspektiv, är hur digitaliseringen av hälso- och sjukvården kan förstås utifrån ett rättsligt perspektiv.¹⁰⁷ Som vi kommer att utveckla i detta arbete är den omständigheten personcentrerad

¹⁰⁵ Se exempelvis Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. General Assembly resolution 37/194.

¹⁰⁶ Ett exempel är Läkarförbundets etiska regler.

¹⁰⁷ En fråga i sammanhanget är vad vi mer konkret menar med digitalisering. En förkommande förklaring är att som begrepp används det framför allt med två olika innehåll: 1) som beskrivning av övergången från användandet av analog teknik till digital teknik, 2) som beskrivning av en omvandling baserad på datorisering och utvecklingen inom informations- och kommunikationsteknologi m.m. Det är framför allt den senare innebörden av digitalisering vi är intresserade av i detta arbete. Jfr Iveroth, Lindvall och Magnusson, Digitalisering och styrning s. 17–18.

hälso- och sjukvård kan förstås som något av ett paradigmskifte nära sammankopplat med digitaliseringen av hälso- och sjukvården. Av särskilt intresse för detta arbete är hur kvalitetskraven på hälso- och sjukvården behöver utvecklas i och med digitaliseringen. Centralt inom detta skifte är den s.k. kunskapsstyrningen. Digitaliseringen möjliggör alltmer sofistikerad styrning och även utförande av hälso- och sjukvård. Det vi idag diskuterar som AI – artificiell intelligens – ställer denna utveckling på sin spets. Vårdrutiner digitaliseras och medicinska överväganden ersätts, eller i vart fall kompletteras, med AI-lösningar. En intressant utveckling för detta arbete är hur digitaliseringen möjliggör vad som kan beskrivas som personcentrerad medicinteknik.¹⁰⁸

¹⁰⁸ Se vidare kapitel 17.

KAPITEL 3

PERSONCENTRERINGENS NORMER

3.1 Möjliggörande av förändrat beteende, verksamhetsutveckling och strukturomvandling

I detta kapitel ska vi introducera och analysera hur resultatet av policyarbete och även forskningsbaserad begreppsutveckling avseende personcentrerad hälso- och sjukvård kan förstås som normer för patienter och hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Forskningsmässigt har vi analyserat tidigare forskning och även policyarbete som bedrivits med ett explicit fokus på personcentrering. Analytiskt har vi tillämpat ett sociolegalt perspektiv och frågat oss vad som är den normativa intentionen och även implikationerna av tidigare forskning och även policyarbete. Utfallet av denna sonderande genomlysning kommer vi att förhålla oss till i det fortsatta arbetet. Det är särskilt viktigt vad gäller samspelet med implementeringen av ”patientens rätt”. Redan här kommer vi att reflektera över i vilken utsträckning inte minst policyarbetet avseende personcentrering är tänkt att implementeras som rättsliga normer.

En särskild utmaning för ett arbete som syftar till att analysera hur man kan möjliggöra personcentrerad vård är preciserandet av vad som faktiskt ska möjliggöras. Denna utmaning är särskilt viktig att hantera i rättsvetenskapliga sammanhang, med beaktande av rättsliga analysers normativa konsekvenser.

“If law is indeterminate, all scholarship on what the law is becomes a form advocacy rather than a “neutral” or “scientific” activity. If there is no distinct form of legal reasoning, scholarly argumentation about the law blends into political and ideological debate.”¹⁰⁹

Rättsvetenskapens normativa karaktär påkallar följaktligen både en medvetenhet och öppenhet.¹¹⁰ En viktig introducerande uppgift är följaktligen att analysera diskursen om personcentrering utifrån ett normerande perspektiv. Kan vi avgränsa tydliga kvalifikationsnormer i förhållande till vad som är personcentrerad vård? Är det möjligt att tydliggöra särskilda kompetensnormer som definierar olika aktörers ansvar vad gäller personcentrering? Kanske kan vi precisera specifika handlingsnormer man har att förhålla sig till då man ikläder sig rollen som patient, hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare etc. Kanske är det t.o.m. möjligt att avgränsa specifika handlingsdirigerande normer som preciserar vad som kommer resultera i en personcentrerad insats? En närmare förståelse i detta avseende är viktigt för att rama in den normbaserade dynamiken mellan implementeringen av ”patientens rätt” och utvecklandet av personcentrerad hälso- och sjukvård.

Som redan antytts inbegriper diskursen om ”personcentrering” flera perspektiv och synsätt; samtidigt tydliggör en genomlysning av diskursen att det finns

¹⁰⁹ Trubek, Where the Action is – Critical legal studies and Empiricism s. 578.

¹¹⁰ Detta ställningstagande baseras på insikten om juristprofessionens normativa ansvar. Ett ansvar som också omfattar rättsvetenskapen. Se bl.a. Hydén som säger att ”vetenskapen måste ta det normativa på allvar och öppet redovisa vilka premisser som det normativa vilar på i det enskilda fallet”. Se Hydén, Normvetenskap s. 15.

tydliga förhållningssätt som går att relatera till varandra. Vi menar att det med utgångspunkt i ovan presenterade sociolegala ansats är möjligt att avgränsa ett antal olika normbaserade förhållningssätt till personcentrerad hälso- och sjukvård. I detta avsnitt kommer vi således att presentera en sonderande analys av diskursen avseende personcentrerad hälso- och sjukvård. Vi har studerat hur forskare, utredare, myndighetsföreträdare och andra policyutvecklare presenterar vad som utgör personcentrerad hälso- och sjukvård. Själva analysen består följaktligen i att vi frågar oss hur vi kan förstå personcentrering som normer i olika avseenden. En intressant fråga i sammanhanget är hur de olika förhållningssätten till personcentrerad vård legitimeras. För forskare som bedriver forskning om konkret hälso- och sjukvård är det exempelvis inte ovanligt att tala om vetenskaplig evidens. Andra exempel på legitimationsgrunder är att det är etiskt påkallat eller politiskt förankrat. En för detta arbete viktig legitimationsgrund är så klart att det är ett påkallat arbetssätt enligt lag, förordning eller bindande föreskrifter.

3.2 Personcentrering som målnorm

Med ett sociolegalt perspektiv är det nära till hands att närma sig personcentrerad hälso- och sjukvård som en målnorm. Vårdanalys konstaterar i sin rapport ”Från mottagare till medskapare” att personcentrerad hälso- och sjukvård bl.a. bör förstås som ett mål för hälso- och sjukvården.

”Personcentrering ses här som ett eget mål bland andra, exempelvis effektiv vård och jämlik vård, som hälso- och sjukvården ska tillämpa olika medel för att uppnå.”¹¹¹

Vårdanalys lyfte i en tidigare utvärdering fram hur det utifrån internationellt perspektiv skett en utveckling där ”patientcentrering” utvecklats som policymål, dvs. ett mål för dem som ägnar sig åt policyutveckling.¹¹² I ett sådant sammanhang, där vi placerar personcentrerad hälso- och sjukvård tillsammans med målnormer om jämlik och effektiv sjukvård, finns det risk för att normen reduceras till ett i sig icke-realiserbart mål som vi i bästa fall kontinuerligt verkar för och i sämsta fall endast retoriskt förhåller oss till. Det är exempelvis knappast en tillfällighet att Vårdanalys väljer att formulera titeln för en utvärdering av jämlik vård enligt följande: ”En mer jämlik vård är möjlig.”¹¹³

Vårdanalys tydliggör vidare i sin rapport ”Från mottagare till medskapare” att personcentrering inte bara kan förstås som ett mål, utan även bör förstås som ”medel” för andra mål:

¹¹¹ Vårdanalys, Rapport 2018:8. Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård s. 39.

¹¹² Se Vårdanalys, Rapport 2012:5. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring s. 9 där man i sammanfattningen beskriver personcentrering som policymål. Vid tidpunkten för då rapporten gjordes var det fortfarande det gängse att tala om patientcentrering i stället för personcentrering.

¹¹³ Se Vårdanalys, Rapport 2014:7. En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande.

”Personcentrering ses här som ett medel bland flera för att åstadkomma de resultat vi önskar av vården, till exempel effektiv vård, jämlik vård, säker vård eller vård av hög kvalitet.”¹¹⁴

En särskilt utmanande fråga när det gäller personcentrerad hälso- och sjukvård, utifrån ett målnormsperspektiv, är den vad som utgör mål respektive medel.¹¹⁵ Det har i forskning konstaterats att man i policysammanhang ofta lyfter fram personcentrering som ett av de sätt som hälso- och sjukvården ska hantera de stora utmaningar man står inför.

“Key challenges include the rising burden of chronic health problems and of multimorbidity, along with growing consumer expectations and technological advances against a backdrop of increasing financial constraints, creating a pressing need for the efficient use of resources and a fundamental rethink in the way systems are organized and financed.”¹¹⁶

Personcentrering som en underställd målnorm innefattar i stor utsträckning förväntningar på att man ska bidra till hälso- och sjukvårdens utmaningar genom att stärka, engagera och göra patienten och dennes närstående mer delaktiga.¹¹⁷ Härigenom legitimeras också det personcentrerade förhållningssättet utifrån ett politiskt perspektiv.

Det finns idag forskning som menar att en strävan om att öka personcentrering i vården kommer att öka kvaliteten i hälso- och sjukvården.¹¹⁸ Det har i forskning bl.a. konkluderats att ökad personcentrering kan resultera i kortare vårdtider och därmed lägre kostnader för vården.¹¹⁹ Samtidigt anses det, utifrån ett forskningsperspektiv fortfarande osäkert i vilka avseenden och i vilken utsträckning personcentrerad hälso- och sjukvård kommer att bidra till att hantera de utmaningar hälso- och sjukvården står inför.¹²⁰ Ett exempel på osäkerheten är avseende relationen mellan målnormerna om jämlik hälso- och sjukvård och

114 Vårdanalys, Rapport 2018:8. Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård s. 39.

115 En ambition i detta arbete är att försöka öka förutsättningarna att kunna se hur mål på en nivå utgör medel för att uppfylla mål på en annan nivå. Analys av samspelet mellan mål och medel är relativt vedertaget inom rättspolitik och lagstiftningslära. Exempelvis använder Jan Hellner indelningen i primärmål och ultimärmål för att påvisa hur primärmål utgör medel för ultimärmål. Se Hellner, Lagstiftning inom förmögenhetsrätten – praktik, teori och teknik s. 167.

116 Se Nolte, Merkur and Anell, The person at the centre of health systems – an introduction s. 4.

117 a.a. s. 1–2.

118 Nolte m.fl. konstaterar att “there is good evidence at the individual user level for some aspects to be positively associated with selected measures”. De lyfter fram att det finns forskning som styrker att “shared decision-making” ökar kunskapen och innebär att patienten tar en mer aktiv roll och även att det ökar jämlikheten i vården. Man lyfter även fram att “self-management support can improve selected health outcomes among people with chronic disease, including health-related quality of life and healthy behaviours” s. 3.

119 Se bl.a. Ekman, Wolf, Olsson, Taft, Dudas, Schaufelberger och Swedberg, Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. Brännström och Broström, Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care: PREFER: a randomized controlled study. Ulin, Olsson, Wolf and Ekman, Person-centred care – An approach that improves the discharge process.

120 Följande slutsats har gjorts om forskningsläget: “The evidence of impact of person-centred strategies remains inconclusive.” Nolte och Anell, Person-centred health systems: strategies, drivers and impacts s. 67. Jfr även Tistad, Wallin and Carlström, A comparison of three organisational levels in one health care region in Sweden implementing person-centred care: Coupled, decoupled or recoupled in a complex organisation.

personcentrerad hälso- och sjukvård. Samtidigt som man menar att personcentrering har förutsättningar att öka jämställdhet, finns det risk för att det är vissa grupper som kommer att dra fördel av förutsättningarna till delaktighet m.m., vilket kommer att minska jämställdheten.¹²¹

Vi kan inledningsvis konstatera att innebörden av personcentrering på denna övergripande målnormsnivå är svårgripbar och behöver översättas i kvalifikations-, kompetens- och handlingsnormer för hälso- och sjukvårdssystemets olika aktörer. Utmaningen i detta avseende fångas i arbetet med ”patient empowerment”:

”There is a widespread consensus that empowering patients is good for healthcare systems. Empowerment is increasingly recognised as an essential element of future high-quality, patient-centred healthcare systems with regard to tackling the expanding burden of chronic diseases. Patients are expected to take more control over their illnesses or treatments where possible, and doctors are expected to encourage or ‘empower’ them to do so. But how do we translate this into reality at all levels (i.e. individual, organisational, and national)?”¹²²

Vårdanalys menar att man utöver att se personcentrering som mål och medel, även bör se personcentrering som en rättighet: ”Personcentrering ses här som en rättighet som sätter ramarna för vilken policy och utformning av hälso- och sjukvården som är möjlig.”¹²³ Ställningstagandet påvisar vikten av att anlägga ett helhetsperspektiv på samspelet mellan system- och verksamhetsutvecklingen. Än mer intressant är att det i detta sammanhang påvisar vikten av dynamiken med ”patientens rätt” för att tydliggöra vad som är möjligt inom ramen för hälso- och sjukvården som handlingssystem. Vår slutsats är som sagt att det utifrån forskningsresultat, utredningar och policyarbete avseende personcentrering är möjligt att tydliggöra ett antal normbaserade förhållningssätt. Det är också möjligt att påvisa hur dessa kompletterar varandra.

3.3 Personcentrering som handlingsetik och kompetensnormer för sjukvårdspersonal

Ett av de mest konkreta sätten att ta sig an personcentrering utifrån ett normperspektiv är att betrakta personcentrering som kompetensnormer för hälso- och sjukvårdspersonalen. Numer är det relativt utbrett att beskriva personcentrering av vården som en fundamental handlingsetik, vilken kommer till uttryck i ett praktiskt arbetssätt.¹²⁴ Här är personcentrering en fråga som behöver hanteras utifrån hälso- och sjukvårdsprofessionens perspektiv. Sjuksköterskor, läkare och andra företrädare för hälso- och sjukvårdsprofessionen har att bejaka ett fundamentalt handlingsetiskt förhållningssätt där man inte bara ser och aktivt lyssnar

¹²¹ Se bl.a. Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 5 och s. 15.

¹²² The Patient Empowerment and Centredness Committee – European Health Parliament, Patient empowerment and centredness s. 1.

¹²³ Vårdanalys, Rapport 2018:8. Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård s. 39.

¹²⁴ Kristensson Ugglå, Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentring inom hälso- och sjukvård.

på patienten, utan även bjuder in patienten att vara aktivt delaktig i sin egen vård.¹²⁵ Med våra begrepp kan det handlingsetiska förhållningssättet till personcentrering beskrivas som kompetensnormer, vilka är kopplade till iklädandet av rollen som läkare, sjuksköterska och andra professionella roller inom hälso- och sjukvården. Forskningscentret GPCC ramar i sin programförklaring in personcentrering som en handlingsetik:

”Personcentrering är en etik som vägleder i praktiska handlingar som medmänniska och yrkesperson. Personcentrerad vård innebär ett partnerskap mellan patienter/närstående och professionella inom vård, omsorg och rehabilitering.”¹²⁶

Som en kompetensnorm innebär följaktligen det handlingsetiska förhållningssättet att när en person ikläder sig rollen som sjuksköterska eller läkare så har denne att synliggöra och sätta patienten som individ i centrum för sitt agerande i olika avseenden.

Det är också med snarlika utgångspunkter som Vårdanalys i sin utvärdering konstaterar följande:

”Personcentrering är inte en styrmodell, utan snarare ett förhållningssätt som är nära kopplat till värderingar, attityder och kultur i hälso- och sjukvården. I arbetet med att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård som utmärks av medskapande, helhetssyn och individanpassning behövs struktur och långsiktighet. Arbetet behöver ske på olika nivåer, utifrån lokala och regionala behov och förutsättningar.”¹²⁷

Innebörden av uttalandet får anses vara att personcentrering primärt är fråga om professionsinriktad verksamhetsutveckling.

Även när det gäller arbetet avseende ”patient empowerment” på EU-nivå är det tydligt att man i stor utsträckning tar avstamp i hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för patienterna. Enligt Patient Empowerment and Centredness Committee så innebär en ”patient-centred approach” att man:

- “places the outcomes, interests and overall experience of patients at the centre of the health-care system;
- takes into account patients’ medical needs, together with their social and psychological needs, as well as lifestyle preferences;
- requires healthcare professionals to have the knowledge, skills and attitudes to manage each patient’s individual needs;
- gives the patients a place at the ‘decision-making’ table alongside healthcare professionals, health stakeholders and policy-makers.”¹²⁸

¹²⁵ Se bl.a. Vårdanalys, Rapport 2018:8. Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för mer personcentrerad hälso- och sjukvård s. 8. Den handlingsetiska förståelsen har utvecklats inom ramen för GPCC. För en överblick se Ekman, Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik. Ett annat exempel är Wallström och Ekman, Person-centred care in clinical assessment.

¹²⁶ Centrum för personcentrerad vård webbsida, Om personcentrerad vård.

¹²⁷ Vårdanalys, Rapport 2018:8. Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård s. 15.

¹²⁸ The Patient Empowerment and Centredness Committee – European Health Parliament, Patient empowerment and centredness s. 3.

Det handlingsetiska förhållningssättet är också en legitimationsgrund för personcentrering som arbetssätt. Det är väl etablerat att hälso- och sjukvårdens professioner har att tillämpa en etik då de utövar sin professionella gärning. Argumentet att personcentrerad hälso- och sjukvård är en handlingsetik innebär följaktligen att det innefattas i individens professionella ansvar att tillämpa kompetensnormer i detta avseende. Det är i sig fullt möjligt att ha ett mer sofistikerat förhållningssätt till vad som är ett handlingsetiskt perspektiv på personcentrerad vård. I påföljande kapitel 4 kommer vi att närmare utvärdera det etiska perspektivet på hälso- och sjukvård. Angeläget att analysera är exempelvis vilken utsträckning det handlingsetiska förhållningssättet kan anses följa av bl.a. patientlagens och patientsäkerhetslagens bestämmelser. Omvänt är det lika intressant hur ett handlingsetiskt perspektiv utgör ett led i tillämpningen och implementering av patientlagens och andra centrala lagars bestämmelser.

3.4 Handlingsdirigerande normer för personal och vårdgivare om patientberättelse och handlingsplan m.m.

Ett närliggande förhållningssätt är att se personcentrering som handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvårdspersonal. Utifrån ett policyperspektiv, och även forskningsmässigt, har det varit intressant att precisera det handlingsetiska förhållningssättet i form av konkreta arbetsmetoder som ska införlivas i det organisatoriska arbetet.¹²⁹ Man har bl.a. frågat sig hur personcentrering som övergripande policyambition kan implementeras i den professionsstyrda verksamheten.¹³⁰ Handlingsdirigerande normer som ofta lyfts fram är att vårdtagaren/patienten ska ges utrymme att presentera sin egen berättelse, att man ska möjliggöra för patienten att delta i gemensamma överenskommelser om vårdplaner och att man som hälso- och sjukvårdspersonal ska använda sig av olika dokumentations- och informationssystem m.m.¹³¹

Ett intressant exempel på denna handlingsdirigerande normutveckling är den CEN-standard som utvecklats avseende patientdelaktighet och personcentrering (CEN/TC 450 Patient involvement in healthcare – Minimum requirements for

¹²⁹ Se närmare om den s.k. Göteborgsmodellen i detta avseende. Britten, Moore, Lydahl, Naldemirci, Elam and Wolf, *Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care*.

¹³⁰ Intressant för detta arbete är de studier som fokuserar på hur personcentrering som policyambition implementeras i hälso- och sjukvårdsorganisationen. En i sammanhanget intressant begreppsbildning är den avseende "coupling" och "decoupling" i komplexa organisationer. "Coupling takes place when formal policies and actual organisational practices are connected and in congruence with one another. In idealistic models of management control a top-down coupling is when policies are distributed from management and applied into actions by subordinates. In contrast, decoupling refers to gaps between policies and actual practices." Tistad, Wallin, and Carlström, *A comparison of three organisational levels in one health care region in Sweden implementing person-centred care: Coupled, decoupled or recoupled in a complex organisation*.

¹³¹ Se bl.a. Ekman, Norberg och Swedberg, *Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvården* s. 69–96. I andra studier analyseras förutsättningarna för organisationer att implementera dessa personcentrerade arbetssätt. Se bl.a. Alharbi, Ekman, Olsson, Dudas and Carlström, *Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care*. Jfr Carlström and Ekman, *Organisational culture and change: implementing person-centred care*.

person-centred care).¹³² För standarden har man uppställt en vägledande princip där man tydliggör just ambitionen att standarden ska stimulera samspelet mellan verksamhets- och systemutveckling:

”Detta dokument beskriver minimikrav för patientdelaktighet inom hälso- och sjukvård. Det syftar till att underlätta samarbetet mellan patienter och vårdpersonal vid utformning, genomförande och utvärdering av hälso- och sjukvårdstjänster. Dokumentet kan användas som hjälpmedel för planering, hantering, genomförande och systematisk utvärdering av dagliga aktiviteter, och göra det möjligt för patienterna att hantera sitt dagliga liv och stärka dem i vårdprocessen. Dessutom kan det användas för att stödja patientdelaktighet på systemnivå och därmed säkerställa att patientperspektivet ingår i utveckling, implementering och utvärdering av tjänster, forskning och policyer inom hälso- och sjukvård.”¹³³

I standarden ställer man upp normer om att det ska innefattas ett antal centrala moment i det personcentrerade arbetssättet – 1) patientens berättelse och sjukdomsupplevelse, 2) partnerskapet, 3) dokumentation, vårdplan och informationsdelning, 4) patientdelaktighet och allmänhetens engagemang inom ledning, organisation och beslutsfattande. I förhållande till varje moment förklaras först varför de är viktiga utifrån ett personcentrerat perspektiv. Se exempelvis avsnitt 4.1 i standarden:

”Patientens berättelse är avgörande när det gäller att identifiera patientens åsikter om sina mål, behov, preferenser, värderingar och resurser samt uppfattningen av sin egen roll i vården... Patientens berättelse gör det möjligt för vårdpersonalen att lyssna och försöka förstå den enskilda individens behov (av hälso- och sjukvårdstjänster).”

I standarden formulerar man normer riktade till både vårdnivå och organisationsnivå. I förhållande till organisationsnivån föreskrivs vad gäller patientberättelsen (se avsnitt 4.2.1 i standarden) att organisationen ska säkerställa att:

”a) patientens berättelse kan delas med hänsyn tagen till patientsekretessen så snart som möjligt bland parterna i den interprofessionella arbetsgruppen, inklusive alla efterföljande revideringar av berättelsen som krävs under vårdperioden, b) miljön underlättar inhämtningen och delandet av patientens berättelse, samtidigt som behovet av integritet beaktas, c) tid avsätts för vårdpersonalen för diskussion om och utforskande av patientens berättelse, d) vårdpersonalen utbildas till att inhämta patientens berättelser.” På vårdnivå (se avsnitt 4.2.2 i standarden) uppställs normer som att vårdpersonalen ska säkerställa att: ”a) patienterna är beredda och ges möjlighet att förmedla sin berättelse vid varje vårdkontakt, b) följande aspekter kan inkluderas i patientberättelsen: – orsaken till att patienten söker hjälp eller råd och hur vardagen påverkas, – patientens känsla av välbefinnande, – patientens mål, motivation och förväntningar angående vårdprocessen och vårdresultaten.”

Utmärkande för standarden är följaktligen att den genom handlingsdirigerande normer å ena sidan avser att precisera hur hälso- och sjukvårdspersonal ska handla i förhållande till patienten och å andra sidan hur vårdgivaren ska handla i förhållande till hälso- och sjukvårdspersonalen. Vad som gör standarden intressant är att normerna är handlingsdirigerande instruktioner till aktörerna i hälso- och sjukvårdssystemet samtidigt som den kan användas för att utveckla hälso- och sjukvårdssystemet som sådant.

¹³² Som svensk standard se SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård.

¹³³ SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård s. 4.

Vi kan således konstatera att standarden, vilken i sig inte är rättsligt bindande, är tänkt att ligga till grund för utvecklande av vad som kan ses som handlings-system för personcentrerad hälso- och sjukvård. Särskilt viktigt att utreda i detta arbete, är hur dessa handlingssystem kan utvecklas som rättsliga handlingssystem. Vad gäller standarden så vet vi att det är först då den implementeras i en specifik hälso- och sjukvårdsorganisation, exempelvis Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som den kan utvecklas som handlingsystem. Detta förutsätter bl.a. organisatoriska beslut. Utifrån ett rättsligt perspektiv har vi dessutom att se till den samlade normerade verkan av lagstiftning som patientlag, patientsäkerhetslag, hälso- och sjukvårdslag o.s.v. såväl som av alla förordningar, myndighetsinstruktioner, regionala beslut, organisationsplaner, anvisningar m.m.

3.5 Kvalificering av patientens kompetens i ett normbaserat partnerskap

Än mer intressant för detta arbete är i vilken utsträckning man kan förstå personcentrering som kompetensnormer för patienten. Centralt i det personcentrerade arbetssättet är etablerandet av ett partnerskap mellan patient, hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivare. Det är inom forskning såväl som i utredningar vanligt förekommande att lyfta fram partnerskapet som det utmärkande för personcentrerad hälso- och sjukvård.¹³⁴ För att hälso- och sjukvården ska vara personcentrerad så ska relationen mellan patient och hälso- och sjukvården kvalificeras som ett partnerskap. Partnerskapet anses regelmässigt, i diskursen om personcentrering, även innefatta patientens närstående. Huvudsyftet med partnerskapet är patientdelaktigheten. Särskilt intressant är följaktligen hur kvalificeringen av partnerskapet är kopplat till patientens kompetens att vara delaktig. Detta kan uttryckas med att partnerskapet som handlingsystem innefattar kompetensnormer att vara delaktig för den som ikläder sig patientrollen. Det är heller ingen tillfällighet att man på denna nivå lyfter fram den s.k. dokumenterade överenskommelsen (tidigare kallat patientkontrakt) som ett centralt systemelement.¹³⁵

Vi har ovan konstaterat att det för detta arbete är angeläget att utreda hur rättsregler i patientlagen och andra centrala lagar utgör kompetensnormer för patienter, vilka när de implementeras kommer att ge patienten en stark ställning vad gäller bl.a. delaktighet. I detta sammanhang behöver vi följaktligen förstå hur dynamiken mellan ”patientens rätt” och utvecklande av personcentrerad vård kan möjliggöra utvecklandet av kompetensnormer för den specifika patienten i

¹³⁴ Se bl.a. hur partnerskap kan förstås som tre rutiner i Britten, Ekman, Naldemirci, Javinger, and Wolf, Learning from Gothenburg model of person centred healthcare.

¹³⁵ Tidigare användes begreppet ”patientkontrakt”, vilket i viss mån fortfarande förekommer. I det här arbete kommer vi att främst använda begreppet ”dokumenterad överenskommelse”, men där vi beskriver eller citerar dokument och material som använder ”patientkontrakt” kommer det begreppet för tydlighets skull kvarstå. Dokumenterad överenskommelse eller patientkontrakt som begrepp i detta sammanhang avser vanligtvis inte ett kontrakt i rättslig mening. I utredningarna om god och nära vård avser man med patientkontrakt en sammanhållen vårdplan över en patients samtliga vårdkontakter. Se bl.a. SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform s. 23. Se även SKR:s webbsida, Dokumenterad överenskommelse.

den specifika hälso- och sjukvårdsorganisationens handlingsystem. Patientens kompetens är alltid beroende av personalens och vårdgivarens kompetens.

Även när det gäller partnerskapets innebörd är standarden om patientdelaktighet och personcentrering av intresse. Hälso- och sjukvårdspersonalen åläggs genom normer skyldigheter/ansvar för att ge patienten kompetens (se avsnitt 5.2.2 i standarden). Vårdpersonalen ska säkerställa att:

”a) patientens förståelse av ett delat beslutsfattande bedöms, och att patientens preferenser dokumenteras, b) patientens motivation, förväntningar och mål diskuteras, och strategier för patientens resurser, mål, önskningar och behov införlivas i vårdplanen, c) patienten och vårdpersonalen har en gemensam och ömsesidig förståelse vad gäller vården, påverkan på symtom och möjliga biverkningar, inklusive de förutsebara konsekvenserna av brist på vård...”.

På den s.k. organisationsnivån uppställs normer riktade till vårdgivaren. Genom vårdgivarens ansvarstagande möjliggörs hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens. Organisationen ska enligt avsnitt 5.2.1 i standarden säkerställa att:

”a) det finns rutiner som gör det möjligt för patienten att kontinuerligt delta i beslutsprocessen, samt även i uppföljning och revidering (om nödvändigt) av vårdprocessen under vårdperioden, b) det finns rutiner för att säkerställa att tid avsätts för vårdpersonalen för att upprätta ett partnerskap...”.

För att utgöra ett handlingsystem så ska alltså det specifika partnerskapet realiseras i en strukturell/rättslig ordning. I den utsträckning det sker inom ramen för en vårdgivare sker det genom organisatoriskt beslutsfattande, vilket i enlighet med standarden handlar om införandet av en rutin. Angeläget att analysera vidare är i vilken utsträckning partnerskapet, om det innefattar flera aktörer, även kan anses baseras på avtal. Eftersom patienten enligt patientlagen har rätt till respekt, rätt att lämna samtycke m.m. är det i vart fall möjligt att hävda att partnerskapet baseras på en i förhållande till patientlagen härledd rättslig status. Partnerskap som handlingsystem kommer att baseras på ett samspel av normerande verkningar av lagstiftning, förordningar m.m., organisatoriskt beslutsfattande i form av rutiner m.m. och möjligen även avtalsöverenskommelser.

3.6 Strävan om personcentrerade och integrerade system som handlingsnormer för hälso- och sjukvårdens huvudmän

Ett ytterligare förhållningssätt till personcentrerad hälso- och sjukvård är som handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvårdens huvudmän. När frågan om mer personcentrerade förhållningssätt preciseras och definieras av WHO blir det tydligt att personcentrering inbegriper systemutveckling. För WHO handlar det om att lyfta fram medlemsstaternas ansvar i förhållande till befolkningen. Tydliggörande är WHO:s uppmaning till medlemsstaterna att implementera ett ramverk för “strengthening integrated, people-centred health services”.¹³⁶ WHO uppställer följande uppmaningar riktade till medlemsstaterna:

¹³⁶ WHO, Strengthening integrated, people-centered health services. Sixty-ninth world health assembly – agenda item 16.1.

“(1) to implement, as appropriate, the framework on integrated, people-centred health services at regional and country levels, in accordance with national contexts and priorities;

(2) to implement proposed policy options and interventions for Member States in the framework on integrated, people-centred health services in accordance with nationally set priorities towards achieving and sustaining universal health coverage, including with regard to primary health care as part of health system strengthening;

(3) to make health care systems more responsive to people’s needs, while recognizing their rights and responsibilities with regard to their own health, and engage stakeholders in policy development and implementation;

(4) to promote coordination of health services within the health sector and intersectoral collaboration in order to address the broader social determinants of health, and to ensure a holistic approach to services, including health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease-management, rehabilitation and palliative care services;

(5)....”

Utifrån WHO:s uppmaningar blir det tydligt att det krävs specifika ramverk avseende ”integrated, people-centred” hälso- och sjukvårdstjänster, vilka ska anpassas till de nationella och regionala behov som föreligger. Implementering av ramverken ska ske på flera organisatoriska nivåer, där det bl.a. krävs policy-utveckling och intervention från statsmakten m.fl. Särskilt intressant för detta arbete är att WHO lyfter fram vikten av att erkänna och ta fasta på patienternas rättigheter och skyldigheter. I ett annat WHO-projekt utvecklar man vad som är ”people-centred” i detta avseende:

“People-centred health care is rooted in universally held values and principles which are enshrined in international law, such as human rights and dignity, non-discrimination, participation and empowerment, access and equity, and a partnership of equals.”¹³⁷

Utifrån ett svenskt perspektiv är det enligt vår mening möjligt att på huvudmannanivå uttyda en utveckling där det personcentrerade förhållningssättet inordnas i ett hållbarhetsarbete. Detta tydliggörs i den offentliga utredningen ”Samordnad utveckling för god och nära vård” som redovisat ett antal delbetänkanden.¹³⁸

“Förslagen i detta betänkande, tillsammans med samtliga förslag i utredningens tidigare betänkanden, bidrar till en reform i syfte att bidra till ett hälso- och sjukvårdssystem som är hållbart ur samtliga aspekter; socialt, miljömässigt och ekonomiskt. Vi bedömer att våra förslag är steg på vägen i utvecklingen av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med en stark och adekvat resurssatt primärvård som bas. En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetalare känner förtroende, och där man som medarbetare väljer att arbeta.”¹³⁹

I det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är det de regionerna och i viss utsträckning kommunerna som har kompetensen att säkerställa tillgången till

¹³⁷ WHO – Western Pacific Region, People Centred Health Care – A policy framework s. 7. För en snabb överblick över den mänskliga rättigheten ”right to health”, se Green and Mattsson, Health, Rights and the State s. 177–197.

¹³⁸ Se SOU 2017:53 God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild. SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform. SOU 2019:29 God och nära vård – Vård i samverkan. SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

¹³⁹ SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem s. 19–20.

hållbar hälso- och sjukvård som är integrerad/nära och personcentrerad. Vi kan följaktligen även diskutera personcentrering som kompetensnormer för hälso- och sjukvårdens huvudmän.

3.7 Patientdelaktighet som central norm på samtliga nivåer

Ett inslag i diskursen om personcentrering som förtjänar ytterligare uppmärksamhet utifrån ett normperspektiv är den avseende patientdelaktighet.¹⁴⁰ Normen om patientdelaktighet aktualiseras utifrån ett flertal perspektiv.¹⁴¹ Det är som ovan förklarats möjligt att se partnerskapet som kvalificeringsnormer för patientdelaktighet. Exakt hur denna delaktighet ska komma till uttryck kan variera. Intressant utifrån ett rättsligt perspektiv är diskursen om "shared decision making" (SDM): "SDM can be defined as an interpersonal, interdependent process in which health professionals, patients and their caregivers relate to and influence each other as they collaborate in making decisions about a patient's health care."¹⁴² Som handlingsdirigerande normer ska det vara möjligt för patienten att vara aktivt delaktig i olika beslut om vårdinsatser. Det säger sig självt att normbildning i detta avseende förutsätter noggranna överväganden avseende ansvarstagande m.m. Andra delinslag i diskursen om delaktighet är egenvård. Här är det frågan om handlingsdirigerande normer för att möjliggöra för patienten och dennes närstående att vårda det egna sjukdomstillståndet.

Vidare kan frågan om patientdelaktighet, utifrån ett handlingssystemsperspektiv, betraktas som en mer omfattande fråga. Handlingsdirigerande normer om patientdelaktighet avser inte endast den specifika patientens delaktighet i den egna vårdprocessen. Frågan om patientdelaktighet handlar också om hur patientkollektivet är representerade i olika av hälso- och sjukvårdens fora. Vi har ovan redan lyft fram hur modellerna avseende "patient empowerment and centredness" innefattar uppgiften att: "give(s) the patients a place at the 'decision-making' table alongside healthcare professionals, health stakeholders and policy-makers."¹⁴³

Även i detta sammanhang är standarden om patientcentrering och patientdelaktighet intresseväckande. I artikel 7.1 stadgas att

"patientdelaktighet i hälso- och sjukvårdstjänster innebär att patientens perspektiv beaktas på alla strategiska nivåer inom hälso- och sjukvården samt inom forskning, utveckling, utbildning och policyer".

¹⁴⁰ För en överblick se Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården: en sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet.

¹⁴¹ I forskning lyfter man fram betydelsen av att analysera patientdelaktighet på mikro-, meso- och makronivå. "In a review of the person-centred care concept, these three levels are identified as the individual and interpersonal level of care (micro), the quality of care level more broadly (meso), and the health system level of care (macro). Granström, From patient to person – Perspectives on the role of quality data, patient experiences, and patient involvement in the improvement of chronic care s. 5.

¹⁴² Légaré, Härter, Stiggelbout, Thomson and Stacey, Choosing treatments and the role of shared decision-making s. 284.

¹⁴³ The Patient Empowerment and Centeredness Committee – European Health Parliament. Patient empowerment and centeredness s. 3.

Man konstaterar vidare att patientdelaktigheten inte begränsas till den enskilda patientkontakten utan också kan omfatta vårdens struktur och organisation i alla stadier av patientens vårdprocess. I artikel 7.2 i standarden förtydligas ansvaret för ledningsgrupper, organisationsföreträdare, beslutsfattare och policyskapare. Av artikeln följer att patientdelaktighet innebär att företrädare från patientorganisationer m.m. ska ta aktiv del i hälso- och sjukvårdens alla nivåer som ett led i verksamhetsutveckling. Studier av patientdelaktighet på olika nivåer visar också att det sker ett maktskifte som leder till kvalitetsökning.¹⁴⁴

“This power shift challenges healthcare professionals to revise their existing relationship to patients from one that creates value *for* patients to one that creates value *with* them.”¹⁴⁵

144 Se bl.a. Gustavsson som konstaterar att: ”The findings demonstrate that patient involvement in QI makes a difference because patients can identify improvement areas that healthcare professionals may not. In addition, patient involvement illuminates the importance of viewing care from a patient perspective, which may help overcome existing gaps in the organizational structure, such as separation into specialist functions like different wards.” Gustavsson, Patient involvement in quality improvement i ”Abstract”.

145 Gustavsson, Patient involvement in quality improvement i ”Abstract”.

KAPITEL 4

ETIK FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

4.1 Handlingsetik – gränssnittet mellan norm och människa

I detta kapitel ska vi översiktligt och kortfattat introducera det etiska förhållningssättet till hälso- och sjukvård. Forskningsmässigt är vi intresserade av hur det handlingsetiska förhållningssätt som utvecklats inom ramen för arbetet med personcentrerad vård kan säkerställas även inom ramen för ett normbaserat förhållningssätt till hälso- och sjukvården. Av vad som sagts i föregående kapitel kan etiska förhållningssätt till personcentrerad vård inte utan vidare hållas isär från mer normbaserade och rättsligt orienterade förhållningssätt. Detta gäller även det handlingsetiska förhållningssättet. Det är också av särskilt intresse för detta arbete hur personcentrerad vård baseras på vetenskaplig evidens och vad som är erfarenhetsmässigt beprövat. Eftersom det har bedrivits så mycket forskning kring personcentrerade arbetssätt är det, utifrån ett rättsligt perspektiv, närliggande att konkretisera forskningsresultaten som kvalitetsnormer för hur vårdåtgärder ska utföras för att uppfylla kraven på god vård i patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Vår utgångspunkt är att det ena inte behöver utesluta det andra, men att det krävs en fördjupad förståelse för att påvisa hur olika förhållningssätt kan samspela.

Ambitionen i detta kapitel är således att utvärdera betydelsen av etik i allmänhet, och handlingsetik i synnerhet, vad gäller samspelet mellan personcentrerad vård och tillämpningen av patientens rätt enligt patientlagen. Teoretiskt kan detta uttryckas med att vi ska utveckla hur vi utifrån ett sociolegalt perspektiv kan förstå samspelet mellan vad som är ”etik” och vad som är ”rätt”. ”Etik” är, som vi kommer att utveckla, ett centralt inslag i hur framför allt det professionella ansvaret kan hanteras inom ramen för hälso- och sjukvården. I den svenska diskursen om personcentrering är det som ovan beskrivits en relativt utbredd förståelse att personcentrerad hälso- och sjukvård som fenomen ska förstås som en handlingsetik. Att det etiska synsättet också fått en spridning som praktiskt arbetssätt illustreras med Vårdförbundets studiecirkel om personcentrerad vård.

”Personcentrerad vård är grundad i en etik och kräver etisk kompetens. De yrkesgrupper som har en yrkesetisk kod har i den ett stöd för att utveckla sin etiska kompetens. Vårdens etik som den uttrycks i patientlagen, PL och i hälso- och sjukvårdslagen, HSL är också ett stöd.”¹⁴⁶

Intressant för denna studie är att man lyfter fram betydelsen av patientlagen och annan central lagstiftning i detta etiska sammanhang. Intressant i sammanhanget är också att Vårdförbundet lyfter fram teorierna av en specifik filosof, Ricoeur, som grundval för vad som är personcentrerad vård. Man utgår i materialet direkt från Ricoeurs filosofi och förklarar att handlingsetik handlar om en ”strävan efter det goda livet, med och för andra inom rättvisa institutioner.”¹⁴⁷

¹⁴⁶ Vårdförbundet, Att ändra perspektiv – en studiecirkel om personcentrerad vård s. 3.

¹⁴⁷ a.a. s. 8.

Ett etiskt förhållningssätt till hälso- och sjukvård kan bestå i relativt olika perspektiv och ställningstaganden. I ett första avsnitt är ambitionen att ge en introducerande bild av den numera breda flora av etiska förhållningssätt som kan göras tillämpliga inom hälso- och sjukvården. Bilden är viktig inte minst vad gäller att förstå samspelet mellan ”etik” och ”rätt”. Detta samspel skiljer sig beroende på vilket synsätt man har på vad som är ”etik”, såväl som på vad som är ”rätt”. Utmärkande för utvecklingen av personcentrerad vård är som sagt att det är relativt vanligt att uttryckligen lyfta fram en specifik etik – handlingsetiken. Vi kommer att fokusera på hur forskare, Vårdförbundet m.fl. beskriver vad som utgör en handlingsetik för personcentrerad vård. Särskilt intressant i sammanhanget är i vilken utsträckning en dylik normativ ambition att tillämpa en specifik etik resulterar i att man är lojal mot den bakomliggande filosofin. Det finns, som vi kommer att utveckla, en uppenbar risk att etiken översätts till relativt abstrakta målnormer. Detta är särskilt problematiskt vad gäller en etik som handlingsetiken. Vi kommer i avsnittet att introducera Ricoeurs handlingsetik och kommer att mer specifikt fördjupa oss i hans mer normorienterade medicinska etik. Vår slutsats är att en närmare läsning i detta avseende lägger grunden till en relativt sofistikerad normbaserad kvalitetsutveckling av personcentrerad vård, vilket i sin tur påvisar hur man kan förstå samspelet mellan vad som är patientens rätt enligt bl.a. patientlagen och personcentrerad vård. Detta är också ett förhållningssätt som vi kommer att bygga vidare på i arbetets mer normativa delar.¹⁴⁸

4.2 Etiskt och moraliskt strävande efter det ”goda”

En första ambition är således att introducera olika perspektiv på vad som är etik för hälso- och sjukvård. Vi kommer även introducera hur närliggande det är att i mer praktiska sammanhang översätta etiska strävanden och förhållningssätt till etiska koder och regelsamlingar.

4.2.1 Etikens diversifiering

”Etik” är, precis som ”rätt”, ett begrepp som inte utan vidare kan definieras. En vanlig utgångspunkt när man diskuterar etik inom hälso- och sjukvård är att etik handlar om reflektion om vad som är det goda.¹⁴⁹ När man fokuserar på vad som är goda handlingar, brukar man tala om just *handlingsetik*. Ett alternativ är att prata om vad som utmärker den goda människan. Här handlar det etiska övervägandet mer om vem jag, utifrån den roll jag har inom hälso- och sjukvårdssystemet, bör vara. Den senare etiken beskrivs i vissa sammanhang som *dygdetik*. Det säger sig självt att reflektioner i båda dessa avseenden är av central betydelse för alla som verkar inom hälso- och sjukvården. Ett sätt att motivera varför det är så viktigt med etisk reflektion kopplad till speciella yrkesroller, dvs. *yrkesetik* eller *professionsetik*, är att det handlar om att stärka och utveckla ansvarsställningen.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Se särskilt kapitel 17–19.

¹⁴⁹ När det gäller etikens betydelse för medicin och hälso- och sjukvård se bl.a. Arlebrink, *Människan som subjekt – introduktion till vårdetik* s. 7–12 och s. 131.

¹⁵⁰ Se exempelvis Henriksen och Verlesen, *Etik i arbete med människor* s. 23.

Utifrån ett rollperspektiv kan vi även säga att den egna etiken är fundamental för den egna identiteten som aktör inom hälso- och sjukvården. Ett viktigt uttryck för ansvarskännandet är att ha styrkan att "larma och anmäla" när det utvecklats en oetisk kultur bland medarbetarna eller att det förekommer oetiskt handlande på arbetsplatsen.¹⁵¹

Ett till "etik" närbesläktat begrepp i sammanhanget är "moral". Även i förhållande till detta begrepp finns det oändligt många ingångar och diskurser. Detta gäller även distinktionerna mellan begreppen "etik" och "moral". En förekommande distinktion är att etik mer handlar om en utvecklad lära för det goda agerandet, dvs. mer systematisk reflektion om hur man bör vara för att vara god och hur man bör handla för att uppnå det goda, medan moral är mer förknippat med vem man är. Vad är min moral – är jag en moralisk människa? Etiken skulle i så fall handla om att utveckla normer för vad det betyder att vara en moralisk människa och att agera moraliskt. Samtidigt är det mycket som talar för att man inte utan vidare kan göra någon tydlig distinktion. Begreppen är för tvetydiga för att det ska vara ändamålsenligt att försöka göra åtskillnad mellan etiska och moraliska överväganden, handlingar, läror, principer, normer, o.s.v. Det är först inom ramen för en specifik avgränsad etik, exempelvis Ricoeurs handlingsetik, som det är möjligt att göra dylika begreppsdistinktioner.

När vi reflekterar över vad som utgör det goda är en central fråga *för vem*. I detta sammanhang är det vanligt att diskutera i vilken utsträckning vi ska tillämpa en *konsekvensetik*. Är det överväganden om vilket utfall och vilka konsekvenser vårt handlande får, som ska styra vårt beteende? Vilka konsekvenser får mitt agerande för mig som individ, för min profession, den enskilda patienten, för patientkollektivet, för samhället o.s.v.? Om reflektionerna bara handlar om konsekvenserna för mig själv brukar vi inte beteckna dessa reflektioner som etik, utan snarare som egoism.¹⁵²

Ett centralt övergripande begrepp i sammanhanget är *teleologisk etik*. Såsom ett samlingsbegrepp innefattar det etiska läror som fokuserar på själva utfallet av mänskligt handlande. En historiskt viktig diskurs är utilitarismen där essensen i det etiska övervägandet är att utfallet av det egna handlandet ska vara så lyckat som möjligt för samtliga som påverkas av handlingen. Det gäller att undvika lidande och skada så långt möjligt. I detta sammanhang används även begreppet *nyttoetik*.

Ett annat etiskt perspektiv är att avgränsa vilka värden som är viktiga att förhålla sig till och vilka handlingar vi bör se som plikter i vår yrkesutövning. Inom ramen för en *värdeetik* lyfter vi fram värden som individers lika värde, jämlikhet och jämställdhet, rättvisa m.fl. Det är i detta sammanhang närliggande att börja tydliggöra centrala etiska principer. Inom ramen för en *pliktetik* kan vi uppställa plikter; exempelvis att vi ska visa andra respekt, att vi inte ska skada andra eller att vi inte ska diskriminera någon. Ett samlingsbegrepp som används när det gäller dessa etiska läror är *deontologisk etik*. Utmärkande är att vi fokuserar på själva handlingarna i sig. Vilka handlingar är det som är goda? Dessa överväganden möjliggör att vi kan uppställa normer om olika handlingar. I detta sammanhang

151 a.a. s. 42.

152 Jfr Tännsjö, Grundbok i normativ etik s. 21.

används begreppet *regeletik*. Normerna kan ta sig uttryck som värdegrunder, principer, plikter och även rättigheter. Inom ramen för en *rättighetsetik* kan vi diskutera vad vi utifrån ett etiskt perspektiv menar är patienträttigheter. Det är reflektionerna om vad som utgör dessa rättigheter som ska styra vårt handlande inom hälso- och sjukvården.

Diskurserna om dessa olika etiska förhållningssätt och läror är omfattande. I dessa diskurser görs också invändningar mot i princip alla etiska förhållningssätt. Beträffande konsekvensetiken uppställs invändningar bl.a. om att den är svår att tillämpa då det är svårt att överblicka vilka konsekvenser det egna handlandet kan få. När det gäller regeletiken lyfter man bl.a. fram faran med att det formuleras oreflekterade yrkesetiska regler, vilka inte är förankrade i personalens gärningar.¹⁵³ Utifrån ett professionellt och praktiskt yrkesperspektiv blir det dock tydligt att den som strävar efter att verka etiskt, inte nödvändigtvis kommer att endast tillämpa en av ovan beskrivna förhållningssätt och läror, utan mycket väl kan ha behov av att förhålla sig till dem alla. Det är också möjligt att diskutera vad personcentrerad hälso- och sjukvård innebär ur samtliga etiska perspektiv.¹⁵⁴

4.2.2 Hälso- och sjukvårdsaktörernas etiska principer och regler

När man skiljer mellan vad som är ”etik” och ”rätt” lyfter man ofta fram att etik inte handlar om att uttolka källor eller motsvarande samlingar av kodifierade regler, utan om att fokusera på det goda. Ganska snabbt pekar man dock på vikten av att kodifiera den egna etiken och att utveckla sammanställningar av etiska principer och regler. Innebörden är att vi analyserar och diskuterar innebörden av dessa etiska principer och regler i olika avseenden. Centrala på området är de principer som på slutet av 70-talet formulerades av Beauchamp och Childress, de s.k. ”four principles of biomedical ethics”.¹⁵⁵ De fyra principerna är *beneficence* (att göra gott), *non-maleficence* (att inte göra skada), *autonomy* (att respektera patientens autonomi) och *justice* (att ge rättvis likabehandling) och det är tydligt att den professionsinriktade vårdetiken är mycket närliggande dessa. Det är också förekommande att precisera allmänna principer i form av mer avgränsade etiska handlingsregler.

Numera finns mängder av olika etiska regelsamlingar inom ramen för hälso- och sjukvården. Det kan handla om allt ifrån kodifiering av gemensamma värdegrunder till relativt specificerade handlingsregler.¹⁵⁶ När vi diskuterar kodifierad etik inom

¹⁵³ Henriksen och Vetlesen, *Etik i arbete med människor* s. 35.

¹⁵⁴ Generellt efterlyses förmåga att utvärdera den egna situationen för att kunna göra etiska överväganden. En intressant ingång till etiken i detta sammanhang är den ideologikritiska ansatsen. Se a.a. s. 27.

¹⁵⁵ Beauchamp and Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. Principerna utvecklades från det arbete som gjordes med den s.k. Belmontrapporten (*The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*) i USA på sent 70-tal av National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, i vilken Beauchamp ingick. Se vidare Nagai, Nakazawa and Akabayashi, *The creation of the Belmont Report and its effect on ethical principles: a historical study*.

¹⁵⁶ Ett exempel på FN-nivå är United Nations, *Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*.

hälso- och sjukvården kan vi koppla de etiska reglerna till de roller man har inom hälso- och sjukvården. I princip varje profession inom hälso- och sjukvården har sin egen etiska kodex. I detta sammanhang använder man ofta begreppet *vårdetik*.¹⁵⁷ Det handlar i stor utsträckning om hur den egna professionen ska förhålla sig till patienten som individ. Det är därför inte heller någon tillfällighet att det är i detta sammanhang som innebörden av personcentrering diskuteras. Utmärkande för denna utveckling är att det är de olika professionernas intresseorganisationer och även fackförbund som uppställer och kodifierar de etiska reglerna.¹⁵⁸

En särskilt viktig kodifierad etik är den som fokuserar på forskarrollen. Här talar vi ofta om *medicinsk forskningsetik*.¹⁵⁹ Här uppställs regler för vad som inte är etiskt försvarbart när det gäller djurexperiment, hantering av patientdata m.m. Än mer intressant är den kodifierade etiken för vad som är god forskningssed, dvs. etiska regler för hur man ska agera för att det ska vara medicinsk forskning med hög kvalitet.¹⁶⁰ Utmärkande för det medicinsk forskningsetiska området är att det i stor utsträckning är forskningens finansierare som ser det som sin roll att uppställa etiska regler för den forskning de finansierar.¹⁶¹

Ett annat viktigt område där vi ser allt fler kodifierade etiska regler avser folkhälsa, s.k. *folkhälsoetik*.¹⁶² Här är det inte den enskilda patienten som sätts i centrum, utan hela befolkningen och de olika patientkollektiven. Det är etiska regler för de som ägnar sig åt politik, samhällelig styrning och förvaltning. Inte minst har covidpandemin riktat uppmärksamheten på vikten av att utveckla och diskutera etiska regler.

Även inom områden som det inte är lika förekommande att upprätta etiska kodex och regelsamlingar är det förekommande att diskutera etiska regler för fler av hälso- och sjukvårdens roller. Tar vi utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens styrning och ledning är det förkommande att fokusera på etik för hälso- och sjukvårdspolitiker mer generellt.¹⁶³ Vi kan även diskutera innebörden av förvaltningsetik för företrädare för statliga myndigheter, regional organisation m.m. med ansvar för hälso- och sjukvård. För privata vårdgivare kan vi diskutera affärsetikens innebörd. Det är vidare möjligt att diskutera patientetik för patienter och deras närstående. Exempelvis kan vi diskutera när det är etiskt försvarbart att utnyttja hälso- och sjukvårdens resurser.

157 Ett exempel är där europeiska läkarorganisationer skapat en gemensam etisk kodex, International Conference of Medical Professional Associations and Bodies with similar remits, Principles of European medical ethics.

158 De etiska reglerna för läkare uppdaterades 2017 efter beslut av Läkarförbundets fullmäktige. Se Läkarförbundets etiska regler. När det gäller etik för sjuksköterskor se bl.a. Svensk sjuksköterskeförening, Värdegrund för omvårdnad som reviderades 2024.

159 Begrepp som också används är biomedicinsk etik eller bioetik. Ett klassiskt exempel är den s.k. Helsingforsdeklarationen från 1964, vilken utvecklats vid ett antal tillfällen. Se World Medical Association, Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects.

160 Ett exempel på arbete som fångar båda dimensioner avseende forskningsetik är ALLEA – All European Academies, Den europeiska kodexen för forskningens integritet.

161 Vetenskapsrådet har en viktig roll i Sverige när det gäller utvecklandet av forskningsetik. Se bl.a. Vetenskapsrådet, God forskningsetik.

162 För exempel på etiska frågor se bl.a. WHO, Global Health Ethics s. 8.

163 Se Blennberger, Etik för politik – med äldrepolitik som exempel, bilaga i SOU 2003:91.

Det är som sagt vanligt att etiska regler också är rättsliga regler, dvs. de följer också av lagar och andra rättskällor. Ändå mer förekommande är att etiska regler blir rättsliga normer genom att det fattas bindande beslut om att etiska regler ska tillämpas i ett visst sammanhang. Även med utgångspunkt i etik kopplade till olika roller är det fullt möjligt att diskutera innebörden av att verka för och utveckla personcentrerad hälso- och sjukvård. Det blir i detta sammanhang tydligt att vad som är patientens rätt och vad som kan anses vara etiska normer inom hälso- och sjukvården i stor utsträckning är överlappande.

4.3 En handlingsetik för personcentrerad vård

Särskilt intressant för detta arbete är som sagt att det utvecklats en särskild etisk diskurs avseende personcentrerad hälso- och sjukvård. Relativt många forskare, professionsföreträdare och även policyansvariga menar, som ovan framgått, att personcentrerad vård ska förstås som en handlingsetik för hälso- och sjukvårdens aktörer.¹⁶⁴ Vissa menar t.o.m. att ett handlingsetiskt perspektiv i sig kommer att resultera i att hälso- och sjukvården blir mer personcentrerad. Vi har redan konstaterat att bl.a. Vårdförbundet har tagit till sig detta synsätt på vad som är personcentrerad vård. Med beaktande av det inflytande Ricoeur har fått på beskrivningen av vad som är personcentrerad hälso- och sjukvård är det rimligt att också utvärdera de texter som lägger den filosofiska grunden för handlingsetik som praktik. Vi behöver bl.a. förstå vad Ricoeur menar med ”strävan efter det goda livet, med och för andra inom rättvisa institutioner”. Utifrån en närmare läsning är det, enligt vår mening, möjligt att skilja mellan Ricoeurs generella handlingsetiska filosofi och hans mer normorienterade etik för hälso- och sjukvården. Det är när man gör distinktionen mellan dessa två som det blir tydligt hur en handlingsetik för personcentrerad vård kan utgöra kärnan vad gäller den normbaserade utvecklingen av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Distinktionen gör det möjligt att påvisa hur tillämpningen av patientens rätt är en integrerad del av personcentrerad vård som ett handlingsetiskt förhållningssätt.

4.3.1 Ricoeurs generella handlingsetik som grundval för personcentrerat agerande

Ricoeur beskrivs som en filosof som utvecklat en generell teleologisk etik.¹⁶⁵ Han har också utvecklat en mer avgränsad etik för hälso- och sjukvård. Det finns anledning att i sammanhanget ifrågasätta om Ricoeurs etik verkligen kan beskrivas som utpräglat teleologisk. Mer rättvisande är möjligen att hans etik vilar på både en teleologisk och deontologisk grund. Vad vi kan konstatera är att det föreligger en tydlig ambition att i förhållande till vad som är personcentrerad vård applicera Ricoeurs mer generella filosofi om handlingsetik. Utgångspunkten för handlingsetiken är ”agerandet”, dvs. själva beslutet om och utförandet av vårdinsats. Ska vi förstå Ricoeurs etik är det som redan framgått viktigt att vi ser

¹⁶⁴ Se ovan i kapitel 3.

¹⁶⁵ Internet Encyclopedia of Philosophy – A Peer-Reviewed Academic Resource. I Britannica definieras teleological ethics som: theory of morality that derives duty or moral obligation from what is good or desirable as an end to be achieved.

bortom normerna och fokuserar på bakomliggande drivkrafter för handlande.¹⁶⁶ Det är inte nödvändigtvis normerna som styr individens agerande.¹⁶⁷ Ett centralt moment i Ricoeurs generella etik är vad han beskriver som individens etiska intention. Vid tillämpning av normerna har man som beslutsfattare en egen etisk "intention" som styr agerandet – en etisk kompass. "Let us define "ethical intention" as aiming at the "good life" with and for others, in just institutions."¹⁶⁸ Ricoeur menar att ett etiskt ansvarstagande innebär att vi strävar efter att göra ett så bra jobb som möjligt, vilket han beskriver som "aiming at the good life". Han konstaterar i detta sammanhang att:

"The major advantage of entering into the ethical problematic by way of the notion of the "good life" is that it does not refer directly to selfhood in the figure of self-esteem."¹⁶⁹

Den etiska intentionen hanteras enligt Ricoeur alltid i samspel med andra – "with and for others".¹⁷⁰ Att agera med och för andra avser enligt Ricoeur fysiska personer, men även i förhållande till institutioner. Det är här de rättvisa institutionerna kommer in.¹⁷¹ Individens etiska intention hanteras inom ramen för olika institutioner.

"Two assertions are involved here: according to the first, living well is not limited to interpersonal relations but extends to the life of institutions. Following the second, justice presents ethical features that are not contained in solicitude, essentially a requirement of equality. The institution as the point of application of justice and equality as the ethical content of the sense of justice are the two issues of the investigation into the third component of the ethical aim. From this twofold inquiry will result a new determination of the self, that of "each": to each, his or her rights. By "institution", we are to understand here the structure of living together as this belongs to a historical community – people, nation, region and so forth..."¹⁷²

Det etiska strävandet om ansvarstagande, måste följaktligen sättas in i en samhällelig kontext.

166 Ricoeur konstaterar om sitt eget arbete "One of my theses in my little ethics in Oneself as Another was that the ethical intention, at its deepest level of radicality, is articulated in a triad wherein the self the nearby and the distant are equally honored: to live well, with and for others in just institutions." Ricoeur, *Reflections on the Just* s. 56.

167 Se bl.a. Kristensson Ugglas som i sin läsning av Ricoeur lyfter fram att: "however, in the end, a morality of obligations cannot "solve" the conflicts and dilemmas generated in the moral field". Kristensson Ugglas, *A just allotment of memory and a just distance – Paul Ricoeur on Memory and Justice* s. 252.

168 Ricoeur, *Oneself as Another* s. 172.

169 a.a. s. 172.

170 Jfr följande beskrivning av Ricoeurs arbete: "While Ricoeur emphasizes the importance of the first person perspective and the notion of personal responsibility, his is no philosophy of the radical individual. He emphasizes that we are "mutually vulnerable", and so the fate (self-esteem) of each of us is tied up with the fate of others. This situation has a normative dimension: we have an indebtedness to each other, a duty to care for each other and to engender self-respect and justice, all of which are necessary to the creation and preservation of self-esteem. While duty runs deep, Ricoeur argues that it is nevertheless preceded by a certain reciprocity. In order to feel commanded by duty, one must first have the capacity to hear and respond to the demand of the Other." Internet Encyclopedia of Philosophy – A Peer-Reviewed Academic Resource.

171 Kristensson Ugglas konstaterar också att för Ricoeur "justice is mainly associated with the institutional dimension of human life." Kristensson Ugglas, *A just allotment of memory and a just distance – Paul Ricoeur on Memory and Justice* s. 252.

172 Ricoeur, *Oneself as Another* s. 194.

I sin enklaste form innebär således det handlingsetiska förhållningssättet till vad som är personcentrerat att det i slutändan är hälso- och sjukvårdspersonalen som har att ta ansvar för vad som är personcentrerat inom ramen för det egna beslutsfattandet och agerandet. Det är i detta sammanhang de måste använda sin etiska intention – sin etiska kompass. Vad som är ett etiskt ansvarstagande i en situation behöver inte vara detsamma i en annan. Det är i relation till patienterna, närstående m.fl. och inom ramen för hälso- och sjukvården som institution som det etiska beslutsfattandet och agerandet sker. Ett etiskt ansvarstagande i detta sammanhang står inte i strid med en rättslig skyldighet att följa exempelvis patientlagen. Tillämpningen av patientlagens regler tillsammans med andra regler kräver i slutändan ett etiskt reflekterande och ansvarstagande av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Just den omständigheten att det handlingsetiska ansvarstagandet ska vara personcentrerat gör det dock närliggande att börja normutveckla. Vi har redan lyft fram utmaningarna med en dylik utveckling. Detta är, ur vårt perspektiv, problematiskt om hälso- och sjukvårdspersonal och t.o.m. forskare väljer att i stället för att tillämpa och diskutera innebörden av patientlagen och andra tillämpliga rättsregler väljer att utveckla egna normer för hur hälso- och sjukvården ska bedrivas. Utmaningarna i detta avseende blir exempelvis tydliga när Vårdförbundet ska förklara vad ett handlingsetiskt perspektiv på personcentrerad vård innebär.

4.3.2 Vårdförbundets definition av en handlingsetik för personcentrerad vård

Vårdförbundet har utformat ett informationsmaterial ”Vad alla behöver veta om personcentrerad vård – En skrift från Vårdförbundet om hur vården kan bli bättre, smartare och säkrare.” I inledningen till denna skrift förklaras att

”personcentrerad vård är inte bara är ’en ny modell’ som vi kan applicera på den nuvarande verksamheten, utan ett etiskt förhållningssätt, en människosyn som vägleder våra handlingar”.¹⁷³

Frågan är dock om inte redan Vårdförbundets egen beskrivning av vad som utgör personcentrerad vård i skriften riskerar att förstås som just en normbaserad modell. Risken i detta avseende blir särskilt tydligt då man förklarar att det är tre nyckelbegrepp som lägger grunden till ett personcentrerat arbetssätt: berättelsen, partnerskapet och dokumentationen.¹⁷⁴ Redan här har man frångått att förklara det handlingsetiska ansvarstagandet till att i stället diskutera ett normbaserat utförande. Risken blir ännu mer uppenbar då man konstaterar att

”införa personcentrerad vård kräver grundläggande förändringar både av hur arbetet i vården organiseras och av de traditionella rollerna. Det gäller både vårdpersonalens roller, chefernas roller och patienternas roller. Det kräver också nya sätt att se på vårdens styrning.”¹⁷⁵

När Vårdförbundet utformade en studiecirkel för personcentrerad vård lade man som framgått extra vikt vid det handlingsetiska förhållningssättet. Som vi redan

¹⁷³ Vårdförbundet, Vad alla behöver veta om personcentrerad vård – En skrift från Vårdförbundet om hur vården kan bli bättre, smartare och säkrare s. 3.

¹⁷⁴ a.a. s. 9. Det är i sammanhanget viktigt att lyfta fram att det bedrivits mycket klinisk forskning om personcentrerade arbetssätt. Dessa tre moment är i stor utsträckning resultat från denna forskning.

¹⁷⁵ a.a. s. 5.

konstaterat utgår man i materialet direkt från Ricoeurs filosofi och förklarar att handlingsetik handlar om en *strävan efter det goda livet, med och för andra inom rättvisa institutioner*.¹⁷⁶ Detta ställningstagande tolkas och utvecklas som något av en etisk lära för det personcentrerade förhållningssättet inom hälso- och sjukvården:

”En *strävan efter det goda livet* handlar om vad som är det goda livet för den enskilda människan. Ibland är patienten så sjuk och hjälplös att det är vårdpersonalen som får sträva efter vad som är det goda livet, men de flesta patienter kan ta aktiv del i att sträva efter det som känns som det goda livet.

Med och för andra. I den personcentrerade vården är utgångspunkten att personer har vilja, förmågor och behov. Vi som arbetar i vården kan uppmärksamma och därmed förstärka en persons förmågor, likväl som vi kan negligera och därmed förminska en persons förmågor. I det personcentrerade förhållningssättet betonas relationen till en annan människa – ett partnerskap mellan patienten och vårdpersonalen. I relationen är vi skapare och medskapare av mening. Vi har därmed i vår yrkesroll möjlighet att bidra till personens insikt i egna förmågor. Vi har i relationen med patienten möjlighet att stärka personens självkänsla och självförståelse.

Inom rättvisa institutioner. I den svenska Regeringsformen och i Hälso- och sjukvårdslagen betonas människors lika värde. Alla människor är lika inför lagen och ska ha möjlighet att utöva inflytande och ansvarsutkrävande över beslutsfattande. En väl fungerande statsförvaltning med ansvarsfulla institutioner, transparens och rättsstatens principer har alla ett fundamentalt egenvärde.”¹⁷⁷

Det är svårt att frigöra sig från intrycket av att Vårdförbundet använder Ricoeurs begreppsbildning för att själva utveckla normer för vad som är personcentrerad vård.¹⁷⁸ Det första ledet i etiken, dvs. ”strävan efter det goda livet” riskerar att tolkas som en ny övergripande målnorm för hälso- och sjukvården, dvs. att hälso- och sjukvårdspersonalen i sitt agerande har att sträva efter vad som patienten upplever som ett gott liv. Genom det andra ledet, dvs. ”med och för andra”, lyfter man fram viken av partnerskapet för att stärka patientens förmåga. Det är närliggande att tolka denna del som en kvalifikationsnorm för vad som är personcentrerad vård, dvs. det är en vård som ska baseras på partnerskap. Det är också närliggande att tolka definitionen i denna del som en kompetensnorm för hälso- och sjukvårdspersonalen, dvs. personalen ska ha förmåga att stärka patienternas förmåga genom ett partnerskap. Denna tolkning förstärks när man läser Vårdförbundets informationsmaterial avseende personcentrerad vård. I denna förklaras hur man kan förstå partnerskapet utifrån teamets samlade kunskap.

”Teamet kan bestå av vårdpersonal från olika enheter och olika vårdgivare. Patienten är en självklar del av teamet. I teamet samtar patienten och eventuella närstående med de professionella i syfte att nå en överenskommelse om hur god och säker vård kan uppnås för den enskilde patienten...I personcentrerad vård tillskriver man patienten både rättigheter och ansvar när det gäller den egna vården. Det innebär att vården måste se personen som en aktiv partner.”¹⁷⁹

¹⁷⁶ Vårdförbundet, Att ändra perspektiv – en studiecirkel om personcentrerad vård s. 8.

¹⁷⁷ a.a. s. 8.

¹⁷⁸ I sammanhanget är det återigen viktigt att lyfta fram att det bedrivits mycket klinisk forskning om personcentrerade arbetssätt. Vårdförbundet förhåller sig till denna forskning både explicit och implicit.

¹⁷⁹ Vårdförbundet, Vad alla behöver veta om personcentrerad vård – En skrift från Vårdförbundet om hur vården kan bli bättre, smartare och säkrare s. 9.

Det tredje ledet avseende rättvisa institutioner framstår som mer kryptiskt och förefaller vända sig till dem som svarar för hälso- och sjukvården som organisation och system. För att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna agera handlingsetiskt och personcentrerat krävs att hälso- och sjukvården som institutionen är rättvis. Härigenom skulle definitionen tolkas som en kvalifikationsnorm för hälso- och sjukvården som rättslig ordning. Denna tolkning förstärks då man i Vårdförbundets informationsskrift förklarar att det är viktigt att ”alla relationer genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt – även mellan chef och medarbetare och medarbetare emellan inom vården.”¹⁸⁰

Tolkningarna i detta avseende är i sig inte entydiga. Det går att skönja ett mer sofistikerat synsätt kring vad som är den bakomliggande filosofin avseende handlingsetiken. Ur vårt perspektiv är det viktigt att understryka att Ricoeurs filosofi i denna del handlar om att lyfta fram det individuella ansvarstagandet i förhållande till patienterna. Ett ansvarstagande man i slutändan alltid har att förhålla sig till. För att kunna fullfölja ett dylikt ansvarstagande är det samtidigt viktigt med understödjande normer. Ur det perspektivet är givetvis Vårdförbundets material av betydelse. Det är också fullt möjligt att tolka det arbete som gjorts som en del av en utveckling där patientens ställning stärks och patientlagen implementeras. Samtidigt är det uppenbart att man inom den etiskt präglade diskussionen om personcentrerad vård om inte helt, så i vart fall i huvudsak, undvikit att tillämpa patientlagens bestämmelser och de systembaserade ansträngningarna att stärka patientens ställning. Vad som är så intressant i sammanhanget är att Ricoeur utvecklat en normbaserad etik för just hälso- och sjukvård. Det är, enligt vår mening, när man lägger till denna del som Ricoeurs filosofi tydliggör hur ett grundläggande etiskt förhållningssätt till personcentrerad vård kan integreras med processer där patientens rätt enligt patientlagen tillämpas på ett personcentrerat sätt.

4.3.3 Ricoeurs normbaserade medicinska etik

4.3.3.1 Etik för professionellt ansvar inom hälso- och sjukvården

Ricoeur konstaterar att medicinsk etik i alltför hög utsträckning hanterats som en stängd domän, varför det finns anledning att relatera etiken till andra processer som innefattar beslutsfattande. Han jämför därför det medicinska beslutsfattandet med domarens dömande.

“As a first approximation, in both cases it is a question of moving from a knowledge base constituted by norms and theoretical knowledge to concrete decision in some situation – the medical prescription on the one side, the judicial sentence on the other. In both cases, it is a matter of putting a singular, unique decision, relative to an individual person, under a general rule and, in return, of applying a rule to a case. This back and forth movement between the rule and the case take place in each instance through the comparable act, a judgment – the medical judgment in a therapeutic project, the judicial one in a project whose stake is to say something regarding justice.”¹⁸¹

¹⁸⁰ a.a. s. 17.

¹⁸¹ Ricoeur, Reflections on the Just s. 213.

Ricoeurs filosofi lägger följaktligen, som vi ska närmare utveckla, en grund för hur man kan förstå samspelet mellan rättsliga regler, etiska normer och etiskt handlande inom hälso- och sjukvården. De etiska normerna i detta sammanhang har i stor utsträckning rättsliggjorts i den mening att de även följer av lagstiftning och andra rättskällor (se vidare i nästa avsnitt).

4.3.3.2 *Vårdgivandeavtal*

För Ricoeur är kärnan i den medicinska etiken etablerandet av ett vårdgivande-avtal.¹⁸²

“Let me recall what constitutes the heart of medical ethics, the establishment of a caregiving agreement. This is an act between two people, one of whom is suffering, who presents his complaint and requests help from an expert in matters of health, and the other of whom knows, knows how, and offers his assistance. Between these two people an agreement is concluded based on trust: the patient believes that the physician can help him and wants, if not to cure him, at least to provide care for him. The physician counts on the patients being able to act as the agent of his own treatment. The act that establishes this agreement is confirmed in the prescription that below will find a symmetrical form, if not its equivalent, in the sentence pronounced by a criminal court.”¹⁸³

Avtalet i detta sammanhang behöver inte förstås som ett rättsligt bindande avtal, utan kan mycket väl tolkas som en etiskt förpliktigande relation. Relationen kan förstås på motsvarande sätt som etablerandet av det personcentrerade partnerskapet. Utifrån ett etiskt perspektiv kan vi tala om etisk norm som konstituerar beroendeförhållandet och det moraliska ansvarstagandet.

4.3.3.3 *Tre kolumner av normer*

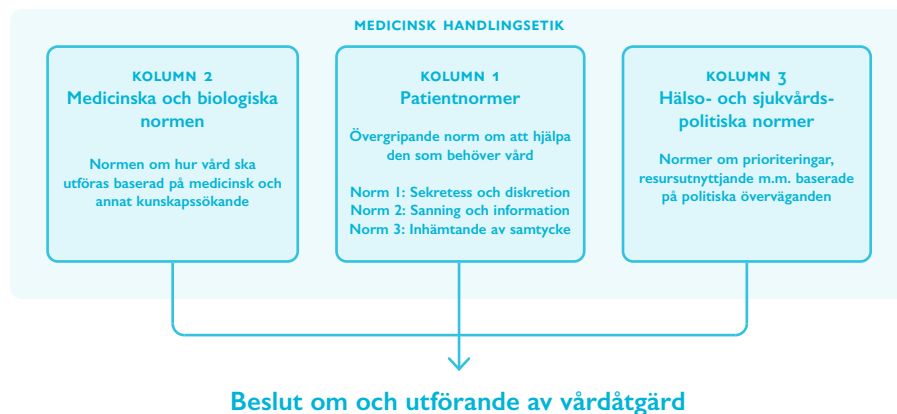
Ett nästa moment i Ricoeurs medicinska etik är det normbaserade fundamentet som består i tre kolumner. Ricoeur menar att den som ska fatta beslut om en viss vårdinsats, inom ramen för den etablerade relationen till patienten, har att förhålla sig till tre fundamentala kategorier/kolumner av normer.¹⁸⁴

¹⁸² a.a. s. 213.

¹⁸³ a.a. s. 214.

¹⁸⁴ “The agreement to give care concluded between a physician and a patient can be placed under different sorts of rules. In the first place are those moral rules assembled in the code of medical ethics. There we read such rules as the obligation to preserve privacy, the right of the sick to know the truth about his or her case, the requirement for informed consent before undertaking a risky treatment, and so on. Next come rules stemming from biological and medical knowledge, which the treatment in a particular clinical situation puts to the test reality. Finally, there are administrative rules operating at the level of public health that govern the social treatment of disease. Such is the threefold framework for the concrete medical act leading to a concrete decision, the prescription and, in moving from one plane to another, the medical judgment or phronesis.” a.a. s. 55.

FIGUR 2.
En tolkning av Ricoeurs
ramverk för medicinsk
handlingsetik.



Första kolumnen – patientnormer

Den första kolumnen av normer består av ett antal fundamentala moraliska normer. En första norm avser sekretess och diskretion. "The first norm is the one that gives the form of a right to the agreement about confidentiality sealed by the act of prescription. This norm is named the medical secret."¹⁸⁵ Den andra fundamentala moraliska normen är enligt Ricoeur patientens rätt att känna till sanningen om sitt hälso- och sjukvårdstillstånd.

"If professional secrecy is an obligation for the physician, the access of the patient to the truth of his or her case constitutes a right for that patient. The right also has its limits, which stem less from a right in the strict sense of a law than from prudence, in the sense of ancient virtue of prudential, a synonym for "practical wisdom"... Its revelation ought to be proportioned to the patient's capacity to receive and accept it."¹⁸⁶

Den tredje normen är patientens rätt att kunna ge "informed consent" (samtycke baserat på erforderlig information).

Denna första kolumn kan något förenklat anses innehålla personcentrerade normer. De tar sikte på patientens behov som människa. Implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen, såväl som tillämpning av de normer som följer av den personcentrerade policyverksamheten, innebär följaktligen att den enskilde läkaren och sjuksköterskan behöver förhålla sig till fler och mer sofistikerade normer i kolumn ett.

Andra kolumnen – medicinska och biologiska normer

Den andra kolumnen av normer avser de som generas av medicinsk och annan naturvetenskaplig kunskap. "It deals with the knowledge coming from the biological and medical sciences. This knowledge guides medical know-how, which has its own methods of diagnosis, prescription and treatment."¹⁸⁷

¹⁸⁵ a.a. s. 214.

¹⁸⁶ a.a. s. 214.

¹⁸⁷ a.a. s. 215.

Detta är följaktligen normer som vi inom ramen för vårt system skulle relatera till vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet.

Tredje kolumnen – hälso- och sjukvårdspolitiska normer

Den tredje kolumnen består enligt Ricoeur av normer som baseras på överväganden avseende "public health". Det är normer som inkluderar frågor om prioriteringar och andra överväganden som måste göras inom ramen för mer omfattande hälso- och sjukvårdssystem baserade på begränsade resurser.¹⁸⁸

4.3.3.4 En fundamental norm som cementerar de tre kolumnerna

Ricoeur lyfter samtidigt fram att det finns en övergripande norm för de olika kolumnerna av normer.

"Thus, we need to recall that the birthplace of medicine is human suffering and that its first act consists in giving help to a person in danger. This is even the norm of all norms that obligates physicians to provide care to any sick person met along the way outside the closed precinct of their consulting rooms."¹⁸⁹

Det är den första kolumnen som är mest fundamental för Ricoeur. Den övergripande normen kan också ses som ett inslag i denna kolumn av moraliska normer.

"So we have the central column of our table of rules and general norms. The two columns that frame this central column also include systems of rules presiding over the concrete act of medical judgment."¹⁹⁰

För den ansvariga personalen betyder det att man även har att tillämpa mer processuella normer. Det handlar om rutiner för hur normer ska tillämpas i de konkreta vårdssituationerna.

4.4 Rätt och etik – ett socio- och medikolegalt samspel

Ett centralt ställningstagande för detta arbete är att det är avgörande att behärska samspelet mellan etik/moral och juridik/rätt då man ska utveckla personcentrerad vård och även implementera patientens rätt.¹⁹¹ När WHO ska definiera samspelet mellan etik och rätt inom hälso- och sjukvårdsområdet konstaterar man följande:

¹⁸⁸ a.a. s. 216.

¹⁸⁹ a.a. s. 215.

¹⁹⁰ a.a. s. 215.

¹⁹¹ Peczenik som gjort ett omfattande arbete om samspelet i dessa avseenden gör följande definition av etiken. "För att undvika missförstånd måste det konstateras att ordet »etisk« i denna framställning konsekvent används i följande vidsträckt bemärkelse. Ekonomiska, fördelningspolitiska, miljöpolitiska och andra rättspolitiska värderingar är etiska i den meningen, att de ytterst sett beror på vad som är gott för människor: Det är etiskt sett bra att ha en hög levnadsstandard, att leva i en ren miljö, att leva i ett fritt samhälle och att alla behandlas lika." Peczenik, Vad är rätt? – Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation s. 93.

”Both ethics and law are normative frameworks, i.e. they define how people ought to act. Ethics and law are often complementary; for example, a legal decree might require a person to do what is ethically required (such as refrain from harming others). However, something can be legal and yet conflict with ethical standards. For instance, there are no laws prohibiting countries from investing vast public resources in the development of medical interventions of minor public health significance, such as a cure for male-pattern baldness.”¹⁹²

Av vad som ovan sagts i förhållande till handlingsetik följer att detta samspel är mer sofistikerat än så. I detta avsnitt ska vi ytterligare diskutera samspelet mellan ”etik” och ”rätt”.¹⁹³ Utifrån vår analys ovan menar vi att samspelet mellan etik och rätt behöver hanteras inom ramen för minst tre huvudprocesser:

- Rättsliggörande av etiska principer och regler genom hälso- och sjukvårdslagstiftning
- Tillämpningen av etiska normer inom ramen för hälso- och sjukvårdens rättsliga handlingssystem
- Handlingsetik vid tillämpning av rättsregler och rättsnormer i hälso- och sjukvården

Med ett sociolegalt perspektiv blir det tydlig att dessa processer tillsammans möjliggör ett dynamiskt samspel mellan vad som kan förstås som ”patientens rätt” och personcentrerad vård. Det blir också tydligt hur det handlingsetiska förhållningssättet kan utgöra fundamentet i ett sådant samspel.

4.4.1 Rättsliggörande av etiska principer och normer genom hälso- och sjukvårdslagstiftning

Ett förekommande sätt att närma sig samspelet mellan etik och rätt är att tala om rättsliggörande eller förrättsligande av etik och etiska normer.¹⁹⁴ Som vi kommer att utveckla i detta avsnitt kan denna process diskuteras utifrån ett antal olika perspektiv. Tydliggörande i sammanhanget är följande teoretiska förklaring av Brännström:

”Att en fråga förrättsligats innebär inte att *alla* börjar behandla frågan som rättslig eller att det skulle vara *oundvikligt* att göra det. Det handlar i stället om att en grupp människor vid en viss tidpunkt och i ett visst sammanhang *de facto* börjar närma sig frågan utifrån den rättsliga diskursen. Förskjutningen behöver inte innebära att en fråga uteslutande behandlas inom ramen för den rättsliga diskursen, utan kan likaväl innebära att den rättsliga diskursen blir mer framträdande på bekostnad av andra diskurser.”¹⁹⁵

Förrättsligande handlar i sin enklaste form om att kodifiera etiska normer i lagar. Det finns mängder av exempel i detta avseende. Viktiga exempel är kodifieringen av de etiska principerna för prioritering i hälso- och sjukvården:

¹⁹² WHO, Global Health Ethics s. 10.

¹⁹³ Ett viktigt och omfattande rättsvetenskapligt arbete att förhålla sig till är Peczenik, Vad är rätt? – Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation.

¹⁹⁴ Brännström lyfter fram ett antal olika begrepp som i viss utsträckning används för att beskriva samma fenomen – förrättsligande, rättsliggörande, juridifiering och judikalisering. Se Brännström, Förrättsligande – En studie av rättens risker och möjligheter med fokus på patientens ställning s. 38.

¹⁹⁵ a.a. s. 37–38.

- *människovärdesprincipen* – principen att alla människor har lika värde och har samma rätt till hälso- och sjukvård oavsett personliga egenskaper och funktioner i samhället (se bl.a. hälso- och sjukvårdslagen 3 kap. 1 §, patientlagen 1 kap. 6 §)
- *behovs- eller solidaritetsprincipen* – principen att hälso- och sjukvårdens resurser bör satsas på den människa eller verksamhet som har de största behoven (se bl.a. hälso- och sjukvårdslagen 3 kap. 1 §, patientlagen 1 kap. 6 §)
- *kostnadseffektivitetsprincipen* – principen att vid val mellan olika verksamhetsområden eller vårdåtgärder ska man eftersträva en rimlig relation mellan kostnad och effekt, baserat på att förbättrad hälsa och höjd livskvalitet eftersträvas (se bl.a. hälso- och sjukvårdslagen 4 kap. 1 §).

I den s.k. prioriteringsutredningen förklarar man att ambitionen är att principerna ska kunna användas vid prioriteringar i alla tänkbara sammanhang – allt ifrån hur hälso- och sjukvården ska styras, till hur beslut ska fattas kring vårdinsatser i situationer där det saknas tillräckliga resurser.¹⁹⁶ Utredningen menar att det är principer som också ska vara allmänt accepterade.

”Om dessa överväganden och beslut utgår från en tydlig och allmänt accepterad etisk plattform kan det underlätta allmänhetens och sjukvårdspersonalens förståelse för de prioriteringar som måste göras och kan därmed bidra till att bevara förtroendet för den samhällsfinansierade sjukvården, även när resurserna inte räcker till för att tillgodose alla behov.”¹⁹⁷

Utredningen lyfter också fram andra etiska principer som man alltid behöver förhålla sig till då man bedriver hälso- och sjukvård. En viktig sådan är den s.k. självbestämmandeprincipen enligt vilken hälso- och sjukvård ska bedrivas med respekt för patientens självbestämmande och integritet.¹⁹⁸

Som vi redan konstaterat innehåller patientlagen, patientsäkerhetslagen och patientdatalagen en rad bestämmelser som också utgör centrala etiska regler. Många av de regler som syftar till att stärka patientens rätt, som att patienten ska behandlas med respekt, tillerkännas integritet, ge sitt samtycke, vara delaktig o.s.v., kan betraktas som etiska regler vilka kodifierats i lagar.¹⁹⁹

När det gäller förrättsligande av handlingsetiken på lagstiftningsnivå är det rättsligt möjligt att argumentera för att patientlagens bestämmelser kan förstås som ett förrättsligande av en utvecklad medicinsk etik i enlighet med Ricoeur. Det är, i enlighet med Ricoeurs medicinska etik, fullt möjligt att dela in de

196 Under rubriken etiska principer föreslogs att dessa principer skulle kodifieras som grundval för hur hälso- och sjukvården ska prioriteras. I utredningen förklaras att principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- eller solidaritetsprincipen. Man förklarar vidare att kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de båda övriga principerna. Detta framgår inte uttryckligen av lagtext. Se SOU 1995:5 Vårdens svåra val s. 115.

197 a.a. s. 116.

198 a.a. s. 124.

199 En intressant fråga i sammanhanget är om det är tillräckligt att kodifiera en etisk regel i en lag för att den ska ha ansetts ha förrättsligats. Ett tänkbart sätt att argumentera är att ett förrättsligande förutsätter någon form av möjlighet att väcka talan eller att någon rättslig aktör kan ingripa. I en rättslig handbok om patientlagen beskriver författaren vissa av reglerna som etiska i kontrast till andra regler som han ser som rättsliga. Detta gäller exempelvis regeln om att patienten ska visas respekt.

patientrelaterade reglerna i de tre kolumner som beskrivits ovan. Tillspetsat kan vi i förhållande till hälso- och sjukvårdsprofessionerna tala om både rättsliga skyldigheter och etiskt ansvar att tillhandha god vård utifrån vad som är medicinskt beprövat etc., vad är möjligt utifrån prioriteringar m.m., och vad som följer av ett personcentrerat förhållningssätt.²⁰⁰ Intressant på denna nivå är också hur de statliga myndigheterna använder sin föreskriftsrätt för att precisera den rättsliga innebörden av de genom lagstiftning kodifierade etiska normerna.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är följaktligen, genom införandet i lagstiftning, rättsligt förpliktigade att göra överväganden i enlighet med de kodifierade etiska principerna och reglerna. Det är som sagt möjligt att se patientens rätt enligt patientlagen som ett försök till att förrättsliga det personcentrerade arbetssättet. Ett förrättsligande i detta avseende kan i sin tur ses som ett sätt möjliggöra och stödja personalens utövande av en personcentrerad handlingsetik.

4.4.2 Tillämpningen av etiska normer inom ramen för hälso- och sjukvårdens rättsliga handlingssystem

I detta arbete fokuserar vi som sagt på hälso- och sjukvården som rättsliga handlingssystem. Förrättsligande på denna nivå sker när etiska regler, genom beslut och avtal, implementeras i de rättsliga handlingssystemen. Det är i detta sammanhang vi talar om normer. Om en etisk regel implementeras som ett avtalsbaserat åtagande har det skett ett rättsliggörande. Detta gäller även om den etiska regeln implementeras som organisatorisk norm genom beslutsfattande av hälso- och sjukvårdens huvudmän och vårdgivare. På denna nivå blir det intressant att analysera hur och när etiska normer blir rättsliga.

Särskilt viktigt är också hur kodifiering av etiska normer genom lagstiftning m.m. ger patienterna en särskild rättslig status inom hälso- och sjukvården som rättsliga handlingssystem. Lika viktigt är hur hälso- och sjukvårdspersonalens, vårdgivarnas och huvudmännens kodifierade ansvar konkretiseras på handlingssystemsnivå. Intressant är hur reglerna utvecklas som målnormer, kvalifikationsnormer, kompetensnormer och handlingsdirigerande normer på handlingssystemsnivå. Det är i sammanhanget en uppenbar risk att kodifierade etiska normer betraktas som oprecisa målnormer.²⁰¹ Intressant är följaktligen hur huvudmän och vårdgivare skapar vårdrutiner m.m. för att utveckla och konkretisera den rättsliga innebörden på handlingssystemsnivå.

Utifrån ovan diskussion kan vi analysera hur Ricoeurs tre kolumner av normer konkretiseras på handlingssystemsnivå. I detta arbete kommer vi bl.a. att analysera om det inte är möjligt att precisera olika handlingssystem, eller åtminstone olika moment i handlingssystem, i enlighet med indelningen i de tre kolumnerna. Det är i detta sammanhang som det medikolegala perspektivet är så intressant. Med detta perspektiv fokuserar vi på hur konkreta vårdåtgärder utvecklas som normer. Kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården handlar i stor utsträckning om att utveckla och besluta om normer för vilka vårdåtgärder som ska vidtas för olika hälsotillstånd och hur dessa konkret ska utföras. Vi menar, vilket vi kommer att

²⁰⁰ Se vidare i avsnitt 1.5.

²⁰¹ Jfr Peczenik, Vad är rätt? – Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation s. 163.

utveckla, att det personcentrerade förhållningssättet rimligen ska inkluderas i denna normbildning. Återigen är det viktigt att lyfta fram betydelsen av forskning och beprövad erfarenheten som grunden för hälso- och sjukvårdens kvalitativa utveckling. Utifrån forskningen om personcentrerad vård är det möjligt att inom ramen för hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning och annan kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården skapa normer för vad som är personcentrerade vård. Det är dessa processer som vi ovan introducerat som hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Med ett socio- och medikolegalt perspektiv kan vi fördjupa förståelsen för hur ”rätt” och ”etik” samspelar inom ramen för denna normbildning.

4.4.3 Handlingsetik vid tillämpning av rättsregler och rättsnormer i hälso- och sjukvården

Ett ytterligare sätt att diskutera samspelet mellan rätt och etik är att fokusera på det etiska ansvaret vid tillämpning av rättsliga normer i det konkreta beslutsfattandet om, och utförandet av, vårdåtgärder. Detta blir särskilt intressant på handlings-systemsnivå. I detta sammanhang blir det mer personliga etiska ansvarstagandet centralt. I enlighet med vad som ovan diskuterats kan vi skilja mellan kollektiv och privat etik. Kollektiva etiska förhållningssätt lämpar sig för att översättas till etiska normer, vilka bl.a. kan kodifieras på olika sätt. På det privata planet är det frågan om de egna individuella övervägandena.²⁰² Det är följaktligen fullt möjligt att utveckla både kollektiva och privata förhållningssätt avseende hur man ska förstå och tillämpa olika rättsliga regler. Det är i detta sammanhang som det blir särskilt intressant att diskutera Ricoeurs förklaring av individens handlingsetiska intention utifrån begreppen ”strävan efter det goda livet, med och för andra inom rättvisa institutioner”. Oavsett vilken situation den hälso- och sjukvårdsanställda befinner sig och oavsett vilka regler som är tillämpliga i situationen så har hen att tillämpa sin etiska kompass i sitt beslutsfattande om, och utförande av, vården. Tillämpningen av patientlagens regler sker på både individnivå och kollektiv nivå. Genom personalens handlingsetiska intention och kompass kan patientlagens regler tillämpas på ett personcentrerat sätt.

202 Peczenik diskuterar med hänvisning till Hart hur etik och moral har både en samhällelig och en privat aspekt. a.a. s. 127.

KAPITEL 5

NÄRMARE OM INNEHÅLL OCH UNDERLIGGANDE FORSKNING

5.1 Rättsvetenskapliga forskningsstudier för att förstå och hantera hälso- och sjukvård som normer

I detta kapitel, vilket utgör det sista i arbetets första introducerande del, ska vi beskriva den forskning som ligger till grund för arbetet och hur forskningsresultatet presenteras i arbetet. Detta kan även uttryckas med att vi i kapitlet kommer att beskriva vad som utgör arbetets sociolegal design.²⁰³ Forskningen består i fem sammanlänkade studier, vilka presenteras i var sin del av arbetet. Varje studie består i en specifik ansats i förhållande till samspelet mellan personcentrerad vård och implementerandet av patientens rätt.

1. En rättsteoretisk studie av samspelet mellan personcentrering och rättsligt normskapande inom hälso- och sjukvården (del 1)
2. En rättsanalytisk studie av "patientens rätt" (del 2)
3. En sociolegal studie av hälso- och sjukvårdens rättsliga ordning och ansvarsfördelning (del 3)
4. En socio- och medikolegal studie av hur personcentrerad vård bör förstås utifrån dynamiken mellan handlingsetik, normtillämpning och normbildning (del 4)
5. En teoretiskt reflekterande studie av hur lärdomarna i de genomförda studierna kan sammanfattas och utvecklas som ett ramverk för implementering av patientlagen och annan central hälso- och sjukvårdslagstiftning (del 5)

För varje studie har vi uppställt en övergripande forskningsfråga, vilken vi sedan brutit ned i ett antal underliggande frågor. De underliggande frågorna behandlas i var sitt kapitel.

5.2 En rättsteoretisk studie av samspelet mellan personcentrering och rättsligt normskapande inom hälso- och sjukvården

Arbetets första studie har redan presenterats i arbetets första del. Denna studie kan beskrivas som ett teoretiskt arbete syftande till att rama in och möjliggöra de övriga studierna. Den övergripande frågan för denna teoretiska studie är hur man med rättsliga medel kan möjliggöra personcentrerad vård. Teoretiskt är utmaningen hur man ska bryta ned frågan för att den ska vara hanterbar. Följande forskningsfrågor har uppställts och om inte besvarats så i vart fall behandlats i ovan framställning:

203 Jfr Banakar som beskriver sociolegal design utifrån följande huvudmoment: 1) a research problem, 2) literature review, 3) research questions, 4) a theoretical (or conceptual) framework, 5) research methods, 6) research ethics, 7) empirical data (or material), 8) data analysis and conclusions. Banakar, On Socio-Legal Design.

- Hur kan vi (teoretiskt) förstå samspelet mellan regel innehållet i lagstiftning och förordning i förhållande till implementerade normer i hälso- och sjukvården som rättslig ordning (kapitel 2)?
- Hur kan vi med en sociolegal ansats och teoretisk inramning beskriva det policyarbete och den forskning som bedrivits avseende personcentrerad hälso- och sjukvård (kapitel 3)?
- Vad innebär det etiska perspektivet på personcentrerad vård och hur förhåller det sig till ett rättsligt perspektiv (kapitel 4)?

Metodologiskt har det i huvudsak handlat om teoretisk empiri där vi utifrån tidigare arbeten reflekterat över de uppställda frågorna. Varje fråga har behandlats i var sitt kapitel. Det har förhoppningsvis framgått hur analysen i förhållande till den föregående frågan banat väg för hur man ska ta sig an den påföljande frågan.

5.3 En rättsanalytisk studie av ”patientens rätt”

Den andra studien, som presenteras i del 2, består i en utvärdering av hur stärkandet av patientens rättsliga ställning och kompetens enligt patientlagen möjliggör utveckling av personcentrerad vård. Studiens huvudfråga är hur vi kan förstå innebörden av det s.k. patientmaktsarbetet i allmänhet och patientlagens bestämmelser i synnerhet, i förhållande till vad som utgör personcentrerad hälso- och vård. Vi har brutit ned denna huvudfråga i ett antal underfrågor:

- Vilka är patientlagens syften och bakomliggande idéer (kapitel 7)?
- Vad är innebörden av den rättsliga diskursen avseende patienträttigheternas vara eller inte vara (kapitel 8)?
- Hur kvalificeras patientrollen inom ramen för hälso- och sjukvårdens rättsliga handlingssystem (kapitel 9)?
- I vilken utsträckning och hur ska patientlagens bestämmelser förstås och implementeras som kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivare (kapitel 10)?
- I vilken utsträckning har patientlagen implementerats och vilka hinder för implementering har identifierats (kapitel 11)?

Analysen av respektive fråga relateras följaktligen till förutsättningarna att utveckla personcentrerad hälso- och sjukvård. När det gäller den första underfrågan, dvs. analysen av patientlagens syften och bakomliggande idéer, begränsas analysen primärt till patientlagens förarbeten. Här analyserar vi bl.a. i vilken utsträckning vi kan urskilja strävanden om personcentrering. Vi analyserar Patientmaktsutredningen och den därpå följande propositionen, samt även det så intressanta yttrandet av Lagrådet.²⁰⁴ I viss utsträckning analyseras även förarbeten till tidigare lagstiftning.

204 SOU 2008:127 Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning. Prop. 2013/14:106 Patientlag.

Vad gäller frågan om patienträttigheternas vara och inte vara gör vi både en rättsdogmatisk analys av hur patientlagen är konstruerad i detta avseende och en rättsteoretiskt reflexiv studie av fenomenet rättigheter i hälso- och sjukvård som kontext. Analysen är direkt relaterad till hur vi kan förstå patientens rättsliga ställning – så även utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Motsvarande metodologiska ansats använder vi när vi analyserar kvalificeringen av patientrollen. Här lägger vi särskilt vikt vid den sociolegala analysen av patientrollen som rättsligt subjekt i hälso- och sjukvårdens handlingssystem.

Den mest framträdande och även arbetskrävande underfrågan i denna första studie är hur patientlagens bestämmelser ska förstås och implementeras som kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivare. Metodologiskt är det primärt frågan om en rättsdogmatisk analys av vad som föreskrivs i patientlagen och vad som har uttalats i lagens förarbeten. Vi följer lagens disposition och går igenom kapitel efter kapitel. I den dogmatiska analysen lyfter vi även fram bestämmelser i andra lagar som innefattar identiska eller liknande bestämmelser. Särskilt relevanta är som konstaterats hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och patientdatalagen. Vi kommer att ta avstamp i diskussionen om i vilken utsträckning patientlagen är målrationell respektive normrationell. Utmärkande för vår analys är att vi kontinuerligt reflekterar över hur respektive bestämmelse kan förstås och tolkas som kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvårdssystemens olika aktörer. Särskilt relevant är givetvis hur de kan förstås som kompetensnormer för patienter. Minst lika intressant är hur den allmänna ambitionen av ”skyldighetslagstiftning” ska översättas i mer konkreta kompetensnormer och handlingsnormer för vårdgivare och hälso- och sjukvårdens olika professionsgrupper. Det är på denna nivå som vi konkretiserar analysen av hur implementeringen av patientlagens bestämmelser samspelar med utvecklingen av personcentrerad vård. Det handlar i stor utsträckning om att sätta scenen för det fortsatta analysarbetet.

Beträffande analysen av patientlagens implementering kommer vi inte att i denna del genomföra någon egen empirisk analys, utan vi kommer att uteslutande förhålla oss till den serie av utvärderingar som gjorts av Vårdanalys. Vår analys begränsas till att reflektera över studierna och de slutsatser som gjorts utifrån ett sociolegalt perspektiv.

5.4 En sociolegal studie av hur statlig hälso- och sjukvårdsreform bedrivs och implementeras i hälso- och sjukvården som rättsliga ordning

I en tredje studie, vilken presenteras i del 3, utvärderar vi hur patientlagens implementering förutsätter ett mer omfattande reformarbete. Här tillämpar vi ett uppifrån och ned-perspektiv på hälso- och sjukvårdens omvandling och utveckling. En central uppgift är att kartlägga hur hälso- och sjukvården kan förstås som rättslig ordning och handlingssystem. Den övergripande frågan för denna studie är vad som utgör de mest centrala aktörsknutna (rollbaserade) handlingssystemen att förhålla sig till när det gäller att implementera patientlagens bestämmelser

och att utveckla personcentrerad vård. Studien baseras på en utvärdering och kartläggning av vilka som utgör de mest centrala rättsliga aktörerna/rättssubjekten på mikro-, meso- och makronivå. Vi tar avstamp i en utvecklad förståelse av staten, regionerna och kommunerna som rättssubjekt och organisationer. Med utgångspunkt i denna initiala utvärdering har vi uppställt följande underfrågor:

- *Statligt styrningsansvar*: Hur styr staten hälso- och sjukvården och hur kan staten möjliggöra/säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad (kapitel 13)?
- *Huvudmannansvar*: Hur utövar regioner och kommuner sitt huvudmannaskap och hur kan de möjliggöra/säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad (kapitel 14)?
- *Vårdgivaransvar*: Hur organiserar och leder vårdgivare hälso- och sjukvårdens utförande och hur kan de möjliggöra/säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad (kapitel 15)?
- *Professionsansvar*: Hur utvecklar hälso- och sjukvårdens olika professioner sitt professionella ansvar och hur kan de möjliggöra/säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad (kapitel 16)?

Det är ingen tvekan om att denna del är arbetets mest omfattande och krävande. Ambitionen är följaktligen att tydliggöra hur hälso- och sjukvården organiseras och hanteras som rättslig ordning, för att härigenom tydliggöra vilket ansvar som olika aktörer inom hälso- och sjukvården rimligen har för att implementera patientens rätt och möjliggöra personcentrering. Med utgångspunkt i den statliga styrningen och huvudmannaskapet kartlägger vi rättsliga handlingssystem som typiskt sätt utvecklas inom ramen för och i anslutning till hälso- och sjukvården som system och verksamhet. Vi kommer i studien att fokusera på det reformarbete som nu sker avseende ”God och nära vård” respektive ”Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård”.²⁰⁵ Efter att vi genomfört orienterade studier var det vår slutsats att detta är två reformer som har stora ambitioner vad gäller omställningen av hälso- och sjukvården. Vår bedömning då som nu är att båda reformerna är särskilt intressanta utifrån perspektivet att implementera patientens rätt och möjliggöra personcentrerad hälso- och sjukvård.

Metodologiskt baseras studien på analys av rättskällor som styr regional och kommunal hälso- och sjukvård, exempelvis regeringsformen (1974:152), kommunallagen, förvaltningslagen, hälso- och sjukvårdslagen m.fl. Studien baseras också på en genomlysning av den rättsliga ordningen avseende statlig, regional, kommunal och även privat hälso- och sjukvård. Vi gör även en genomlysning av vad som kan beskrivas som professionssfären. Efter att ha avgränsat specifika handlingssystem gör vi mer detaljerade sociolegala analyser av dessa. Vi har valt att använda hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen som exempel när vi analyserar huvudmannansvaret. Analytiskt kommer vi att gå igenom relevanta styrdokument. En omfattande sociolegal uppgift har varit att utvärdera och följa

²⁰⁵ Socialstyrelsens webbsida, God och nära vård. SOU 2020:36 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.

den beslutsordning och det konkreta beslutfattande som sker med relevans för patientlagens implementering och möjliggörandet av personcentrerad vård. I viss utsträckning kommer vi att jämföra med hantering m.m. inom andra regioner, bl.a. Region Stockholm. Vad gäller vårdgivaransvaret kommer vi att särskilt studera Sahlgrenska Universitetssjukhuset och andra vårdgivare inom Västra Götalandsregionen. Metodologiskt kommer vi att inom ramen för denna studie således genomföra ett antal mer empiriskt orienterade sociolegala studier av hur olika aktörer verkar inom ramen för hälso- och sjukvården som system och verksamhet.

5.5 En socio- och medikolegal studie av hur personcentrerad vård möjliggörs inom ramen för normtillämpning och normbildning

En fjärde studie avsåg hur man med rättsliga medel kan möjliggöra personcentrerad vård. Denna studie presenteras i del 4. Det är inom ramen för denna studie som vi utvecklar ett nedifrån och upp-perspektiv på hur hälso- och sjukvård utvecklas som system och rättslig ordning. Den övergripande frågan för denna studie är hur man bör förstå personcentrerad hälso- och sjukvård som normer – sett i ljuset av ”patientens rätt”. Vi skiljer som sagt mellan lagstiftningens rättsregler och rättsliga normer som implementerats inom ramen för hälso- och sjukvårdens handlingssystem. Ambitionen är att ta fasta på den analys som har gjorts i förhållande till de tidigare forskningsfrågorna för att därefter fråga oss hur vi kan bidra till arbetet med personcentrerad hälso- och sjukvård. Utmärkande är den normativa ambitionen att kunna hantera hälso- och sjukvården som normbaserade system. Utmärkande är att vi tillämpar ett medikolegalt perspektiv på hur den faktiska vården utförs inom ramen för kvalitetsorienterade handlingssystem. Det medikolegala perspektivet betyder att vi ser specifika vårdåtgärder som både medicinska och rättsliga fenomen. En viktig normativ utgångspunkt är att värna om personcentrering som handlingsetik för de individer som ägnar sig åt hälso- och sjukvård. Även för denna studie har vi uppställt ett antal forskningsfrågor:

- Hur kan och bör personcentrerad vård förstås utifrån ett normperspektiv, samt hur kan och bör patientlagens m.fl. rättsregler implementeras för att möjliggöra normbildning avseende personcentrerad vård (kapitel 18)?
- Hur kan och bör det personcentrerade förhållningssättet inkluderas i den normbildningsprocess som ligger till grund för hälso- och sjukvårdens kvalitativa utveckling (kapitel 19)?
- Hur kan och bör ledningssystem användas för att inkludera personcentrerad vård i kvalitetsarbetet (kapitel 20)?

Ett viktigt inslag i denna medikolegala nedifrån och upp-analys är utvärderingen av hur personcentrerad vård som normer förhåller sig till jämlik vård, kostnads-effektiv vård, m.fl. normer. Hur bör man som hälso- och sjukvårdspersonal förhålla sig till den normkomplexitet och de eventuella normkollisioner som föreligger? Intressant är i vilken utsträckning ”god vård” som normkonstruktion kan anses inbegripa både patientens rätt enligt patientlagen och utveckling av personcentrerad vård. Särskilt intressant i sammanhanget är utvärderingar av hur

det som har vetenskaplig evidens och är erfarenhetsmässigt beprövat verkar som normbildningsprocess. Viktigt att utvärdera är innebörden av digitaliseringen och den kunskapsstyrning som härigenom möjliggörs. Vi är också intresserade av att tydliggöra hur innovationsverksamhet, exempelvis avseende digital medicinteknik, möjliggör en normbaserad utveckling av hälso- och sjukvården.

Ambitionen är att denna mer normativa analys ska resultera i ett normorienterat ramverk som kan användas då man verkar för att hälso- och sjukvården ska vara personcentrerad. Pedagogiskt är ramverket uppbyggt kring normerande frågor, dvs. det är frågor som används då man utvecklar och bedriver hälso- och sjukvård. Ramverket riktar sig till dem som verkar på i princip alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Tanken är att det även ska kunna användas vid fortsatt forskning och utbildning.

5.6 En sammanfattande teoretisk studie av hur patientlagen kan implementeras och personcentrerad vård möjliggöras

I en femte och sista del frågar vi oss hur den analys som gjorts i arbetet kan sammanfattas i en sociolegal modell för hur mer ingripande hälso- och sjukvårdslagstiftning kan implementeras. Vi formulerade två mer normativa frågor:

- Hur kan vi utveckla ett understödjande ramverk för hur patientlagen konkret kan implementeras inom en vårdgivares rättsliga ordning (kapitel 22)?
- Hur kan vi utveckla ett understödjande ramverk för hur hälso- och sjukvårdsreform bedrivs i samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika nivåer (kapitel 23).

Ambitionen är att sammanfatta slutsatserna av de tidigare studierna i en normativ modell för hur patientlagens bestämmelser kan översättas till normer och handlingssystem inom hälso- och sjukvården rättslig ordning. Vi är särskilt intresserade av att påvisa det rättsligt möjliga när det gäller att bedriva reformarbete på hälso- och sjukvårdens makro-, meso- och mikronivå. Genomgående är vi intresserade av att tydliggöra hur patientlagens implementering möjliggör personcentrerad vård.

DEL 2



PATIENTENS RÄTTSLIGA STÄLLNING

“Finns det då inom uppdragets ram reella möjligheter att stärka patientens ”makt” och inflytande över vården? Ja, det är utredningens absoluta uppfattning. De förslag och överväganden som kommer att lämnas i betänkandet har som ambition att åstadkomma en maktförskjutning från hälso- och sjukvårdens huvudmän och professioner till patienten.”

SOU 2013:2 Patientlag s. 63.

KAPITEL 6

PATIENTENS ”RÄTT”

6.1 Ambitionen att stärka patientens ställning

I denna andra del kommer vi med utgångspunkt i en analys av patientlagen – dess innehåll, bakgrund och bristande implementering – att lägga grunden till en förståelse för hur lagens implementering kan samspela med utvecklandet av personcentrerad hälso- och sjukvård. Den bakomliggande studiens huvudfråga är hur vi kan förstå innebörden av det s.k. patientmaksarbetet för att stärka patientens ställning.

Av central betydelse för detta arbete är den medvetenhet som föreligger avseende att ett stärkande av patientens ställning förutsätter omfattande verksamhetsutveckling. Belysande är följande ställningstagande som görs i en utredning om patientens rätt från 2008:

“Utredningen har i sina bedömningar ansett det viktigt att ta hänsyn till hur olika förslag påverkar förutsättningar för verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården. Här ligger utmaningen i att utforma åtgärder som får avsedda effekter för patientens ställning, men som samtidigt stödjer en i verksamheterna förankrad verksamhetsutveckling. En verksamhetsutveckling som successivt utvecklar vårdens kvalitet och effektivitet tillhör de avgörande faktorerna i arbetet med en förstärkning av patienternas ställning.”²⁰⁶

Det är just detta förhållningssätt som sätter scenen för hela detta arbete. Att stärka patientens ställning och utveckla personcentrerad hälso- och sjukvård handlar om att utveckla hälso- och sjukvården som system och verksamhet.

Utmärkande för utvecklingen av ”patientens rätt” i Sverige är att man undvikit att tillerkänna patienten särskilda rättigheter. Det är inte helt uppenbart vad som avses när lagstiftaren i underliggande utredningar konstaterar att patientlagen inte ska anses innebära att patienten ges rättigheter. Som vi kommer att utveckla är detta en fråga som inbegriper flera olika aspekter värda att reflektera över då vi analyserar samspelen mellan patientlagens implementering och utvecklandet av personcentrerad hälso- och sjukvård. En intressant betraktelse i sammanhanget är att ”patienträttigheter”, utifrån ett internationellt perspektiv, får allt större betydelse i diskussionen om hälso- och sjukvårdens utmaningar och behov av utveckling.

“Increasingly, the challenges and potential solutions that health systems are facing are explored through a patients’ rights lens. Changes, such as the rapid ageing of the population and the rising burden of chronic conditions (including mental health problems), along with scientific and technological developments as well as cultural preferences, are creating new questions that are often debated within the context of fundamental rights, including self-determination, dignity and equality. The growing complexity of health care together with innovations in the fields of medicine (e.g. precision medicine) and of information and communication technology (ICT) (e.g. e-health), along with an increased focus on quality and safety, are likely to impact patients’ rights, especially with regard to privacy and equity.”²⁰⁷

206 SOU 2008:127 Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning s. 16.

207 Se Palm, Nys, Townend, Shaw, Clemens and Brand, Patients’ rights: from recognition to implementation s. 347.

Detta uttalande tydliggör också hur personcentrering och stärkandet av patientens ställning är direkt förknippade med de utmaningar som behöver hanteras av ett framtida hälso- och sjukvårdssystem. Redan genom denna betraktelse kan vi konstatera hur diskussionen om patienträttigheter kan vara relevant i förhållande till behovet av system- och verksamhetsutveckling inom de tre fokusområden vi ringat in avseende personcentrerad hälso- och sjukvård.

6.2 Överföring av lagstiftningens rättsregler till normer inom hälso- och sjukvården

En viktig utgångspunkt för detta arbete är vetenskapen om att patientlagen, i enlighet med en serie utvärderingar av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, inte anses ha implementerats i någon större omfattning, dvs. lagens rättsregler följs inte i praktiken. Det är med denna vetenskap som patientlagens regler kommer att analyseras.

Med utgångspunkt i själva lagstiftningsarbetet är det fullt möjligt att hävda att det arbete som iscensattes av Patientmaktsutredningen har misslyckats. I detta sammanhang är det intressant att lyfta fram den s.k. lagstiftningsläran, vilken fokuserar på lagstiftningens teori och praktik.²⁰⁸ Detta är en lära inriktad på hur statsmakten genom lagstiftning skapar ”rätt” och härigenom styr samhället. Det är en lära för hur företrädare för regering och riksdag tar sig an samhällsutmaningar m.m. genom utfärdande av nya lagar. Vi har ovan diskuterat hur man tillsatte Patientmaktsutredningen och hur denna resulterade i en patientlag.²⁰⁹

Inom ramen för en lära hur man bedriver lagstiftningsarbete, är det i sig fullt möjligt att inkludera olika steg vad gäller lagstiftningens implementering.²¹⁰ Intressant vad gäller patientlagen är hur regeringen gav Vårdanalys i uppdrag att kontinuerligt följa upp i vilken utsträckning lagen tillämpas inom hälso- och sjukvården. Vi har redan konstaterat att vi i detta avseende behöver en mer utvecklad förståelse för hur hälso- och sjukvården är organiserad som rättsliga handlingssystem för att vi ska kunna utveckla hur lagar ska implementeras. Med en sådan förståelse kan vi därefter utveckla hur vi ”möjliggör” implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen m.fl. lagar.

Centralt för en lagstiftningslära är samspelet mellan utformandet av rättsregler i lagarna och hur dessa sedan förstås och hanteras i hälso- och sjukvården som praktik. En för detta arbete viktig diskussion är den avseende målrationalitet och/eller normrationalitet. Vahlne Westerhäll konstaterar att regelmassan inom hälso- och sjukvårdsområdet är både normrationell och målrational.²¹¹ ”Normrationalitet innebär att det är de skrivna normerna med sitt innehåll, sin konstruktion och

208 Se bl.a. Föreningen för lagstiftningsläras webbsida, Om lagstiftningslära.

209 Se ovan i avsnitt 4.1.2.

210 Jfr Partington som konstaterar: “Nevertheless, despite their dependence on law, governments do not currently appreciate as fully as they might how empirical research on law (with the possible exception of criminological research) might enable them to develop more successful legislative strategies and outcomes Partington, Legal theory and empirical research s. 1006.

211 Vahlne Westerhäll, Suicidnärhet – en medicinsk vård och behandling i ett rättsligt perspektiv s. 20.

funktion som utgör utgångspunkt.”²¹² Att regler är målrationala är, enligt Vahlne Westerhäll, i stället ett uttryck för att betrakta reglerna som ett omsorgsbehov, ett medicinskt vårdbehov eller annat som kan förstås som mål för hälso- och sjukvården. Utifrån denna indelning har vi följaktligen att fråga oss i vilken utsträckning patientlagens rättsregler ska implementeras med en målrationalitet eller normrationalitet. Av vad som sagts ovan om god och jämlik vård m.m. så bör man, enligt vår mening, utveckla ett normrationellt förhållningssätt så långt möjligt. Med ett sådant förhållningssätt handlar det om att i implementeringen översätta rättsreglerna till kvalifikations- och kompetensnormer o.s.v. Med det målrationala förhållningssättet implementerar vi i stället reglerna som mål/medel-normer eller avvägningsnormer, vilket tycks resultera i att man inom hälso- och sjukvården förhåller sig till dem som mer eller mindre oprecisa och vaga förhållningsregler.²¹³

Ett centralt moment i ett mediko- och sociolegalt ramverk är följaktligen att tydliggöra hur rättsregler i hälso- och sjukvårdslagstiftning ska översättas som kvalifikationsnormer, kompetensnormer och handlingsdirigerande normer i olika aktörsknutna handlingssystem. Redan genom en analys av relevanta rättskällematerial kan man skaffa sig en relativt utvecklad bild i detta avseende. Förarbeten till lagstiftningen är en viktig kunskapskälla. Av intresse i detta sammanhang är också myndigheters föreskrifter, råd och rekommendationer.

6.3 Del 2 och dess innehåll

När det gäller kapitlets struktur och innehåll börjar vi, i enlighet med vad som ovan beskrivits, med en översiktlig analys av den utveckling som ledde fram till det s.k. patientmaktarbetet och utformandet av patientlagen (kapitel 7). Det har skett en rad olika utredningar och lagstiftningsinitiativ som i olika avseenden haft ambitionen att stärka patientens ställning. Därefter kommer vi att analysera hur vi kan förstå vad som utgör patienträttigheter och hur man i Sverige valt att förhålla sig till tillerkännandet av sådana (kapitel 8). En central utgångspunkt för arbetet, vilken kommer att utvecklas i kapitlet, är att även om patientlagen inte består i rättigheter som kan göras gällande i domstol, så kan individen uppställa rättsliga anspråk på hälso- och sjukvårdens företrädare då denne ikläder sig patientrollen. Intressant att utreda är vad patientrollen består i och när man ikläder sig rollen (kapitel 9). Själva kärnan i kapitlet är en analys av patientlagen och vissa andra för patienten centrala bestämmelser (kapitel 10). Med vårt fokus på "patientens rätt" handlar det om att tydliggöra vilken rättslig ställning och kompetens som patienten ska ges inom hälso- och sjukvården. I avsnittet kommer vi att, i enlighet med patientlagens indelning, beskriva bestämmelserna om:

- tillgänglighet,
- information,
- samtycke,
- delaktighet,

²¹² a.a.

²¹³ a.a. s. 22. Se även Hydén, Reflexiv rätt och reglering.

- fast vårdkontakt och individuell planering,
- val av behandlingsalternativ och hjälpmedel,
- ny medicinsk bedömning,
- val av utförare,
- personuppgifter och intyg,
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet.

I enlighet med vad som diskuterades i arbetets första del kan patientlagen, precis som många andra lagar inom välfärdsområdet, beskrivas som en ramlag. Utmärkande för en ramlag är att man formulerar generella bestämmelser och undviker mer detaljerade regler. Utmärkande för patientlagen är att den primärt betraktas som en skyldighetslag för hälso- och sjukvården. Frågan är hur hälso- och sjukvården som organisation och verksamhet mer i detalj ska förverkliga patientlagens bestämmelser. I detta sammanhang diskuteras betydelsen av målrationalitet i förhållande till normrationalitet. Är det tillräckligt att aktörerna inom hälso- och sjukvården förhåller sig till patientlagens bestämmelser som styrande mål eller förutsätts en mycket mer omfattande detaljstyrning? Ett huvudsakligt inslag i detta kapitel är att analysera patientlagens bestämmelser utifrån antagandet att det krävs en genomgående normrationalitet, åtminstone på handlingsystems-nivå.

I denna arbetets andra del kommer vi även att diskutera patientlagens implementering, eller snarare brist på implementering (kapitel 11). Vi har redan konstaterat att det skett ett antal utredningar där man kommit fram till att patientlagen inte nödvändigtvis resulterat i att patienten får den ställning som eftersträövades. Analysen i detta kapitel kommer begränsas till de utredningar som gjorts, dvs. vi gör inte någon egen analys i detta avseende.

KAPITEL 7

PATIENTLAGEN, DESS URSPRUNG OCH BAKOMLIGGANDE SYFTEN

7.1 Patientmaktsutredningen och patientlagens bakomliggande syften

I detta kapitel ska vi sätta scenen för den övergripande frågan om hur patientlagen möjliggör personcentrerad vård. Vi kommer att utvärdera vilka syften som låg bakom, såväl som kom till uttryck i, förarbetena till patientlagen. Särskilt intressant är dialogen kring hur syftet att stärka patientens ställning ska realiseras i verksamhetsutveckling. En central insikt för detta arbete är som sagt att utvecklingen av personcentrerad hälso- och sjukvård kan förstås som något av ett paradigmskifte för hur man bedriver hälso- och sjukvård. Intressant i sammanhanget är frågan om när och hur det patientorienterade synsättet initierats inom lagstiftning avseende hälso- och sjukvård.

Huvudsyftet med det s.k. patientmaktsarbetet, vilket resulterade i patientlagens ikraftträdande år 2015, var just att stärka patientens ställning. I kommittédirektivet preciserades Patientmaktsutredningens uppdrag enligt följande: "En särskild utredare ska föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas. En utgångspunkt för utredarens arbete ska vara att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård. Utredaren ska bl.a. föreslå hur:

- vården kan ges på mer likvärdiga villkor,
- patientens valmöjligheter i vården kan stärkas ytterligare,
- patientens behov av stöd, råd och information bör hanteras inom ramen för vårdgarantin och det fria vårdvalet,
- berörda myndigheter bör arbeta för att stärka patientens ställning, och
- informationsutbytet mellan patient och vårdgivare kan underlättas och utvecklas.

Utredaren ska också lämna förslag till en ny patientlagstiftning där bestämmelser med betydelse för patientens ställning samlas och föreslå de följdändringar som krävs i övrig lagstiftning på området.²¹⁴ Som skäl till behovet av en utredning lyftes bl.a. fram att patienten ofta befinner sig i ett kunskapsmässigt underläge gentemot vårdgivaren. Man konstaterade att detta gäller även vilka krav som patienten kan ställa på hälso- och sjukvården i såväl landsting som kommuner.²¹⁵

Lagstiftningsarbetet med att stärka patientens ställning inleddes emellertid inte i och med Patientmaktsutredningen, utan hade fortgått under ett antal år. Den s.k. Hälso- och sjukvårdsberedningen²¹⁶ har lyfts fram som startskottet för en patientcentrerad utveckling där patienten ges större möjligheter att påverka sin behandling m.m.²¹⁷ Hälso- och sjukvårdsberedningen konstaterade att:

²¹⁴ Kommittédirektiv 2011:25 Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning s. 1.

²¹⁵ a.a. s. 8.

²¹⁶ SOU 1979:78 Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag.

²¹⁷ Se SOU 2008:127 Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning s. 123.

”Varje människa har genom kombinationen av egna fysiska och psykiska kvaliteter samt miljö och social påverkan sina speciella betingelser för sin hälsa. Det är uppenbart att hälsopolitiken måste inriktas på att tillvarata dessa individuella förutsättningar. De möjligheter, som varje enskild människa själv besitter, måste utnyttjas för att sammantaget nå ett förbättrat hälsotillstånd hos befolkningen.”²¹⁸

Beredningen menar att hälso- och sjukvården, som tidigare haft en mer kollektiv prägel, bör utvecklas i en individuell riktning och få en mer sammanhållen karaktär.²¹⁹ I 1983 års hälso- och sjukvårdslag²²⁰ infördes också ett antal regler om patienters rätt till inflytande i vården och att vården ska bedrivas så att den främjar goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen.²²¹ Därefter har det tillsatts en rad olika utredningar som i olika avseenden har haft ambitionen att stärka patientens ställning. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) lade 1987 fram delbetänkandet *Patienten har rätt*.²²² I denna utredning diskuteras bl.a. förutsättningarna att ge patienten mer tydliga rättigheter. Utredningen lyfte också fram ett antal förslag som resulterade i förändringar av hälso- och sjukvårdslagen, bl.a. avseende information till patienten, patientens val av behandlingsmetod och s.k. second opinion.²²³ Viktig är också den s.k. Prioriteringsutredningen i början av 1990-talet där bl.a. frågan om patienträttighetslag aktualiserades.²²⁴ Av stor betydelse är också Patientdatautredningen²²⁵ som resulterade i patientdatalagen och Patientsäkerhetsutredningen²²⁶ som resulterade i patientsäkerhetslagen. Betydelsefull är också utredningen om patientens rätt i vården,²²⁷ vilken resulterade i ett antal förändringar av befintliga lagar.

Patientmaktsutredningen kan således ses som ett nästa steg i en utveckling där politikerna anser att hälso- och sjukvården inte tillräckligt tillgodoser patientens behov. Detta framgår redan av det uppdrag som låg till grund för utredningen. Intressant är hur man inom Patientmaktsutredningen lyfter fram att det är ett pågående reformarbete som inte nödvändigtvis leder till den verksamhetsutveckling som eftersträvas.

“Finns det då inom uppdragets ram reella möjligheter att stärka patientens ”makt” och inflytande över vården? Ja, det är utredningens absoluta uppfattning. De förslag och överväganden som kommer att lämnas i betänkandet har som ambition att åstadkomma en maktförskjutning

²¹⁸ SOU 1979:78 Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag s. 242.

²¹⁹ SOU 2008:127 Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning s. 123.

²²⁰ Lagen (1982:763) har ändrats ett antal gånger och upphävdes 2017-04-01 då den ersattes av den hälso- och sjukvårdslag som gäller nu (2017:30).

²²¹ Jfr redogörelsen i SOU 2008:127 Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning s. 123.

²²² SOU 1997:154 Patienten har rätt.

²²³ Prop. 1997/98:189 Patientens ställning.

²²⁴ Se SOU 1993:93 Vårdens svåra val: rapport från Utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården och SOU 1995:5 Vårdens svåra val, se särskilt s. 185–198.

²²⁵ I Patientdatautredningens huvudbetänkande SOU 2006:82 Patientdatalag lämnades förslag på personuppgiftsbehandling och integritetsskydd. Se även Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m.

²²⁶ Se SOU 2008:117 Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras? Se även Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn.

²²⁷ SOU 2008:127 Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning.

från hälso- och sjukvårdens huvudmän och professioner till patienten. Under ett antal år har staten genom lagstiftning och genom olika överenskommelser med landstingen lanserat viktiga reformer som bidragit till att flytta fram positionerna vad gäller att stärka patientens ställning. Det har dock på flera områden visat sig att själva genomförandet av reformerna har varit bristande, vilket har inneburit att patienterna inte fullt ut har kunnat tillgodogöra sig de effekter som varit åsyftade. Utredningen har tagit del av flera studier och utvärderingar av tidigare reformer och kan med dessa som grund föreslå nya tänkbara sätt att angripa de brister som har påvisats.”²²⁸

I utredningen slår man tidigt fast att man inte har i uppdrag att stärka patientens ställning genom att tillerkänna patienten rättigheter som kan göras gällande i domstol, varför det handlar om att stärka patientens ”makt” inom ramen för hälso- och sjukvården som verksamhet. En central utgångspunkt för utredningen är att ”kunskap är makt”. I utredningen konstateras att patienten historiskt sett har haft en svag ställning gentemot hälso- och sjukvården och vårdprofessionerna. Man lyfter fram att patienten särskilt befinner sig i en beroendeställning i förhållande till läkare som i kraft av sin kunskap och sitt mandat har en särskilt stark ställning. Ett viktigt sätt att öka patientens makt och inflytande är följaktligen att öka patientens kunskap.

”Patientens kunskaper om sitt eget hälsotillstånd är viktiga för att han eller hon ska kunna förhålla sig till sin vådsituation och formulera sina behov samt kunna ställa krav gentemot hälso- och sjukvården. Med fördjupad kunskap kan också patientens möjlighet att analysera och göra aktiva val mellan olika vårdinsatser och vårdgivare förbättras.”²²⁹

I utredningen konstaterar man att det har identifierats allvarliga brister vad gäller patienternas tillgång till information, vilken möjliggör kunskap och makt.²³⁰

Patientmaktsutredningen konstaterar sammantaget att syftet är att åstadkomma en makt- och perspektivförskjutning inom hälso- och sjukvården.²³¹ Perspektivförskjutningen innebär att hälso- och sjukvården som verksamhet och system utvecklas från ett patientperspektiv, i stället för ett verksamhets- och yrkesperspektiv.²³² Maktförskjutningen består i att patientens ställning ska stärkas och att denne ska vara mer delaktig i hälso- och sjukvården. Detta är som redan konstaterats ett förhållningssätt som är av särskilt intresse för detta arbete.²³³ Patientens ställning stärks genom att patienten synliggörs och sätts i centrum i förhållande till verksamhetens utförande. På motsvarande sätt stärks patientens ställning genom att ge patienten kunskap, låta denne utöva sin kunskap och vara delaktig inom hälso- och sjukvården. Det blir på detta sätt tydligt att perspektiv- och maktförskjutningen är en fråga om att utveckla handlingsystem.

Samtidigt som Patientmaktsutredningen menar att syftet är att åstadkomma denna förskjutning i hälso- och sjukvården så är man tydlig med att detta inte i något avseende får påverka det medicinska ansvaret för hälso- och sjukvården.

²²⁸ SOU 2013:2 Patientlag s. 63.

²²⁹ a.a. s. 65.

²³⁰ a.a. s. 66.

²³¹ a.a. s. 158.

²³² Jfr Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 35

²³³ Se ovan i avsnitt 1.1.

”En viktig utgångspunkt som möjligen är självklar men som ändå bör nämnas är att det medicinska ansvaret för all vård och behandling som ges i den svenska hälso- och sjukvården aldrig kan stjälpas över på patienten. Det är de medicinska professionerna och ytterst sjukvårdshuvudmännen som bär det ansvaret, liksom ansvaret för vilka prioriteringar som måste göras beträffande hur vårdens resurser ska utnyttjas.”²³⁴

Lika tydliga är man att den maktförskjutning man är ute efter inte ska behöva drabba de patienter som inte har samma förutsättningar att vara delaktiga i vården.

”Något som här måste uppmärksammas är att alla patienter inte har samma förutsättningar att aktivt vara delaktiga i den egna vården. I takt med att patientens självbestämmande och delaktighet allt mer betonas i den offentliga debatten blir de patienter som av olika anledningar inte vill eller kan utnyttja alla möjligheter till ökat inflytande lätt bortglömda eller ”osynliga”. För dem som inte vill ta en aktiv roll i den egna vården måste det vara möjligt att låta t.ex. hälso- och sjukvårdspersonalen fatta de avgörande besluten om behandling etc. För dem som inte kan, på grund av bristande autonomi eller andra orsaker, måste det i hälso- och sjukvårdens verksamheter och i lagstiftningen finnas system och funktioner som gör att även dessa patienters intressen kan tillvaratas på ett betryggande sätt.”²³⁵

En viktig slutsats från analysen av motiven bakom patientlagen är att man betraktade patientlagen som ett inspel i en mer omfattande omvandlingsprocess där hälso- och sjukvårdens handlingssystem ska synliggöra patienten och centreras utifrån patientens behov. Omvandlingsprocessen ska ta tillvara och möjliggöra patientens kunskap och delaktighet. Detta ska ske utan att vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar begränsas. Dessutom ska maktförskjutningen inte drabba dem som inte har förutsättningar att ikläda sig denna maktposition, utan vården ska fortfarande vara jämlik. Samtidigt som det säger sig självt att en dylik omvandlingsprocess ställer stora krav på hälso- och sjukvården, så är det mycket som tyder på att det är just detta som är grundvalen för det framtida hälso- och sjukvårdssystemet.

7.2 Patientlagens utformning och Lagrådets ifrågasättande

Patientmaktstutredningen konstaterar att i det skede hälso- och sjukvården nu befinner sig i ovan diskuterade förskjutning så handlar det inte nödvändigtvis om att föreslå en mängd nya bestämmelser, även om utredningen i vissa delar lämnar förslag till ny reglering. Patientmaktstutredningen konkluderar att patientlagens bestämmelser ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Man konstaterar att lagens bestämmelser måste kunna nå alla grupper i befolkningen och därigenom skapa förutsättningar för en likvärdig och inkluderande hälso- och sjukvård. Vidare konstaterar man att lagen också måste stödja patientens möjligheter att medverka och vara medskapande i sin egen vårdprocess.²³⁶

En utmaning som utredningen uppmärksammat är att det råder en omfattande brist på tillgänglig kunskap och information om hur förskjutningen ska ske i praktiken. Utredningen konstaterar att lagstiftning utan medföljande insatser

²³⁴ SOU 2013:2 Patientlag s. 64.

²³⁵ a.a. s. 63.

²³⁶ a.a. s. 158.

av regeringen, myndigheterna och huvudmännen, sällan får optimal effekt och genomslag. ”Detta gäller i synnerhet på hälso- och sjukvårdens område, där den lagstiftande nivån är mycket långt ifrån dem vars handlande och verksamhet är tänkt ska påverkas av lagen.”²³⁷

I utredningen konstaterar man vidare att det är så illa att hälso- och sjukvårdspersonalen saknar kunskaper om centrala bestämmelser i lagstiftningen på området. Man ser detta som ett stort problem då personalen förutsätts vara bärare av kunskap och förväntas kunna förmedla denna kunskap till patienterna. Ett skäl till den bristande kunskapen är enligt utredningen att svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning är omfattande och tematiskt indelad i ett flertal olika författningar.²³⁸ Utredningen menar därför att det är viktigt att den nya lagen måste vara lättillgänglig. Lagen ska enligt utredningen inte endast rikta sig till patienter, deras närstående och allmänheten, utan i samma utsträckning till hälso- och sjukvården och dess personal.

I propositionen förklarade regeringen, i enlighet med utredningen, att det finns behov av en lag ”som samlar bestämmelser av betydelse för patientens ställning i syfte att förtydliga och stärka patientens ställning samtidigt som överskådligheten och tillgängligheten ökar”.²³⁹ Vidare betonades att en sådan lag skulle ”synliggöra patienten som aktör och inte bara som ett objekt för vårdgivarens agerande”, vilket alltså är ett direkt uttryck för strävan mot ett förstärkande av en humanistiskt målnorm och värdegrund. För att generera en önskad perspektivförskjutning och en generell effekt på hälso- och sjukvården i sin helhet ansågs det vara av central betydelse att lagen inte riktar sig endast till patienten, utan även till hälso- och sjukvården med personal.²⁴⁰ Lagen ska därför betraktas som ingång till hälso- och sjukvårdslagstiftningen vid sidan av övriga lagar.²⁴¹

Utmärkande för patientlagen var således ambitionen att samla centrala bestämmelser som är av betydelse utifrån detta syfte och göra dem lättillgängliga, pedagogiska och överskådliga.²⁴² En konsekvens av den valda lagstiftningstekniken är att liknande bestämmelser avseende patientens ställning återkommer i flera lagar, vilket också kritiserats i Lagrådets yttrande.

”Den nya lagen innehåller i sak endast få nyheter och utgör till största delen en sammanställning av bestämmelser som redan i dag återfinns i andra lagar. Många bestämmelser innebär dubbelregleringar på det sättet att de mer eller mindre upprepar vad som föreskrivs i andra författningar utan hänvisning till den andra författningen. Andra bestämmelser innehåller endast en hänvisning till andra författningar, i vissa fall med angivande av innehållet i den andra bestämmelsen. Den valda lagstiftningstekniken gör att lagen ger ett splittrat intryck. Det är dessutom svårt att se motiven bakom att det i en del fall ansetts motiverat att införa en dubbelreglering medan

²³⁷ a.a.

²³⁸ a.a.

²³⁹ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 40.

²⁴⁰ a.a. s. 41.

²⁴¹ a.a. s. 42.

²⁴² Det ansågs avgörande att avgränsa patientlagen såväl omfång som innehåll. ”Utredningens målsättning har varit att i lagen föra in övergripande och centrala bestämmelser av vikt för en majoritet av patienterna och allmänheten. Lagstiftning som reglerar särskilda, avgränsade frågor, såsom t.ex. smittskydd, aborter och transplantationer, har i huvudsak lämnats orörd och utanför patientlagen.” SOU 2013:2 Patientlag s. 160.

det i andra och liknande fall föreslås mer eller mindre utförliga hänvisningar... Med hänsyn till de tillämpningsproblem och andra olägenheter som dubbelregleringar erfarenhetsmässigt kan ge upphov till, anser Lagrådet att det inte är motiverat med dubbelregleringar i den stora omfattning som nu föreslås. Ett bättre alternativ hade varit att överväga en sammanföring av reglerna inom området till en gemensam lag. Lagrådet har emellertid förståelse för behovet av att nu genomföra en lagstiftning med det aktuella utredningsbetänkandet som grund och vill därför inte i detta ärende motsätta sig den valda lagstiftningstekniken.”²⁴³

Vad vi sammantaget kan konstatera är att patientlagens utformning primärt är motiverad av behovet att få fram en lättillgänglig och överskådlig text som kan ligga till grund för den perspektiv- och maktförskjutning som diskuterats i föregående avsnitt. Återigen står vi inför utmaningen att få hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare, huvudmän m.fl. att ta till sig centrala bestämmelser i detta avseende. En särskild utmaning i detta avseende är att för huvudmännen, vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen är det hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen som anses utgöra de primära källorna till information om hur vården ska vara beskaffad och vilka skyldigheter som föreligger. Regeringen är medveten om denna utmaning och konstaterar att ”om lagen uteslutande skulle ha patienten som målgrupp skulle ändringar i HSL och ett pedagogiskt utformat faktablad kunna ge samma effekt”.²⁴⁴ Det är följaktligen genom att lagen riktar sig till samtliga aktörer som man räknar med att det uppstår en dynamik som resulterar i ett fokus- och maktskifte.

7.3 Patientlagen, patientens ”rätt” och den rättsliga systematiken

En utmaning vad gäller patientlagen är följaktligen att många av patientlagens bestämmelser också återfinns i andra lagar. Vad som gör det särskilt utmanande är att det inte alltid är helt uppenbart vem de olika lagarna riktar sig till. När vi analyserar och beskriver innebörden av patientlagens bestämmelser för hälso- och sjukvårdens olika aktörer kommer vi alltid att relatera denna till innebörden av de andra lagar som innehåller motsvarande eller närliggande rättsregler. Vi kommer att kontinuerligt analysera:

- hälso- och sjukvårdslagen
- patientsäkerhetslagen, och
- patientdatalagen

I sammanhanget är vi även intresserade av patientskadelagens innebörd och så även EU-stadgan och andra lagar som kodifierat relevanta sociala rättigheter inom området.

²⁴³ Prop. 2013/14:106 Patientlag, bilaga 5 Lagrådets yttrande s. 190–191.

²⁴⁴ a.a. s. 42.

KAPITEL 8

PATIENTRÄTTIGHETERNAS VARA ELLER INTE VARA

8.1 Patientens ”rätt” enligt patientlagen

I detta kapitel ska vi kortfattat analysera innebörden av att bestämmelserna i patientlagen inte formulerats som patienträttigheter. Patientlagen är alltså en lag som ska stärka patientens ställning. Det är en lag som riktar sig till patienterna och deras företrädare, såväl som till hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och huvudmän. Utgångspunkten i en svensk kontext är att patienten ska kunna ställa anspråk på information, att vara delaktig m.m., utan att för den sakens skull ha några patienträttigheter; i vart fall inte några rättigheter som kan utkrävas och överklagas i domstol.²⁴⁵ Frågan om patienträttigheternas vara eller inte vara är utan tvekan central för detta arbete.²⁴⁶ Detta motiverar en mer ingående rättslig analys som sträcker sig bortom frågan om i vilken utsträckning det är och bör vara möjligt för patienten att vända sig till domstol.

I Sverige har vi hittillsvarande valt att undvika patienträttigheter. Det föreligger också ett uttalat ifrågasättande av att i allt för hög grad rättsliggöra hälso- och sjukvården genom att tillerkänna patienter rättigheter – en ”rättighetifiering”.²⁴⁷ Med rättsliggörande (förrättsligande) menar man ofta att en viss verksamhet blir föremål för ett utökat antal lagar och andra författningar. När det gäller hälso- och sjukvårdens rättighetifiering har diskursen emellertid primärt tagit sikte på ändamålsenligheten med att utöka utrymmet för patienter att ställa hälso- och sjukvårdens utförare till svars inför domstol.

Frågan om patienträttigheter har aktualiserats i ett antal utredningar.²⁴⁸ Redan under 1970-talets senare hälft lyftes frågan om det inte finns behov av en hälso- och sjukvårdslagstiftning som sätter patientens rätt i centrum.

”En kodifiering av patientens rättigheter och de krav allmänheten kan ställa på vården skulle stärka förtroendet för vården. Den svenska sjukvårdslagstiftningen är emellertid inte byggd på en systematik som tar patientens rättsställning till utgångspunkt. Patientens rättigheter framstår

245 Övriga länder i Norden har mer utvecklade patienträttigheter i meningen att det är möjligt för patienter att vända sig till domstol. De nordiska länderna var också pionjärer när det gäller införandet av patienträttigheter. Finland stiftade en lag om patienträttigheter 1992, Danmark 1998 och Norge 1999. Se härom i introduktionen till Rynning and Hartlev, *Nordic Health Law in a European Context – Welfare State Perspectives on Patients’ Rights and Biomedicine*. I introduktionen lyfter man även fram att den rättsliga diskursen i detta avseende i stor utsträckning präglats av diskursen avseende mänskliga rättigheter.

246 För att få en koncis och kortfattad historisk förståelse för utvecklingen se Vahlne Westerhäll, *Om sociala rättigheters funktion och konstruktion* s. 379–381. Hon delar in utvecklingen i tre tidsepoker 1950–1970, 1970–1990, samt 1990- och framåt. Se även Rynning, *Patientens rättsliga ställning* – två steg fram och ett tillbaka.

247 Se not 241.

248 I Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU 2000, behandlas frågorna om patienträttigheter i delbetänkandet SOU 1997:154 *Patienten har rätt*. En annan utredning som behandlar frågorna om patienträttigheter är SOU 2008:127 *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning*.

väsentligen som en annan sida av de skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonalen har enligt författningar och praxis.”²⁴⁹

Huvudargumentet som lyfts fram mot införandet av patienträttigheter är svårigheterna att precisera sjukvårdsförmånens innehåll och att göra den rättsligt utkrävbar.²⁵⁰

”Domstolsprövning på hälso- och sjukvårdsområdet har ansetts svårt, särskilt när det gäller patientens ”ordinarie” möjligheter att få tillgång till vård. Det kräver kompetens att bedöma både rättsliga och medicinska frågor av det organ som ska överpröva besluten i fråga. Lägg till detta tidsaspekten, en avgörande faktor för att överklagandet ska ha praktiskt värde för patienten. Problemet är särskilt påtagligt vid akut vård, men torde även gälla i många andra vårdssituationer.”²⁵¹

Det har framhållits att den omständigheten att det kan vara fråga om svåra medicinska bedömningar gör att processerna kommer att bli kostsamma. En annan omständighet som lyfts fram är att ”starka” patienter, dvs. de som bäst kan föra fram sin sak i rättsapparaten, kommer att ta för sig mer än andra. Ett ytterligare argument är att domstolsförhandlingar och processen i samband kommer att ta resurser från vården.²⁵²

Redan i direktiven till Patientmaktsutredningen tydliggjorde regeringen att patientlagens bestämmelser inte skulle formuleras i termer av rättigheter, varför frågan inte heller behandlades.²⁵³ Det föreligger visserligen vissa sammanhang, utanför patientlagens tillämpning, där patienter kan väcka talan vid domstol. Det gäller bl.a. patientens rätt att ta del av sin journal enligt patientdatalagen (se 10 kap. 2 §) och patientens rätt till skadestånd för patientskada enligt patientskadelagen.²⁵⁴ Den omständigheten att ”patientens rätt” inte, med några undantag, ger patienten rättigheter att göra gällande i domstol, utan i stället handlar om ansvar och skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och hälso- och sjukvårdens huvudmän, gör inte reglerna mindre rättsliga.²⁵⁵ Det är inte heller självklart att de skulle vara mindre verkningsfulla. Väsentligt är förekomsten av rättsliga konsekvenser för de aktörer som inte uppfyller skyldigheter och fullföljer ansvar.²⁵⁶

249 Prop. 1978/79 Om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. s. 44.

250 För en översikt av argument se SOU 2008:127 Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning s. 178–181.

251 a.a. s. 180.

252 a.a.

253 Se bl.a. Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 41.

254 När det gäller rättigheter i patientlagen lyfter man också fram rätten att avstå från vård och behandling (se 4 kap. 2 § patientlagen, 2 kap. 6 § och 8 § regeringsformen, 2 a § hälso- och sjukvårdslagen och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen), samt kopplingen till grundlag anses här vara viktig. Jfr rätten att ta del av patientjournal (se 10 kap. 1 § patientlagen, 2 kap. tryckfrihetsförordningen (1949:105) och 8 kap. 2 § patientdatalagen).

255 Närliggande referenspunkter är 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) och även lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, vilka betraktas som rättighetslagstiftning då de ger rätt att överklaga.

256 ”Den rättsvetenskapliga forskningen har ställt upp kriterier för att definiera eller värdera styrkan hos sociala rättigheter (Hollander 1995, Gustafsson 2003, Westerhäll 2005). Sammantaget anses att ju fler av dessa kriterier som är uppfyllda, desto starkare är rättigheten eller rättighets-skyddet. Kriterierna är följande: 1. Är förmånen formulerad som en individuell rättighet eller är det fråga om en generell reglering? 2. Är förutsättningarna för att erhålla förmånen angivna i lag? 3. Är förmånens innehåll angivet i lag? 4. Är förmånen beroende av budgetanslag? 5. Föreligger överklagningsrätt? 6. Finns i lagen angivet former för statlig tillsyn och kontroll? 7. Finns i lagen angivna sanktionsmöjligheter gentemot myndigheter för utkrävande av individuella rättigheter?” Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 114–115.

En viktig slutsats för detta arbete är att den omständigheten att enskilda patienter inte kan väcka talan i domstol behöver inte utesluta att vi talar om patienträttigheter och rättighetifiering.²⁵⁷ Den omständigheten att man i lagstiftning ger patienten en ställning där denne har viss ”rätt” skapar fortfarande en ”rättslig position” för patienten och förväntningar på att hälso- och sjukvårdssystemet som ordning ska realisera denna position. Det finns också en lång tradition av att formulera vad som beskrivs som ”sociala rättigheter” i termer av skyldigheter för det offentligas företrädare.²⁵⁸ I en statlig utredning av hälso- och sjukvården har det konstaterats att begreppet rättighet används med tre betydelser:

”1. Rätt att hos förvaltningsdomstol överklaga beslut rörande vården och sanktion i form av straff eller disciplinpåföljd mot den som har ansvar, eventuellt också gottgörelse (skadestånd) till patienten. 2. Rätt att överklaga vid förvaltningsdomstol, men ej sanktioner eller gottgörelse. 3. Mer eller mindre väl definierade skyldigheter är formulerade för vårdgivaren men patientens rättigheter preciseras ej. Det finns inga möjligheter till överklagning hos förvaltningsdomstol eller formella sanktioner.”²⁵⁹

Ett sätt att kategorisera det svenska systemet är att vi vad gäller patienträttigheter använder oss av kvasi-rättigheter i förhållande till andra länder som har mer fullständiga rättigheter för patienter.²⁶⁰

8.2 Frågan om rättighetsbegreppets ändamålsenlighet

Viktigt att förhålla sig till när man analyserar i vilken utsträckning det föreligger patienträttigheter är den kritik och diskussion som föreligger avseende rättighetsbegreppet och rättighetifiering av hälso- och sjukvård, omsorg och andra välfärdsområden.²⁶¹ Kritiken kan härledas till den tidiga rättsrealistiska diskussionen i början på 1900-talet. I sin enklaste form kan denna uttryckas i termer av att användandet av ett rättighetsbaserat förhållningssätt döljer bakomliggande politiska processer, maktanspråk och moraliska avvägningar och även förblindar

257 Vahlne Westerhäll använder sig av begreppet kvasi-rättigheter. Se Westerhäll, Patienträttigheter s. 44. Se även Vahlne Westerhäll, Suicidnärhet – en medicinsk vård och behandling i ett rättsligt perspektiv s. 44.

258 Jfr Trädgårdh som konstaterar att ”(i) stället har svenska individer ”sociala rättigheter,” som tillkommer folket i stort, ofta formulerade juridiskt i termer av en ”skyldighetslagstiftning” som anger statens ansvar snarare än att erkänna individerna juridiskt utkrävbara rättigheter.” Trädgårdh, Bemäktiga individerna: Om domstolarna, lagen och de individuella rättigheterna i Sverige s. 13–14.

259 Definition av rättighet i SOU 1995:5 Världens svåra val.

260 Se diskussionen om hur vissa länder har ”legal patients’ rights”, medan andra har ”quasi legal patients’ rights” och ytterligare andra bara har ”moral patients’ rights”. Palm, Nys, Townend, Shaw, Clemens and Brand, Patients’ rights: from recognition to implementation s. 359–361.

261 Jfr Gustafsson som konstaterar ”(s)ociala rättigheter utgör en fundamental beståndsdel i de moderna välfärdsstaternas rättssystem, men är trots det omtvistade, vilket beror på att de, vågar jag med viss säkerhet påstå, av rättsvetenskapen ansetts som exotiska fåglar i den traditionstyngda rättighetsdjungeln. Att sociala rättigheter är problematiska som juridisk kategori är omvittnat, men det måste också här framhåvas att rättighetsbegreppet och rättighetsterminologin allmänt sett är svårfångade storheter.” Gustafsson, Taking Social Rights Seriously (I): Om sociala rättigheters status s. 441.

oss i själva bygget av en fungerande hälso- och sjukvård.²⁶² Idag har vi lärt oss att argumentation i förhållande till ”gällande rätt” i någon mening alltid innefattar dessa utmaningar.²⁶³ Detta är också en anledning till att rättsliggörande som fenomen lyfts fram som utmanande.²⁶⁴

Vahlne Westerhäll sätter med dessa utgångspunkter scenen för sociala rättigheter på ett tydligt sätt:

”Det torde vara en allmän uppfattning bland jurister och filosofer att rättigheten är en social konstruktion med en mycket viktig systembyggande funktion... I och med ett dylikt rättsrealistiskt ifrågasättande av ”rättsideologin” togs ett avgörande steg mot konstruktivistisk öppenhet och medvetenhet. Rättighetsbegreppet liknades vid en järnvägsknut, i vilken en rad olika regler strålar samman. Att se på rättighetsbegreppet som en dylik konstruktion är i och för sig arbetsunderlättande. Rättigheter är nämligen sammansatta av ett komplex av friheter, anspråk och kompetenser.”²⁶⁵

För detta arbete är det i enlighet härmed viktigt att lyfta fram att rättigheter bör betraktas som normer inom ramen för rättsliga handlingssystem.²⁶⁶

I enlighet med en pågående rättsteoretisk diskurs avseende sociala rättigheter kan vi börja med att konstatera att det finns både socialt uppbyggande och nedbrytande dimensioner när det gäller rättighets- och/eller skyldighetsbaserad förståelse av hälso- och sjukvårdssystem.²⁶⁷ Socialt uppbyggande är att rättigheten och den korresponderade skyldigheten erkänner patienten som utsatt person, vilken har behov som behöver tillgodoses. Den nedbrytande är mer svårfångad, men kan tillspetsat beskrivas så att det solidariska ansvaret inom samhället som kollektiv ersätts med en situation där individen ställs mot systemet.²⁶⁸ I relationen mellan

262 Det var framför allt de s.k. rättsrealisterna som ifrågasatte användandet av rättighetsbegreppet och det som man då betecknade ett rättsideologiskt förhållningssätt. ”Om man gjorde det tankeexperimentet att fråga sig, hur det skulle ha sett ut i samhällena, om de rättsideologiska föreställningarna inom vetenskapen, låt oss säga för ett halvt sekel sedan, hade fått allmänheten och konsekvent vika för realitetsbetonade synpunkter, så kunde naturligtvis icke något bestämt svar givas på frågan. Men det ligger i sakens natur, att spänningarna mellan åtskilliga intressemotsättningar inom ett land icke skulle ha kunnat bli så starka som de varit. Framför allt skulle klasskampen ha förts i mindre hårda och utmanande former. Samhällsmekanismens funktionering skulle ovillkorligen ha skett mera friktionsfritt, än som varit fallet.” Lundstedt, *Det Hågerström-Lundstedtska misstaget* s. 84.
263 Se Glavå och Petrusson, *Illusionen om rätten: juristprofessionen och ansvaret för rättskonstruktionerna*.

264 Redan den omständigheten att den rättsliga argumentationen i sig får större inflytande i hälso- och sjukvården anses innebära att politiska processer och även etiska överväganden och handlanden får stå tillbaka. Se Brännström, *Förrättsligande – En studie av rättens risker och möjligheter med fokus på patientens ställning* s. 226.

265 Vahlne Westerhäll, *Om sociala rättigheters funktion och konstruktion* s. 367.

266 Axel Hågerström konstaterade att ”rättsordningen är i det hela intet annat än ett socialt maskineri, i vilket kuggarna utgöres av människor” Hågerström, *En straffrättslig principundersökning* s. 214. Vilhelm Lundstedt utvecklade ställningstagandet: ”Emellertid är det – om man nu betraktar rätten eller samhället såsom ett slags maskineri – av vikt att städse hålla i minnet, att materialet i detta maskineri väsentligen icke utgöres av kroppsliga ting i vanlig mening utan av människorna såsom psyko-fysiska existenser, d. v. s. av deras handlingar såsom bestämda av faktorer, vilkas inflytande förmedlas genom en samverkan mellan förnuft och känslor. Det är självfallet detta förhållande som utgjort betingelsen för hela rättsideologin.” Lundstedt, *Grundlinjer i skadeståndsrätten*, senare delen s. 587.

267 För en mer fördjupad förståelse se Gustafsson, *Rättighetifiering – om rättigheternas tragedi* s. 46–92.

268 Jfr Gustafssons diskussion i förhållande till Lars D Erikssons analys av sociala rättigheter under 1990-talet. a.a. s. 48–49.

individen och det komplexa hälso- och sjukvårdssystemet är risken uppenbar att det är de som redan besitter en position i samhället som har förutsättningar att tillgodose sina behov.

När man beskriver innebörden av en patients rätt är det närliggande att tänka i termer av förmåner. Detta är särskilt närliggande när det rättsliga anspråket är ekonomiskt till sin natur. Utifrån ett dylikt perspektiv är patientens rätt till information, delaktighet, integritet etc. förmåner som ska tillhandahållas av hälso- och sjukvården. Det personcentrerade förhållningssättet påvisar samtidigt hur rättigheter i stor utsträckning handlar om anspråk på att vara delaktig i systembygget.

Med vetskap om de nedbrytande dimensionerna är det följaktligen rimligt att se den rätt som tillerkänns för patienten som ett anspråk som tillerkännts av lagstiftaren och som behöver möjliggöras, inte minst genom en mer utvecklad systemförståelse. Det är i detta sammanhang som det blir tydligt hur det personcentrerade förhållningssättet har en paradigmatiske potential också vad gäller hälso- och sjukvården som systembygge. Systembygget måste ta sin utgångspunkt i en förståelse att det är patienten som aktör som har att verka i och även ta del i själva systembygget.²⁶⁹ Patientens ”rätt” är frågan om att ge den som ikläder sig patientrollen särskild kompetens i systembygget. Patientens rätt får sin verkan genom att den personcentreras i systembygget. Det blir härmed också tydligt hur personcentrering påverkar systembygget.

8.3 Patientens ”rätt” i dynamiken mellan stat och region/kommun

En annan ytterligare dimension att lyfta fram när det gäller patienträttigheter är relationen mellan staten å ena sidan och region/kommun å den andra. Det är staten som genom lagstiftning tillerkänner patienten dennes rättsliga ställning i lagstiftning, medan det är region och kommun som genom sitt systembygge ska säkerställa att patienten tillerkänns sin rätt. Utmärkande är här spänningen mellan statligt inflytande och den kommunala/regionala friheten. Den s.k. ansvarskommittén som hade till uppdrag att se över dagens samhällsorganisation lyfte fram den spänning som rättighetslagstiftning resulterar i:

”I analysen av relationen mellan staten och den kommunala sektorn har kommittén behandlat frågan om den ökade användningen av rättighetslagstiftning. Ur ett systemperspektiv utgör rättighetslagstiftning en speciell form av statlig styrning av kommunal verksamhet. Den har tillkommit för att skydda särskilt utsatta grupper såsom funktionshindrade eller omsorgsbehövande äldre. Ofta har uppenbara välfärdsbrister legat bakom denna typ av bestämmelser. Rättighetslagstiftning ger, till skillnad från skyldighetsbaserad lagstiftning, den enskilde individen en utkrävbar rätt. Relationen mellan individen och staten blir mer direkt och närmast av

269 Gustafsson lyfter gemenskapande rättigheter. ”En viktig funktion hos rättigheter kan sägas vara att de i en mer övergripande mening syftar till att bereda medborgarna någon form av delaktighet i det sociala, ekonomiska, politiska och samhälleliga livet, genom att trygga olika rättsliga relationer och positioner. I motsvarande mening finns ofta korrelerande rättsliga skyldigheter som begränsar ovälkomna intrång i de rättsligt skyddade intressena och i den personliga integriteten i vid mening. Denna mer grundläggande enfase på att trygga eller stärka olika former av delaktighet i samhällslivet med statens aktiva hjälp är naturligtvis särskilt framträdande för välfärdsrätten och sociala rättigheter.” Se a.a. s. 64.

privaträttslig karaktär. Kommunens funktion som arena för prioriteringar mellan olika behov och önskemål inskränks. Från kommunalt håll framförs ofta kritik mot rättighetslagstiftning. Den går framför allt ut på att staten borde ikläda sig ett samlat finansieringsansvar. Kommittén konstaterar att en långt driven utveckling mot fler rättighetsbaserade välfärdstjänster skulle innebära att det svenska systemet med decentraliserat kommunalt ansvar skulle förändras i grunden. Effekter skulle uppstå i det samlade finansierings- och styrningssystemet. Även förutsättningarna för ansvarsutkrävande och för medborgarnas samlade relation till det offentliga skulle ändras. Kommittén menar dock att de begränsade inslag av rättighetsbaserad lagstiftning som i dag finns knappast kan sägas ha förändrat relationen i stort. Det finns anledning att inte tunna ut denna lagstiftningsform genom att utvidga den till stora grupper. Det finns också anledning att noga pröva att ingen oskälig övervältring av kostnader på kommunerna sker.”²⁷⁰

Även om vi i Sverige valt att endast ge patienten vad som kan beskrivas som kvasi-rättigheter, så är det fortfarande så att patienten har rättsanspråk som ska realiseras i regionala och kommunala systembyggen. Relationen mellan statlig och regional/kommunal styrning blir särskilt dynamisk när vi konstaterar att patientlagen handlar om att ge patienten en rättslig kompetens till information, delaktighet m.m. i de regionala och kommunala hälso- och sjukvårdssystemen.

8.4 Patienternas faktiska, rättsliga och systembaserade ställning

Rättsvetenskapligt har det förts fram att vill ”man undvika terminologiska oklarheter rörande distinktionen mellan sociala, relativa kvasirättigheter och individuella, legala, egentliga rättigheter, liksom skillnaden mellan positiva och negativa rättigheter, kan det som övergripande begrepp vara enklare att tala om patientens rättsliga ställning.”²⁷¹ Att analysera patientens ställning betyder att vi intar ett mer funktionellt perspektiv.

När Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärderade i vilken utsträckning patientlagen faktiskt stärkt patientens ställning så skiljer man mellan patientens rättsliga ställning och patientens faktiska ställning. Med faktiskt ställning menar man den ställning som patienten rent faktiskt får i vårdrelationer, bl.a. vad gäller delaktighet, inflytande, och information.²⁷² Med rättslig ställning menar man vad patienten utifrån lagen har rätt att förvänta sig av vården och hur detta kan tillförsäkras patienten.²⁷³ En viktig utgångspunkt är följaktligen att hälso- och sjukvårdslagstiftningen gör det möjligt att åberopa – uppställa anspråk på – en rättslig ställning och status som patient i förhållande till hälso- och sjukvården.

²⁷⁰ SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft s. 91–92. Diskussion förs även beträffande patienträttigheter se bl.a. SOU 2008:127 Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning s. 181.

²⁷¹ Rynning, Patientens rättsliga ställning – två steg fram och ett tillbaka s. 309.

²⁷² ”Vår huvudsats är att patientens ställning inte har stärkts sedan patientlagen infördes... Sammantaget är det inget som pekar på att patientens ställning har förbättrats sedan patientlagen infördes. Syftet med lagen har därför ännu inte uppnåtts. Vår före- och eftermätning, som utgår från patienternas erfarenheter, visar att patientens faktiska ställning är oförändrad eller försvagad. Analysen visar även att patientens rättsliga ställning fortfarande är svag, bland annat mot bakgrund av hur patientlagen har utformats.” Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 8.

²⁷³ a.a. s. 7.

I detta arbete ser vi det som betydelsefullt att dessutom lägga in en dimension där vi förhåller oss till patientens systembaserade ställning. Metodmässigt är det, som beskrivits i kapitel 1, viktigt att skilja mellan 1) rättsregler som kommer till uttryck i lagstiftning etc., 2) vad som utgör normer i rättsliga handlingssystem och 3) vad individer konkret gör.²⁷⁴ Det är detta samspel, vilket förenklat kan anses utspelas på tre nivåer, som är så metodologiskt utmanande att behärska. Ett centralt ställningstagande i sammanhanget är att hälso- och sjukvården som system är konstruerat kring ett antal roller på olika strukturella nivåer. Ställningstagandet innebär således att en fördjupad förståelse av hälso- och sjukvården som system förutsätter en fördjupad förståelse av patientrollen som rättslig konstruktion och hur denna institutionellt/strukturellt samspelar med andra rättsliga roller. Vi tar som sagt avstamp i patientrollens ställning i lagstiftning och andra rättskällor, för att därefter problematisera vad detta betyder för hälso- och sjukvårdssystemets övriga roller:

1. *Patientens "rätt"* – vad är patientens och dennes företrädares systembaserad kompetens och vilka anspråk kan patienten uppställa i förhållande till hälso- och sjukvården?
2. *Vårdprofessionens "skyldigheter"* – vilket ansvar och vilken kompetens följer av rollen som läkare, sjuksköterskor m.fl. och vad innebär det att tillhandahålla en professionell arbetsinsats som tillgodoser patientens behov?
3. *Vårdgivarens "skyldigheter"* – vilket ansvar och vilken kompetens följer av rollen som verksamhetsansvarig och vad innebär det att tillhandahålla och utveckla en verksamhet som tillgodoser patientens behov och är personcentrerad?
4. *Huvudmannens "skyldigheter"* – vilket ansvar och vilken kompetens följer av rollen som regionledning o.s.v. och vad innebär det att möjliggöra och organisera hälso- och sjukvård som tillgodoser patientens behov och är personcentrerad?

Inom ramen för hälso- och sjukvården som system ges följaktligen den som iklätt sig patientrollen en ställning där hen har vissa kompetenser. Patientens ställning i dessa system behöver förstås primärt utifrån de kompetensnormer som föreligger. För oss är kompetensbegreppet närliggande begreppet förmåga. I vissa fall är begreppet förmåga att föredra då det begreppsmässigt i större utsträckning påvisar kopplingen till handlingssystemet/organisationen. Om en roll avser en juridisk person kan vi tala om organisatorisk förmåga. Patientrollen är kopplad till en fysisk person varför det är mer naturligt att tänka i termer av kompetens, alternativt individuell förmåga. Vi använder begreppet kompetens för att tydliggöra kopplingen till kompetensnormer. Patientlagen uppställer ett antal regler som verkar som kompetensnormer i förhållande till de som ikläder sig patientrollen. Avgörande är alltså kopplingen till hälso- och sjukvården som system. Att det finns rättsregler i en lag är inte tillräckligt. För att patienterna faktiskt ska ha den kompetens som föreskrivs i patientlagen, måste vi ha organisatoriska system, kvalitetssystem m.m. som de facto möjliggör densamma. Detta kräver

²⁷⁴ Enligt Hydén kan man skilja mellan deskriptiva eller preskriptiva normer, dvs. normer som faktiskt tillämpas och normer som styr och påverkar vårt beteende som handlingsanvisningar. Se Hydén, Normvetenskap s. 59.

organisatorisk förmåga hos hälso- och sjukvården och individuell förmåga hos de som är anställda i hälso- och sjukvården. Här har vi ur ett lagstiftningsperspektiv inte några problem med att uttrycka oss i termer av skyldigheter. Det föreligger skyldigheter och därmed ett organisatoriskt och individuellt ansvar att utveckla förmåga. Även i detta sammanhang ser vi hur patientlagen verkar som kompetensnormer i förhållande till vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonalen.

En viktig slutsats är att även om patientlagens rättsregler inte explicit uttrycker en helhetsbild vad gäller de olika rollernas kompetens och förväntningar på förmåga kan de fortfarande ha en sådan normerande verkan i förhållande till de konkreta handlingssystemen. Exempelvis bör en rättsregel som uttrycker en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att förse patienter med information ha en normerande verkan i förhållande till patientrollen och även vårdgivaren, dvs. en patient bör förvänta sig att ha tillgång till information och en vårdgivare bör se det som sin uppgift att säkerställa att personal kan förse patienter med information. Det är ur detta perspektiv vi ska ta oss an och diskutera patientlagen. Vi tar avstamp i rollen som patient och hur lagen rimligen verkar som kompetensnormer.

En förklarande distinktion i sammanhanget är den mellan ”roll” och ”identitet”.²⁷⁵ Genom att ikläda sig en roll så identifierar man sig med rollen. Detta resulterar i en identitet.²⁷⁶ Vi skiljer alltså mellan identiteten och rollen som patient. Rollen är själva gränssnittet mellan individen och systembygget, medan identiteten kan beskrivas som den individuella upplevelsen av patientrollen. Det är just därför rollbegreppet är så intressant; det kopplar samman individ och system.

I forskning har man som sagt konstaterat att utmärkande för individens iklädande av rollen som patient är upplevelsen av underlägsenhet. Som individ hamnar man i systemet lägst i hierarkin (institutionellt underläge), man befinner sig på grund av sitt sjukdomstillstånd etc. vara i underläge (existentiellt underläge), samt man hamnar i ett underläge p.g.a. att man saknar kunskap och information (kognitivt underläge).²⁷⁷ Detta resulterar i sin tur i att identiteten som patient förknippas med upplevelsen av utsatthet.

Om man förstärker rollen som patient kommer detta rimligen också resultera i en mindre upplevd utsatthet, dvs. även identiteten som patient förstärks. Omvänt är det också rimligt att anta att om identiteten som patient inte förknippas med underlägsenhet, kommer detta resultera i en stärkt patientroll i systembygget. Det blir i detta sammanhang tydligt att implementeringen av patientens rättsanspråk handlar om samspelet mellan hur patientrollen utvecklas i systembygget och hur patienten som individ behandlas och bemöts. För att patientens rättsliga ställning ska resultera i faktisk kompetens förutsätts en systemutveckling som möjliggör

²⁷⁵ Ett synsätt som lyfts fram inom ramen för forskningen om personcentrering är att patientbegreppet är länkat till rollkonstruktionen, medan personbegreppet är länkat till identiteten. Kristensson Ugglå, Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård s. 39.

²⁷⁶ Processen förklaras av Berger och Luckmann: ”In the course of action there is an identification of the self with the objective sense of the action; the action that is going on determines, for that moment, the self-apprehension of the actor. Berger and Luckmann, *The Social Construction of Reality – A Treatise in the Sociology of Knowledge* s. 90.

²⁷⁷ Kristensson Ugglå, Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård s. 21–22.

verksamhetsutveckling. Patientens rättsanspråk måste motsvaras av ansvarstagande och kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och hälso- och sjukvårdens huvudmän. Avgörande är här den organisatoriska utvecklingen, ansvarsfördelning, arbetsuppgifter m.m.

KAPITEL 9

PATIENTROLLEN

9.1 Kvalificering av patientrollen

En intressant nästa fråga avser den rättsliga kvalificeringen av patientrollen. Vid vilken tidpunkt ikläder man sig rollen som patient och vad är den rättsliga innebörden? I detta kapitel ska vi kortfattat analysera patientrollen som subjektsskonstruktion och den rättsliga ställning som följer av denna. Vi kommer även att kortfattat beröra andra roller och subjektsskonstruktioner inom "patientsfären".

Utifrån ett normperspektiv är en första fråga vad som utgör kvalificeringsnormen avseende patientrollen. Kan vi tydliggöra vilka rättsliga kriterier etc. man måste uppfylla för att vara en patient och när uppkommer den rättsliga statusen som subjekt i detta avseende?²⁷⁸ Lagrådet konstaterade att begreppet patient inte var definierat i patientlagen, vilket man menade bidrog till att lagens tillämpningsområde blir alltför obestämt.²⁷⁹ Regeringen delade Lagrådets syn och ansåg att det vore önskvärt med en definition av vad som avses med en patient, men man ansåg sig sakna tillräckligt beredningsunderlag "för att införa en bestämmelse av sådan central betydelse på hälso- och sjukvårdsområdet."²⁸⁰ Det finns följaktligen inte någon bestämmelse i patientlagen som uppställer kriterier eller motsvarande för när man är en patient.

I propositionen till patientlagen hänvisar regeringen till en tidigare proposition, Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m., där det sägs att med patient avses den som på eget initiativ eller på annat sätt etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt eget hälsotillstånd.²⁸¹

"Regeringen anser sammanfattningsvis att begreppet patient bör ges en vidsträckt innebörd och omfatta alla som etablerar kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt eget hälsotillstånd. Detta oberoende av om kontakten etableras på den enskildes eget initiativ eller om det sker på annat sätt. När någon ges vård eller behandling eller genomgår en undersökning skall han eller hon, oavsett anledning betraktas som patient."²⁸²

Den rättsliga slutsatsen avseende kvalifikationen av patienten som roll och subjekt är att vi bara har ett uttalande i en proposition att utgå ifrån. Kvalifikationsnormen består följaktligen, enligt detta förarbetsuttalande, i att man som individ ska etablera kontakt med hälso- och sjukvården, oavsett om etableringen skett på eget initiativ eller exempelvis genom tvångsvård. Tidpunkten för kvalifikationen skulle följaktligen vara när det etablerats en kontakt.

278 En viktig utgångspunkt är följaktligen att det inte görs några legaldefinitioner av patientbegreppet i de centrala hälso- och sjukvårdslagarna.

279 Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 190–191.

280 a.a. s. 43.

281 Det är i författningskommentaren till 1 kap. 1 § patientlagen som bl.a. avser lagens tillämpning där regeringen hänvisar till den tidigare propositionen. Se a.a. s. 110.

282 Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m. s. 77.

9.2 Patientrollens rättsliga innebörd

Inneböörden av att en individ kvalificerats som patient är bl.a. att patientlagen är tillämplig i förhållande till denne. I enlighet med det som ovan sagts betyder det att den som iklätt sig rollen ska ha den kompetens som föreskrivs i patientlagen. Utgångspunkten är att patientlagen är en skyldighetslagstiftning. Hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och huvudmän har skyldigheten att säkerställa att individen ges denna kompetens. Samtidigt kan patientlagens bestämmelser, som vi ovan diskuterat, förstås som kompetensnormer i förhållande till den som kvalificerats som patient. Utifrån vår förståelse av hälso- och sjukvården som handlingssystem kan vi konstatera att *patientrollen ger individen en rättslig status i förhållande till hälso- och sjukvården som organisation*.

Viktig i sammanhanget är vad iklädandet av patientrollen *inte* innebär. Den som ikläder sig patientrollen innefattas inte i hälso- och sjukvårdens organisation. Inte heller innebär iklädandet av patientrollen att individen är part i något bindande avtalsförhållande. Detta är viktiga begränsningar vad gäller de handlingssystem som patienten kommer att innefattas i som en aktör. Som vi redan nämnt kan vi utifrån ett rättsligt perspektiv se hälso- och sjukvården som system baserade på 1) lagstiftning, förordningar och andra traditionella rättskällor, 2) statlig, regional, kommunal och privaträttslig organisation, samt 3) avtal. Ett viktigt sätt att kvalificera roller är följaktligen inom ramen för organisationer och avtalsförhållanden. Tydligast är avtal där aktörer kvalificeras som avtalsparter och avtalet som överenskommelse ger parterna kompetens och dirigerar inbördes förhållande. Inom ramen för olika offentligrättsliga och privaträttsliga organisationer fattar styrelser m.fl. beslut och upprättar även olika ordningar som kvalificerar olika roller, fördelar uppgifter och kompetens, samt verkar dirigerande för verksamheten. Vissa roller i organisationer har både en rättslig status baserad på lagstiftning och en rättslig status inom ramen för en organisation och avtal, exempelvis VD-rollen i aktiebolag.²⁸³ Detta gäller i stor utsträckning också hälso- och sjukvårdspersonal. Följande grupper är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen 2 kap. 4 §:

- ”1. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
4. apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
5. personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och
6. personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.”

De roller som förutsätter legitimation är förknippade med särskilda kriterier enligt lag och särskilt reglerad kompetens.²⁸⁴ Dessutom är hälso- och sjukvårdspersonalen rättsligt kvalificerade arbetstagare i enlighet med sina anställningsavtal. Enskilda

²⁸³ VD har enligt aktiebolagslagen en viss rättslig status att företräda bolaget m.m. Vidare ingår personen ifråga regelmässigt ett VD-avtal. Dessutom måste VD:n förhålla sig till de beslut som bolagetsstyrelse fattar. Se kapitel 8 i aktiebolagslagen.

²⁸⁴ Se vidare härom i kapitel 3.

anställningsavtal såväl som kollektivavtal innehåller regelmässigt villkor som i olika avseenden kan ses som kompetensnormer inom ramen för anställningen som handlingssystem. Inom ramen för vårdgivarens organisation som handlingssystem har dessutom de anställda regelmässigt givits särskilda ansvar med instruktioner etc. om hur arbete ska utföras. Detta kan göras genom utfärdade organisatoriska ordningar, policys, arbetsbeskrivningar, rutiner o.s.v. Sammantaget framträder en relativt sofistikerad bild av hur hälso- och sjukvårdspersonalens olika roller och kompetens m.m. består i en rättslig status enligt lagstiftning m.m., avtalsbaserade handlingssystem och organisatoriska handlingssystem.

Utifrån ett handlingssystemsperspektiv kan vi sammantaget konstatera att kvalificeringen av patientrollen ger individen en relativt svag position. Individen kan åberopa en rättslig status, vilken som utgångspunkt inte anses bestå i några rättigheter och som inte kan göras gällande i domstol. Det blir samtidigt uppenbart vilken skillnad det är om patientlagen implementerats eller inte. Patientens ställning och makt blir tydligt beroende av hur huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal tillgodoser de anspråk som följer av patientlagen. Ju mer det utvecklas organisatoriska och avtalsbaserade handlingssystem där patienterna får den kompetens som föreskrivs i patientlagen, desto mer kommer vi att uppleva det fokus- och maktskifte som eftersträvas i förarbetena till patientlagen.²⁸⁵

9.3 Patientrollen och patientsfären

Ett viktigt moment när det gäller patientens rättsliga ställning i hälso- och sjukvårdssystemet är den rättsliga ordning som föreligger inom vad som kan ses som patientens egen sfär. När en individ ikläder sig en patientroll så etableras regelmässigt handlingssystem mellan individen, dennes närstående och möjligen även andra aktörer som fullmaktshavare, godmän m.fl. I detta avsnitt frågar vi oss hur man kan förstå patientens egen sfär som rättsliga handlingssystem. Rollen som patient och den utsatthet som kan följa av sjukdom eller skada kan många gånger kräva stöd och inblandning av personer kring patienten. Patienten har oftast närstående personer som är involverade i vårdprocessen, i form av familjemedlemmar men också nära vänner, som utgör ett viktigt stöd för denne.²⁸⁶ Med närstående avses i första hand familj men även andra nära anhöriga, såsom mycket nära vänner som i det enskilda fallet kan anses vara närstående.²⁸⁷ För att förstå patientens rättsliga ställning behöver vi förstå hela patientsfärens rättsliga ställning och hur denna kan fungera som rättsliga handlingssystem.

²⁸⁵ En intressant utveckling är hur man inom ramen för digitaliseringsarbetet tydliggör ett antal attribut som är kopplade till patientrollen. Socialstyrelsen har i sin informationsmodell (NIM) för patienter uppställt ett antal attribut som kräver särskild hantering, se person-id, förnamn, efternamn, kön, civilstånd, födelsedatum, ev. sekretessmarkering och ev. skyddad folkbokföring. Se Socialstyrelsens webbsida, Nationella informationsmängder – Patient.

²⁸⁶ Tidigare användes uttrycket anhöriga. Se Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården s. 44.

²⁸⁷ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 117. Där hänvisas även till Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården s. 44.

9.3.1 Roller inom patientsfären och deras rättsliga ställning

Att utgångspunkten är att patienten har rättshandlingsförmåga och därmed kan fatta sina egna beslut, agera för att tillvarata sina egna intressen och utöva sina kompetenser har vi klarlagt. Det finns dock ett antal situationer där patientens förmåga är begränsad och patienten inte kan utöva sina kompetenser. I sådana situationer behöver patienten en rättslig ställföreträdare som kan tillvarata patientens intressen och fatta nödvändiga beslut för denne. Oftast är det en närstående som agerar ställföreträdare, men även annan kan ta den rollen. Det är alltså skillnad på att patientens närstående är involverade i vårdprocessen och stöttar patienten och att närstående genom avtal m.m. ikläder sig rollen som rättslig ställföreträdare för patienten och agerar å dennes vägnar.

Utifrån ett rättsligt perspektiv är det möjligt att dela in patientsfären i ett antal olika rättsliga handlingssystem. Betraktat som rättsligt handlingssystem så föreligger som utgångspunkt en trepartsrelation – mellan patienten, företrädaren och hälso- och sjukvården.²⁸⁸ Med en ambition att förklara hur dessa relaterar till varandra är det rimligt att utgå ifrån en ”närhetsprincip”, dvs. att handlingssystemen utgår från patientens personliga sfär och dennes beslutskompetens. Om vi väljer att avgränsa handlingssystemen till rättsförhållandet inom patientsfären kan vi dela in dem enligt följande:

1. patientens relation till närstående
2. patientens relation till vårdnadshavare och förmyndare
3. patientens relation till fullmaktshavare
4. patientens relation till godeman och förvaltare

I enlighet med patientlagen har närstående en grundläggande rättslig status, se kommande avsnitt 9.3.2. Vidare kan närstående utgöra vårdnadshavare eller förmyndare enligt föräldrabalkens regler och därmed ha rättslig kompetens att vara delaktig och utöva inflytande vad gäller patientens vård, se avsnitt 9.3.3 nedan.²⁸⁹ Det är också möjligt för patienten att genom avtal besluta vem eller vilka som ska företräda denne. Patienten kan genom fullmaktsavtal ge annan rätt att agera som ställföreträdare i patientens vårdssituation. Företrädarskapet bygger som sagt på det uppdrag som patienten beslutar om att ge, se avsnitt 9.3.4 nedan. Ett annat företrädarskap avser godemän och förvaltare, se avsnitt 9.3.5.

9.3.2 Närstående

Ett första kategori av handlingssystem inom patientsfären är det mellan patient, närstående och hälso- och sjukvården. Grundvalen för närståendes delaktighet i patientens vårdförlopp är patientens samtyckeskompetens och egna

²⁸⁸ Med utgångspunkt i mellanmansrätten kan man åskådliggöra tre rättsförhållanden (i) relationen mellan huvudmannen och mellanmannen (ii) relationen mellan huvudmannen och tredje man (iii) relationen mellan mellanmannen och tredje man. Nämda rättsförhållanden utgör en grund för hur man kan förstå patientsfären som ett komplex av rättsliga handlingssystem.

²⁸⁹ I sammanhanget ska nämnas att en särskild förordnad förmyndare inte behöver vara närstående till patienten.

rättshandlingsförmåga. I normalfallet beslutar således patienten själv om, och till vilken grad, dennes närstående ska få vara delaktiga i och därtill möjligen även ha inflytande över vårdförloppet. Konkret handlar det om ett beslut om vem som är närstående i patientlagens mening. Patientens beslut ger den närstående i egenskap av ställföreträdare en viss rättslig status och rättshandlingsförmåga. Det ska också nämnas att patienten kan välja att inte låta sina närstående vara delaktiga, vilket då ska respekteras av såväl närstående som vården.²⁹⁰ Patientlagen innehåller som sagt specifika bestämmelser kring patientens närstående och vilken roll närstående kan ha i relation till patienten och vårdförloppet. Utgångspunkten för detta är delaktighetsbestämmelserna i 5 kap. 3 § patientlagen där det stadgas att patientens närstående ska ges möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården. Sammantaget så är det som utgångspunkt upp till patienten att besluta i vilken omfattning närstående ska vara delaktiga i hela eller delar av dennes vårdförlopp. Därmed styr patienten utformningen av trepartsrelationen avseende sin vårdssituation.

Närstående har möjlighet att ta del av information om patienten och dennes vårdförlopp, vilket som nämnts utgår ifrån patientens samtyckeskompetens. Patienten har genom sin rättshandlingsförmåga rätt att bestämma vilken information hen vill dela med sina närstående och om närstående exempelvis ska få delta när patienten tar emot information från vården.²⁹¹ I förarbeten framgår det att patientens närstående kan lyssnas in av vårdpersonalen för att få klarhet i patientens egen önskan och vilja kring vårdförloppet i den mån denne inte kan förmedla detta själv, exempelvis för att klargöra patientens inställning kring organdonation.²⁹² I patientlagen framgår även krav på att vården i praktiken genomför ansträngningar som är nödvändiga för att informera närstående och tillgodose förståelse för vårdprocessen och patienten hälsotillstånd, bl.a. genom att anpassa informationen även till närståendes individuella förutsättningar och försäkra sig om att närstående förstår betydelsen och innehållet i informationen, 3 kap. 6 §. Närstående får således en viss ställföreträdarställning i förhållande

290 Vårdpersonalen kan dock komma att rekommendera att patienten involverar sina närstående i syfte att underlätta för patienten, minska dennes känsla av ensamhet och utsatthet och öka stödet för denne.

291 Om patienten själv inte kan ta emot information, exempelvis på grund av medvetlöshet, ska information om möjligt i stället lämnas till dennes närstående så länge inte tystnadsplikt eller sekretess hindrar det, 3 kap. 4–5 §§ patientlagen. Om patienten psykiatriskt tvångsvårdas ska vården också samråda med närstående om det inte är olämpligt, vilket det anses vara om det kan ha negativ inverkan på patientens behandling exempelvis för att patienten motsätter sig samråd, 16–17 §§ lagen om psykiatrisk tvångsvård.

292 SOU 2015:80 Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning s. 412. Vården kan också ta viss hänsyn till närståendes önskemål och behov, i synnerhet om detta är förenligt med patientens behov och önskemål, och i praktiken är ofta patientens och dess närståendes information och delaktighet i nära samspel. Det är dock viktigt att betänka att vården alltid ska utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet och att det i slutändan är vårdpersonalen som fattar de medicinska besluten kring patienten utifrån vad som är bäst för denne och med hänsyn till dennes vilja. Detta kan exempelvis innebära att vårdpersonalen beslutar att inte fortsätta livsuppehållande behandling för en patient som de bedömer inte kommer att tillfriskna eller som själv uttryckt att denne inte vill ha livsuppehållande vård, även om närstående motsätter sig detta. Vården ska i regel i sådan lägen måna särskilt om närståendes möjlighet till information för att möjliggöra förståelse för beslutet, av respekt för både patienten och dennes närstående.

till patienten.²⁹³ Därmed ges närstående genom sin rättshandlingsförmåga en möjlighet att fristående påtala fel och brister i vården enligt 11 kap. 1–2a §§ patientlagen,²⁹⁴ vilket speglar patientens kompetenser till att bli sedd och hörd och själv påtala brister.

Det är dock viktigt att komma ihåg att inte alla patienter har närstående som kan göras delaktiga i dennes vårdprocess. Att sakna närstående kan för patienten förknippas med ensamhet och särskild utsatthet och därmed öka behovet av stöd från vården, för att tillgodose patientens trygghet och kompetensen att bli sedd och hörd.

9.3.3 Vårdnadshavare och förmyndare

Ett andra kategori av handlingssystem är det i relation till vårdnadshavare och förmyndare.²⁹⁵ Personer under 18 år är omyndiga och har därmed begränsad rättshandlingsförmåga, se 9 kap. 1 § föräldrabalken. Genom föräldrabalkens regler följer att barn har ställföreträdare i egenskap av vårdnadshavare och förmyndare vilka ska sörja för barnets person och sköta barnets personliga angelägenheter, respektive tillvarata barnets rättigheter och ekonomiska intressen, 6 kap. 2 § och 11 § föräldrabalken. Till skillnad mot där patienten själv beslutar om närståendes, så har barnet mer begränsade möjligheter att påverka vem som är dess ställföreträdare och hur trepartsrelationen kan utformas.²⁹⁶

När barnet är en patient är det främst vårdnadshavarens ställföreträdarskap som har påverkan, då frågor om hälso- och sjukvård är en del av barnets personliga angelägenheter. I de flesta fall är barnets båda föräldrar vårdnadshavare och förmyndare. Av föräldrabalkens regler följer att om enbart en förälder har vårdnaden om barnet, så är det den föräldern som är barnets ställföreträdare i vårdnadsfrågor, 6 kap. 2 § föräldrabalken.²⁹⁷ Vårdnadshavaren är således den som genom sin rättshandlingsförmåga fattar beslut om vård när barn är patient i hälso- och sjukvården. Vidare stadgas i föräldrabalken att barn får med stigande ålder och utveckling få ett ökat inflytande över sina angelägenheter samt att större hänsyn ska tas till hens synpunkter och önskemål, även gällande hälso- och

293 Närstående har också en egen möjlighet till stöd och vägledning från vården, ett s.k. anhörigstöd, se 1177 Vårdguidens webbsida, Att vara närstående i vården. I ljuset av närståendes möjligheter till information och delaktighet kan man närmast tala om dessa som en närståendes kompetenser till information och delaktighet i handlingssystemet kring patienten. Dessa kompetenser kan vara den närståendes egna men kan i sammanhanget också ses som en möjlighet att agera inom ramen för patientens kompetenser, när denne inte själv har möjlighet att utöva dem.

294 Den närstående ska också få möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet, 11 kap. 4 § patientlagen.

295 Vi kommer i detta avsnitt inte särskilt beröra situationer där föräldrar inte har vårdnad pga. att det inte kan ta hand om sina barn. Vi kommer inte heller särskilt diskutera skillnader mellan vårdnadshavare och förmyndare, där vårdnadshavarollen innebär att sörja för allt som angår barnets person samt företräda barnet i avseende dennes personliga frågor jämfört med förmyndarenollen att förvalta egendom och inom ramen för sitt ställföreträdarskap företräda barnet i ekonomiska frågor.

296 I sammanhanget kan nämnas den interveneringsrätt där domstol i vissa fall beslutar om trepartsrelationens utformning genom att utse särskild förordnad vårdnadshavare eller särskild förordnad förmyndare.

297 Vårdnaden om ett barn kan också anförtros annan än barnets föräldrar, 6 kap. 2 § föräldrabalken.

sjukvård, 6 kap. 11 § föräldrabalken.²⁹⁸ Vårdnadshavare till en minderårig patient ska enligt 3 kap. 3 § patientlagen få information om barnets hälsotillstånd och vård och barnet själv har lika stor rätt till information som en vuxen patient.²⁹⁹

Genom patientlagens samtyckeskapitel kan man dra slutsatsen att ställföreträdarskapets kompetens begränsas genom att barnets inställning till den egna vården ska klarläggas så långt som möjligt och ges betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad, 4 kap. 3 § patientlagen, vilket också reflekterar barnets med tiden ökade kompetens till samtycke.³⁰⁰ Detsamma gäller den minderåriga patientens kompetens till delaktighet enligt patientlagens kapitel 5.³⁰¹ Avslutningsvis har också barnet i sin roll som närstående till en patient som är barnets förälder möjlighet till anpassad information, råd och stöd om föräldern är psykiskt eller allvarligt fysiskt sjuk, lider av missbruk eller avlider.³⁰²

298 Det finns därtill särskilda bestämmelser i patientlagen kring vård av minderåriga patienter, som tar sin utgångspunkt i den inledande bestämmelsen att barnets bästa särskilt ska beaktas när barnet får hälso- och sjukvård, vilket individuellt bedöms från patient till patient, 1 kap. 8 § patientlagen.

299 I relation till den minderåriga patienten ska informationen anpassas till dennes ålder, mognad och erfarenhet och andra individuella förutsättningar, 3 kap. 6 § patientlagen, där vården gör en bedömning av varje barns egen situation. Exempelvis kan ett barn som är av låg ålder, men som har varit sjuk länge och därför är väl insatt i sin egen vård, få omfattande och detaljerad information, medan ett barn av högre ålder som är helt ovan vid hälso- och sjukvården får mer översiktlig information. Vårdnadshavaren kan inte hindra att vården lämnar information till barnet, men kan upplysa om förutsättningar som talar för att informationen ska anpassas, exempelvis att informationen gör barnet mycket oroligt. Vården ska därtill så långt som möjligt se till att både vårdnadshavaren och barnet har förstått innehållet och betydelsen av informationen, vilket kan kräva individanpassning, 3 kap. 7 § patientlagen. Vårdnadshavare kan dock hindras från att ta del av information om sekretess eller tystnadsplikt föreligger, 3 kap. 5 § patientlagen, och det finns särskilda bestämmelser om sekretess mot vårdnadshavare i 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen som anger att sekretess till skydd för ett barn gäller även i förhållande till vårdnadshavaren. Sekretess mot vårdnadshavaren får dock inte upprätthållas kring frågor som rör vårdnadshavarens ansvar för barnets personliga angelägenheter och rättigheter och skyldigheter att fatta beslut kring barnet enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken. Undantag kan dock göras om det kan antas att röjandet av informationen kan leda till att barnet lider betydande men. I takt med barnets ålder, utveckling och mognad ökar dock hans kompetens till integritet och därav minskar vårdnadshavarens kompetens att ta del av sekretessbelagd information om barnet utan barnets samtycke. I takt med barnets ålder, mognad och utveckling ökar alltså även barnets kompetenser i rollen som patient medan vårdnadshavarens kompetenser minskar gradvis.

300 Även när det gäller små barn ska dessa få möjlighet att uttrycka sin inställning och det är vården som ska avgöra barnets mognad, vilket också ska göras i relation till varje enskild vårdåtgärd. Det framhålls vara av vikt att barnet inte avkrävs samtycke hen inte är mogen att avge och därtill att barnet inte får bära ett beslutsansvar som egentligen är vårdnadshavarens skyldighet. Det är dock inte alltid nödvändigt att inhämta samtycke från vårdnadshavaren, utan den minderåriga patienten kan ha ensam samtyckeskompetens om vården bedömer att hen har mognaden som krävs för det, vilket bland annat vägs utifrån patientens möjlighet att ta till sig information och överblicka konsekvenserna av sina egna val.

301 För ett barn är dock närståendes delaktighet i att medverka till utformning och genomförandet av vården enligt 5 kap. 3 § patientlagen av särskild vikt. Vårdnadshavarens delaktighet är av central betydelse för vården och kan vara ett mycket viktigt stöd för att möjliggöra den minderåriga patientens tillvaratagande av sina kompetenser, men också för att möjliggöra vårdens bedömning kring vad som är barnets bästa enligt 1 kap. 8 § patientlagen. Även när barnet anses ha tillräcklig samtyckeskompetens är därför vårdnadshavarens delaktighet betydelsefull och vården utgår därför från att göra vårdnadshavaren delaktig, om det är lämpligt för patientens bästa och patienten själv inte motsätter sig det.

302 Bestämmelsen gäller även i relation till andra vuxna som barnet varaktigt bor tillsammans med.

9.3.4 Fullmaktshavare

En tredje kategori av handlingssystem avser fullmaktshavare. Patienten kan genom beslut utfärda en fullmakt till annan, ofta en närstående, som ger den personen rätt att företräda personen i olika frågor som patienten själv har bestämt. Fullmakten konstituerar ett rättsförhållande mellan patienten i egenskap av fullmaktsgivare och exempelvis en närstående i egenskap av fullmäktige. Av avtalslagen följer därmed ett ställföreträdarskap där närstående utför rättshandlingar inom fullmaktens gränser i fullmaktsgivarens namn, se 2 kap. 10 § avtalslagen.³⁰³ Inom ramen för fullmaktsuppdraget ges således den närstående en rättslig ställning att ta del av all information som patienten själv har möjlighet att få samt i övrigt vara delaktig i vården. Genom fullmakten utformar patienten därmed ett trepartsförhållande avseende sin vårdssituation samt distribuerar rättslig kompetens och rättshandlingsförmåga till sin fullmäktige.³⁰⁴

En fullmakt kan vara både begränsad till antal specifika handlingar eller vara utan begränsningar genom en s.k. generalfullmakt. För det fall en närstående i egenskap av fullmäktige innehar generalfullmakt har denne rättslig kompetens att oinskränkt företräda patienten. Av avtalslagens bestämmelser följer att utfärdande av fullmakt kan dock bara ske under förutsättningen att patienten har rättshandlingsförmåga, vilket innebär att denne har förmåga att förstå den rättsliga handlingen och dess innebörd och konsekvenser.³⁰⁵

Det finns möjligheter att genom s.k. framtidsfullmakt företräda patienter som är beslutsoförmögna, se lagen om framtidsfullmakter.³⁰⁶ Nämda lag får anses vara en särreglering inom fullmaktsområdet och gäller framtidsfullmakter. Till skillnad från nämnda fullmakter ovan stadgas det i framtidsfullmaktslagen formaliakrav.³⁰⁷ Lagen syftar till att möjliggöra företrädarskap för patienter som

303 Då fullmakten är ett avtal mellan fullmaktsgivaren och fullmäktigen återfinns bestämmelser i avtalslagens kapitel 2. Det innebär också att ordningen för rättsförhållandet följer avtalslagens regler om inget annat framgår av särlagstiftning.

304 Fullmäktige kan även företräda patienten i frågor som rör insatser avseende vård- och omsorgsinsatser, exempelvis när det gäller att upprätta individuella planer för vård- och omsorg och att utse fast vårdkontakt m.m. Andra frågor kan röra exempelvis försäljning och köp av egendom samt ingående av vissa avtal för att hantera patientens vård och omsorg samt livssituation i övrigt.

305 Det finns inte något skriftlighetskrav för sjukvårdsfullmaktens rättsliga giltighet enligt avtalslagen. Dock så ställer vårdgivare krav på skriftlig dokumentation genom att tillhandahålla standardiserade formulär för ändamålet. Se exempelvis fullmaktsformulär från Södra Älvsborgs-sjukhus på Västra Götalandsregionen, Södra Älvsborgs Sjukhus webbsida, Fullmakt att företräda.

306 Lag (2017:310) om framtidsfullmakter. Framtidsfullmakten är en relativt ny företeelse och syftar till att förenkla för individen att hantera vissa frågeställningar i förväg. Framtidsfullmakten syftar till att vara ett komplement till systemet med ställföreträdare för vuxna personer. Företrädarskapet avseende personer under 18 år ska fortsättningsvis hanteras inom ordningen för vårdnadshavarsansvaret, se Prop. 2016/17:30 Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna s. 28.

307 För att en framtidsfullmakt ska anses rättsligt giltig krävs enligt 3 § att individen vid upprättandet fyllt 18 år och har förmåga att ta hand om sina angelägenheter. Det finns också ett skriftlighetskrav och krav på bevitning för att det ska föreligga en giltig framtidsfullmakt, se 4 §. Beträffande formkravet på skriftlighet tydliggörs i 5 § att fullmakten ska innefatta uppgifter om (i) att det är fråga om en framtidsfullmakt (ii) vem eller vilka som är fullmaktshavare (iii) vilka angelägenheter fullmakten omfattar (iv) vilka övriga villkor som gäller, se 5 §. En annan rättslig begränsning är att fullmakten inte får göras oåterkallelig, 6 §.

pga. sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller annat liknande varaktigt förhållande inte längre har förmåga att ta hand om de angelägenheter som framgår av fullmakten, se 1 §. I förarbetena till lagen framgår att det är frågan om en ny typ av ställföreträdarskap för anhöriga, dvs. anhöriga ges en rättslig kompetens att företräda enskilda som inte längre kan ta hand om sina ekonomiska angelägenheter.³⁰⁸ Det omfattar patienter som förlorat sin beslutsförmåga och därmed behöver hjälp med vardagliga ting som rör frågor avseende hälso- och sjukvård, andra sociala tjänster, samt andra handlingar som rör betalningar, inköp m.m.³⁰⁹ Av framtidsfullmaktslagen framgår begränsningar avseende patientens rätt att fördela rättslig kompetens. Patienten kan inte överlåta kompetens avseende frågor som rör åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador m.m. 2 kap. 1 § enligt hälso- och sjukvårdslagen, se vidare 2 §. I sammanhanget kan nämnas att vårdpersonalen ytterst fattar medicinska beslut enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och har därmed den medicinska beslutskompetensen.

Sammantaget är det rättsliga fullmaktsinstitutet ett viktigt verktyg för att utveckla patientsfärens handlingssystem. Genom avtalsbaserade handlingssystem kan närstående, och andra, företräda patienten i olika vårdavseenden.

9.3.5 Godemän och förvaltare

En fjärde kategori av handlingssystem avser godemän och förvaltare. Patienter kan med stöd i föräldrabalken genom beslut tilldelas god man. Av föräldrabalken följer att sådana beslut kan aktualiseras för patienter som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, se 11 kap. 4 §.³¹⁰ Tingsrätten är den rättsliga instans som utser god man. Närstående kan vara god man, men bör inte vara det om det kan anses olämpligt.³¹¹ Annan än närstående kan också vara ställföreträdare i egenskap av god man, så länge personen i fråga uppfyller kriterierna om att det ska vara en rättrådig, erfaren och i övrigt lämplig person, 11 kap. 12 § föräldrabalken.³¹²

En viktig del i rättsförhållandet är att patienten i egenskap av huvudman behåller sin rättsliga handlingsförmåga och att den gode mannen därmed behöver patientens samtycke till de åtgärder som ska vidtas.³¹³ Patienten har därmed egen

308 Se Prop. 2016/17:30 Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna s. 80.

309 Se a.a. s. 86. Notera att direkta vårdbeslut inte kan omfattas av en framtidsfullmakt.

310 Ansvar för gode män och förvaltare regleras i föräldrabalkens kapitel 12.

311 Exempel på situationer när detta kan vara olämpligt är om det föreligger en familjekonflikt. Se exempelvis NJA 1980 s. 171.

312 Patienten kan också föreslå en viss person som god man eller förvaltare och om denne är lämplig och vill åta sig uppdraget, ska denne förordnas.

313 För att förmedla önskemål kring sin hälso- och sjukvård i den händelse att patienten själv inte kan utöva sin delaktighets- eller samtyckeskompetens står det dock patienten fritt att göra en viljeyttring till närstående eller ställföreträdare som kan förmedla detta vidare till vårdpersonal. Patienten kan genom sådan viljeyttring klargöra hur denne ställer sig till vissa vårdfrågor, såsom organdonation eller livsuppehållande behandling. Ett exempel på detta är vad som kallas för vårddirektiv (även livstestamente gällande livsuppehållande vård) som inte har någon rättslig verkan men som ses som en viljeyttring som kan vara vägledande för vårdpersonalen. SOU 2004:112 Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna s. 579–580.

rättshandlingsförmåga i frågor om sin vård. Den gode mannens roll är att vara stöttande och rådgivande.³¹⁴ Det kan innefatta att lämna synpunkter till vården, men i övrigt har inte den gode mannen någon särskild roll i handlingssystemet kring patienten i hälso- och sjukvården.³¹⁵ Det är vårdpersonalen som ytterst fattar beslut om vården i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och patienten förlorar följaktligen inte sin samtyckeskompetens till vårdåtgärder för att denne är tilldelad god man.

Ett annat ställföreträdarskap som följer av föräldrabalken rör förvaltarskapet enligt 11 kap. 7 §. Förvaltarskapet bygger på liknande uppdrag som god man med skillnaden att förvaltaren inte är beroende av huvudmannens samtycke vid utförande av åtgärder, dvs. patienten har inte längre rättshandlingsförmåga avseende de åtgärder som omfattas av uppdraget. Även förvaltarskapet rättsliggörs genom beslut av tingsrätten som därigenom överför ställföreträdarkompetens till förvaltaren. Jämfört med god man så ställs högre beviskrav för att åtgärden om förvaltarskap ska anses vara ändamålsenligt, exempelvis kan det krävas läkarintyg. För det fall en förvaltare genom sin rättshandlingsförmåga vidtar åtgärder å patientens räkning, som inte följer av uppdraget är patienten inte rättsligt bunden av dessa, se 11 kap. 11 § föräldrabalken.

I föräldrabalken stadgas att både förvaltare och godemän ska utföra uppdraget omsorgsfullt och på ett sådant sätt som bäst gagnar patienten, se 12 kap. 3 §. I varje kommun så övervakar överförmyndaren att förvaltare och godemän utför sina uppdrag på ett ändamålsenligt sätt.

³¹⁴ Prop. 1987/88:124 Om god man och förvaltare s. 172. 12 kap. 2 § st. 3 föräldrabalken.

³¹⁵ SOU 2015:80 Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning s. 411.

KAPITEL 10

PATIENTENS ”RÄTT” UTIFRÅN PATIENTLAGEN

10.1 Skyldigheter för hälso- och sjukvårdens aktörer för att möjliggöra ”patientens rätt”

I enlighet med vad som ovan diskuterats menar vi att patientrollen ger individen en rättslig status som bl.a. får sin innebörd av patientlagens bestämmelser. Dessa bestämmelser är, som vi konstaterat, utvalda för att möjliggöra ett fokus- och maktskifte vad gäller patientens ställning. Detta ska bl.a. ske genom att de ska vara lättillgängliga, pedagogiska och överskådliga.³¹⁶ I detta kapitel ska vi närmare analysera patientlagens bestämmelser. Vi frågar oss vad de, å ena sidan, betyder som rättsanspråk för patienten och, å andra sidan, som skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare m.fl.

En övergripande farhåga är att patientlagens bestämmelser betraktas som generella målnormer som i sig är viktiga att förhålla sig till i största allmänhet, men som inte realiseras i hälso- och sjukvårdens utförande. I detta arbete tar vi fasta på ambitionen att patientlagen ska möjliggöra en verksamhetsutveckling, vilken leder till sagda skifte avseende fokus och makt. Analysen av patientlagens bestämmelser kommer därför att inriktas på vilken innebörd de har och kan tänkas få vad gäller:

1. patientens kompetens och rättsanspråk,
2. hälso- och sjukvårdens rättsliga kvalificering,
3. hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och skyldigheter,
4. vårdgivarens kompetens och skyldigheter, samt
5. huvudmannens kompetens och skyldigheter.

Vi har redan vid ett flertal tillfällen konstaterat att patientlagen, som flera av de andra centrala lagarna på hälso- och sjukvårdsområdet, anses ha karaktären av ramlag. Beträffande hälso- och sjukvårdslagen, vilken också beskrivs som ramlag, förklarar man i förarbetena till lagen att ”med en målinriktad ramlag menas att den huvudsakligen ska innehålla bestämmelser om övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för verksamheten.”³¹⁷ Innebörden härav är rimligen att det förutsätts att det utvecklas en mer detaljerad rättslig ordning av regioner och kommuner, vårdgivare och kanske t.o.m. av ansvariga individer/professioner. Utmärkande för patientlagen är också att den primärt betraktas som en skyldighetslag för hälso- och sjukvården. Av särskild betydelse när det gäller hälso- och sjukvården är samspelet mellan stat, region och kommun. Tillspelet

³¹⁶ Det ansågs avgörande att avgränsa patientlagen såväl omfång som innehåll. ”Utredningens målsättning har varit att i lagen föra in övergripande och centrala bestämmelser av vikt för en majoritet av patienterna och allmänheten. Lagstiftning som reglerar särskilda, avgränsade frågor, såsom t.ex. smittskydd, aborter och transplantationer, har i huvudsak lämnats orörd och utanför patientlagen.” SOU 2013:2 Patientlag s. 160.

³¹⁷ Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag s. 80.

är detta olika demokratiska ordningar, med visst självstyre och mandat att styra den egna verksamheten. Denna dynamik måste man ha med sig in då man analyserar vad som utgör ”patientens rätt”. Intressant är också det ansvarsbaserade samspelet mellan huvudman, vårdgivare och hälso- och sjukvårdens professioner.

I detta kapitel kommer vi att utifrån patientlagens innehåll och förarbeten påbörja en diskussion om hur patientlagens bestämmelser kan förstås som kvalifikations-, kompetens- och handlingsdirigerande normer inom hälso- och sjukvårdens rättsliga handlingssystem. Med tanke på de bakomliggande syftena om överskådlighet m.m. kommer vi att följa lagens disposition. I förarbetena förklarades att patientlagen ska betraktas som ingång till hälso- och sjukvårdslagstiftningen vid sidan av övriga lagar.³¹⁸ Vi kommer att kontinuerligt analysera hur patientlagens bestämmelser förhåller sig till motsvarande och närliggande bestämmelser i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och patientdatalagen.

10.2 Inledande bestämmelser

Patientlagen består som sagt av ett antal kapitel. Det första kapitlet innehåller, utöver lagens syfte, ett antal bestämmelser som är tänkta att tydliggöra lagens tillämpningsområde. Det innehåller dessutom ett antal bestämmelser som beskriver vad som är hälso- och sjukvårdens övergripande målnormer.

10.2.1 Lagens syfte och tillämpning

I lagens första paragraf tydliggörs lagens syfte, dvs. att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen ska som utgångspunkt tillämpas på all verksamhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. I 1 kap. 5 § patientlagen definieras hälso- och sjukvård som dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, och dels som sjuktransporter. I bestämmelsen tydliggörs följaktligen att hälso- och sjukvårdsverksamhet inte endast avser att utreda och behandla, utan även att förebygga. Att lagen ska tillämpas på all hälso- och sjukvårdsverksamhet betyder att den tillämpas oavsett om vården är organiserad som regional, kommunal, statlig eller privat verksamhet. Den gäller oavsett vem som finansierar och är huvudman för vården.

I 1 kap. 2 § patientlagen görs i sig vissa begränsningar av tillämpligheten av vissa specifika bestämmelser.³¹⁹ I första stycket begränsas tillämpningen av bestämmelserna om individuella planer, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel till hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med region eller en kommun som huvudman. I andra stycket förklaras att bestämmelserna om vårdgaranti, val av fast läkarkontakt, ny medicinsk bedömning och val av utförare inom offentligt finansierad öppen hälso- och sjukvård ska gälla endast för hälso- och

³¹⁸ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 42.

³¹⁹ Rent lagtekniskt hänvisar paragrafen till de bestämmelser som begränsningen av tillämplighet avser. I första stycket föreskrivs att i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman. I andra stycket föreskrivs att 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 en region som huvudman.

sjukvårdsverksamhet som har regionen som huvudman. Även om hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs i privat regi kan den fortfarande ha en regional huvudman, dvs. regionen har ingått ett avtal med en privat vårdgivare om att tillhandahålla vård.³²⁰

En ytterligare begränsning är att patientlagen inte ska tillämpas på tandvård, se 1 kap. 3 §.³²¹ I vilken utsträckning tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) faller under central hälso- och sjukvårdslagstiftning har beskrivits som inkonsekvent.³²² Tandvård faller in under patientsäkerhetslagen och patientdatalagen, men inte hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen.³²³ Tandvårdslagen har separata bestämmelser om patientens rätt i bl.a. 3 § där det stadgas att tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård, vilket innebär att tandvården ska: 1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder, 2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, 3. vara lätt tillgänglig, 4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt 5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen. Intressant är hur patientens kompetens i dessa avseenden beskrivs som inslag i vad som utgör god tandvård.

Patientlagen är som konstaterats primärt formulerad som en skyldighetslag, dvs. den riktar sig till hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Samtidigt innehåller lagen bestämmelser som i olika avseenden handlar om att tydliggöra och att stärka patientens ställning, dvs. patienten ska få information, ge samtycke, vara delaktig o.s.v. Innehållet i bestämmelserna kan förstås som rättsanspråk för patienten, samtidigt som bestämmelserna riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och hälso- och sjukvårdens huvudmän. Det är i detta sammanhang som uttalandet att patientlagen ska betraktas som ingång till hälso- och sjukvårdslagstiftningen, vid sidan av övriga lagar, blir intressant. I 1 kap. 4 § patientlagen stadgas att bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas finns i hälso- och sjukvårdslagen, samt att bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienter finns i patientsäkerhetslagen.³²⁴ Något förenklat kan vi följaktligen konstatera att patientlagen består i ett antal centrala bestämmelser som tydliggör vad som kan ses som fundamentala kompetensnormer för den som iklätt sig rollen som patient, dvs. för den som etablerat en kontakt och relation med hälso- och sjukvården. För att innehållet i patientlagen ska realiseras som kompetensnormer för patienterna i hälso- och sjukvården förutsätts att hälso- och sjukvårdspersonalen måste utveckla sin individuella förmåga och vårdgivaren måste utveckla sin organisatoriska förmåga. Detta i sin tur kräver att hälso- och sjukvårdens huvudmän

320 Se Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 111.

321 Med tandvård avses enligt tandvårdslagen 1 § åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan.

322 Se Johnsson, Patientlagen – en kommentar s. 40.

323 Se 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen, 1 kap. 3 § patientdatalagen och 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

324 Det framstår som lite besynnerligt varför lagstiftaren endast lyfter fram att patientsäkerhetslagen innehåller bestämmelser som riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonalen, med tanke på hur stor betydelse lagen har för vårdgivaren. Jfr Johnsson, Patientlagen – en kommentar s. 37.

möjliggör utvecklingen av denna förmåga. Implementeringen av patientlagens bestämmelser kan ur detta förenklade perspektiv ses som fundamentet i hälso- och sjukvårdssystemet, dvs. den ordning som huvudmän, vårdgivare och personal tillsammans behöver säkerställa vad gäller hälso- och sjukvårdens individuella och organisatoriska förmåga. Samspelet mellan tillämpningen av patientlagen, patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen är lagstiftarens försök att tydliggöra ett rättsligt bindande ”normpaket” som ska ligga till grund för hälso- och sjukvårdens bedrivande och utveckling som handlingssystem.

10.2.2 Hälso- och sjukvårdens mål om god hälsa och en vård på lika villkor

I det första kapitlet i patientlagen uppställs vidare ett antal övergripande regler för hälso- och sjukvården. Dessa kan i olika grad förstås som målnormer, men också som kompetensnormer och handlingsdirigerande normer. Enligt 1 kap. 6 § patientlagen är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det finns en bestämmelse med exakt samma ordalydelse i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Att hälso- och sjukvården ska sträva efter en ”god hälsa” är ett relativt tydligt mål. Det är en regel som föreskriver vad hälso- och sjukvårdens anställda, såväl som systemet i sin helhet, ska verka för. Som strävande avser det rimligen befolkningen i sin helhet, patientkollektivet och enskilda patienter. Det ligger i sakens natur att god hälsa inte kommer att föreligga i alla sammanhang.

Frågan är hur vi ska förstå stadgandet att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen. Detta är rimligen mer än en övergripande målnorm som hälso- och sjukvården har att sträva mot. Som en målnorm är det en norm som man inte minst avseende systemutveckling har att sträva mot. Huvudmännen har att kontinuerligt verka för att man har tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor oavsett var man bor i landet. Även i förhållande till vårdgivare kan bestämmelsen ses som en målnorm, dvs. det gäller att utveckla den egna verksamheten så att vården tillhandahålls på lika villkor oavsett individuella förutsättningar, såsom bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning, etc.³²⁵

Dessutom bör rimligen bestämmelsen förstås som en kompetensnorm och även en handlingsdirigerande norm. Att vård ska ges på lika villkor anses innebära att en patient ska ha lika tillgång till vård och den vård som patienten får ska vara likvärdig med den som erbjuds andra.³²⁶ Omvänt kan patienten inte förvänta sig mer än vad som kan erbjudas andra, men en utsatt och resurssvag patient kan ha ett större behov än en resursstark patient av vård- och stödinsatser, som behöver tillgodoses för att vården ytterst ska vara jämlik.³²⁷

³²⁵ SOU 2013:144 Ansvarsfull hälso- och sjukvård s. 169.

³²⁶ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 28 och s. 97.

³²⁷ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 15.

10.2.3 Rätt till respekt

Att det finns ett samspel mellan hur patientlagens inledande bestämmelser bör förstås som både som målnormer och kompetensnorm tydliggörs ytterligare när vi analyserar innebörden av 1 kap. 6 § andra stycket. Här föreskrivs att vården ska ges med respekt för den enskilda människans värdighet och alla människors lika värde. Även detta andra stycke återfinns i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.³²⁸ Bestämmelsen beskrivs som grundläggande människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciper som riksdagen ställt sig bakom – principer som ska genomsyra all hälso- och sjukvård.³²⁹

”Respekt” som kompetensnorm för patienten

Betraktat som norm i hälso- och sjukvårdens handlingssystem ska den rimliges ses som en central kompetensnorm för patienten. Som kompetensnorm kan den förstås som en förmåga till synliggörande och där behovet av hjälp och stöd kan relateras till patientens individuella behov, förutsättningar och berättelse.

”Respekt” som kompetensnorm och handlingsdirigerande norm för hälso- och sjukvårdspersonalen

För att realiseras som kompetensnorm för patienten förutsätts samtidigt att principerna utgör en central kompetensnorm för de hälso- och sjukvårdsanställda. Skyldigheten att tillhandahålla vård med respekt för den enskildes värdighet handlar om ansvar och kompetens som åvilar alla inom hälso- och sjukvården. Det är ett ansvar som behöver konkretiseras i handlingsdirigering. Detta kan exempelvis ske genom en skyldighet att regelmässigt efterfråga och lyssna på patientens berättelse.

10.2.4 Rätt till jämlik vård

Regeln att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde är, enligt vår mening, ett tydliggörande av att kravet på jämlik vård inte bara ska förstås som målnorm, utan även som kompetens- och handlingsdirigerande norm. Det är ett rättsanspråk som kan förstås som en fundamental kompetens kopplad till patientrollen – en kompetens som möjliggör, men också begränsar. Det är rimligen också kompetensnorm för hälso- och sjukvårdspersonal, dvs. om man ikläder sig rollen som läkare etc. ska man ha förmågan att ge jämlik vård. Detta är också norm som kommer att behöva omsättas i mängder av handlingsdirigerande normer inom ramen för hälso- och sjukvården som handlingssystem.

³²⁸ Jfr även 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen där det föreskrivs att patienten ska visas omtanke och respekt.

³²⁹ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 112.

10.2.5 Rätt till vård utifrån behov

Andra stycket i 1 kap. 6 § patientlagen avslutas med meningen att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Detta är en regel som också föreskrivs i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Det är en bestämmelse som primärt används som en fundamental handlingsdirigerande norm för prioriteringar inom hälso- och sjukvården och som i olika avseenden har utvecklats. Utifrån ett mer systembaserat perspektiv har det utvecklats vissa övergripande principer. Ofta refereras till utredningen Vårdens svåra val³³⁰ som presenterade tre bärande principer, vilka tillsammans utgör en värdegrund för prioriteringar i vården:

- Människovärdesprincipen (alla människor har lika värde).
- Behovs/solidaritetsprincipen (resurser bör gå dit behoven är störst).
- Kostnadseffektivitetsprincipen (vid val mellan bl.a. olika åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnad och effekt eftersträvas).³³¹

Detta är en värdegrund som ska tillämpas av hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och även hälso- och sjukvårdens huvudmän när de planerar och resursbesätter hälso- och sjukvården. Det är i sig möjligt att förstå denna bestämmelse som ett rättsanspråk för patienten, dvs. att patienten ska kunna ställa krav på att få företräde beroende på vilket behov man har. Detta rättsanspråk är förvisso inte lika tydligt som många av de andra rättsanspråk som kan göras gällande enligt patientlagen.

10.2.6 Rätt till god vård

I patientlagen stadgas 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 kap. 7 §.³³² Denna rätt till god vård är det kanske mest centrala rättsanspråket för patienten och genomsyrar hela hälso- och sjukvårdssystemet. Det är också anspråk som tydliggör hur avgörande samspelet är mellan hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och huvudmän för att möjliggöra patientens rättsanspråk.

”God vård” som kompetensnorm för patienten

Som rättsanspråk är denna ”rätt till god vård” av central betydelse för patienten då hen ska kunna förvänta sig att alltid få god och säker vård som är beprövad av vården men som samtidigt följer forskning och utveckling inom hälso- och

³³⁰ SOU 1995:5 Vårdens svåra val.

³³¹ Prioriteringen diskuteras bl.a. i SOU 2008:127 Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning s. 106. ”Mot bakgrund av de etiska principerna i slutbetänkandet beslöt riksdagen 1997 att ställa sig bakom regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60b).”

³³² När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas enligt 1 kap. 8 § patientlagen.

sjukvård. Kraven på att det ska föreligga överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet brukar beskrivas med att det ska föreligga evidens i förhållande till undersökningen, ingreppet, behandlingen etc.

"God vård" som kvalifikationsnorm avseende hälso- och sjukvård

På handlingssystemsnivå kan bestämmelsen karaktäriseras som en övergripande kvalifikationsnorm i förhållande till hälso- och sjukvårdens åtgärder/"tjänster", dvs. hälso- och sjukvården får endast tillhandahålla undersökningar, diagnosmetoder, behandlingar m.m. som är av god kvalitet och står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.³³³

"God vård" som kompetensnorm och handlingsdirigerande norm för hälso- och sjukvårdspersonalen

Både patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om god vård. Bestämmelsen avseende god vård i patientlagen är i detta sammanhang intressant utifrån tanken att patientlagen är en ingång i förhållande till de andra centrala lagarna. I förhållande till hälso- och sjukvårdspersonalen föreskrivs i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen att de 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. I paragrafen föreskrivs vidare att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten och att patienten ska visas omtanke och respekt. God vård som kvalifikationsnorm i förhållande till hälso- och sjukvårdspersonalens vårdåtgärder är också nära förknippad med de roller och den kompetens personalen har inom hälso- och sjukvården. Detta tydliggörs i viss utsträckning av 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen där det föreskrivs att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. I andra stycket tydliggörs att detta inte innebär någon inskränkning i vårdgivarens ansvar.

"God vård" som kompetensnorm och handlingsdirigerande norm för vårdgivare och huvudman

Som vi kommer att se kan bestämmelsen om god vård i princip innefatta alla andra rättsanspråk som patienten kan uppställa i förhållande till själva vårdinsatsen/tjänsten, vilket åskådliggörs genom bestämmelsen i 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär enligt paragrafen att vården särskilt ska:

³³³ Denna bestämmelse tillämpas även vid eventuella alternativmedicinska behandlingsmetoder såtillvida att alternativmedicinska behandlingsmetoder först ska användas när vanliga behandlingsmetoder prövats, om det är riskfritt och om patientens själv önskar det. Se SOU 2008:117 Patient-säkerhet, Vad har gjorts? Vad behöver göras? Betänkande av patientsäkerhetsutredningen s. 183.

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Flera av dessa punkter regleras i särskilda paragrafer i patientlagen, se bl.a. om vårdens tillgänglighet i nästa avsnitt. Att patientlagen kan ses som en ingång i förhållande till hälso- och sjukvårdslagen tydliggörs i 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen som stadgar att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Bestämmelsen tydliggör ansvaret för både vårdgivare och huvudmännen för hälso- och sjukvård.

Sammantaget kan vi konstatera att god vård som norm innefattar många fundamentala dimensioner när det gäller anspråket på, och tillhandahållandet av, hälso- och sjukvård. Betraktat som kvalifikationsnorm är kärnan i normen dynamiken avseende evidens. Den vård patienten har rätt till ska utvecklas i takt med nya vetenskapliga rön och erfarenheter. Detta kan även förstås som att det kontinuerligt utvecklas mer preciserade normer för hur undersökningar ska genomföras, behandlingar utföras o.s.v. Hälso- och sjukvården måste vara organiserad för att kontinuerligt kunna tillhandahålla de senaste prövade vårdtjänsterna m.m. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste besitta en kompetens att kontinuerligt ta till sig vad som är i överensstämmelse med vetenskapen och erfarenhetsmässigt beprövat. Bestämmelsen av vad som utgör god vård kan också förstås mer vidsträckt, som i 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. I princip är det möjligt att betrakta patientlagens bestämmelser om information, samtycke, delaktighet m.fl. som inslag i vad som utgör god vård.³³⁴

10.3 Tillgänglighet

Patientlagens andra kapitel handlar om vårdens tillgänglighet. Kapitlet kan förenklat anses sätta scenen vad gäller patientens kompetens att agera och navigera inom hälso- och sjukvårdssystem, dvs. det första fokusområdet.

10.3.1 Rätt till lätt tillgänglig vård

I 2 kap. 1 § patientlagen stadgas att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. I 2 kap. 2 § patientlagen anges vidare att patienten snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd om det inte är uppenbart obehövt.³³⁵

³³⁴ Möjligen skulle man kunna eftersträva lite större tydlighet när det gäller samspelet mellan patientlagen, patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen. Detta gäller särskilt med beaktande av den bakomliggande ambitionen att patientlagen ska vara lättillgänglig, pedagogisk och översiktlig etc.

³³⁵ En medicinsk bedömning beskrivs i förarbeten som en kvalificerad bedömning av vårdbehovet och vårdinsatsen. En bedömning anses uppenbart obehövt om patienten exempelvis redan har fått symtomen bedömda vid upprepade tillfällen. Kravet på uppenbarhet gör dock att det ska röra sig om mycket klara fall. Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården s. 40 och 44.

"Tillgänglig vård" som kompetensnorm för patienten

Ett fundamentalt rättsanspråk för patienten är följaktligen att lätt kunna få tillgång till hälso- och sjukvård och snarast få en bedömning av hälsotillståndet. Bestämmelserna kan utifrån ett handlingssystemsperspektiv ses som en kompetensnorm, dvs. med patientrollen följer en kompetens att fritt uppsöka hälso- och sjukvården när denne anser sig behöva det. En yttersta gräns är vårdpersonalens bedömning av huruvida tillgodoseende av patientens önskan om medicinsk bedömning är uppenbart obehövligt. Detta kan vara fallet vid exempelvis mycket milda symptom där det inte föreligger behov av vård från vårdpersonal, om självläkning är tillräckligt eller om patienten vid upprepade tillfällen söker vård för samma symptom som tidigare har bedömts inte kräva vård.³³⁶

Kompetensen att själv uppsöka vård innebär dock inte att patienten fritt kan tillgå alla delar av vården. Patienten kan på egen hand söka sig direkt till primär- eller akutvården, men för att få tillgång till övrig sjukvård krävs en remiss, vilket är en instruktion om undersökning eller behandling som kan utgöra underlag för bedömning av patientens vårdbehov.³³⁷ Remissen utgör ett centralt verktyg i handlingssystemet kring tillgängliggörandet av vård för patienten, då tillgång till specialistvård kräver en remiss som därav är nyckeln som öppnar dörren till de olika vårdprocesserna för patienten. I de flesta fall är det vårdpersonalen som skriver remisser till den vård de bedömer att patienten behöver tillgå, men patient kan i många regioner även själv skriva en egen vårdbegäran, en s.k. egenremiss eller egenanmälan. Patienten beskriver då själv sitt vårdbehov, vilket sedan bedöms av vårdgivaren som avgör om behovet bör bereda tillgång till specialistvård och då ger patienten en kallelse till vården.³³⁸

"Tillgänglighet" som kompetensnorm och handlingsdirigerande norm för vårdgivare och huvudman

Det är framför allt på huvudmann- och vårdgivarnivå som hälso- och sjukvårdens tillgänglighet måste hanteras, dvs. patientens rätt till lätt tillgänglig vård baseras primärt på huvudmannens och vårdgivarens skyldighet att utveckla ett lättillgängligt hälso- och sjukvårdssystem. Det är därför inte heller någon tillfällighet att ansvaret för tillgänglighet utvecklas i hälso- och sjukvårdslagen. Att vården ska vara lätt tillgänglig för patienten regleras, som ovan sagts, även i 5 kap. 1 § p. 5 hälso- och sjukvårdslagen, där det anges som ett särskilt krav för god vård. I lagen föreskrivs vidare att patienten ska kunna söka vård var som helst i landet, men varje individ ska som utgångspunkt erbjudas en god vård i regionen de är bosatta eller stadigvarande vistas i, 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Alla individer som befinner sig i Sverige, oavsett var de är bosatta, ska dock få tillgång till vård vid omedelbart behov, exempelvis vid en olycka eller akut sjukdom, 8 kap. 4 §

³³⁶ a.a. s. 45.

³³⁷ En remiss definieras i 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. som en handling om patienten som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar.

³³⁸ 1177 Vårdguidens webbsida, Johansson, Remiss.

hälso- och sjukvårdslagen. För patienten innebär kravet på geografisk tillgänglighet att patienten som utgångspunkt inte ska behöva färdas för långt hemifrån för att få vård och patienten ska få vårdtransport om dennes hälsotillstånd kräver det för att kunna tillgå vården, 7 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen.³³⁹ Patienten ska också få tillgång till rehabilitering, hjälpmedel vid funktionsnedsättning och tolktjänst och tillgängligheten till detta ska beskrivas i en individuell plan som vården ska upprätta, 8 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen.³⁴⁰

10.3.2 Vårdgarantin

Centralt för patientens tillgång till hälso- och sjukvård är vårdgarantin, 2 kap. 3 § patientlagen och 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgarantin beskrivs som en försäkran från vården att patienten inom regionen ska få:

- kontakt med primärvården samma dag,
- få medicinsk bedömning av primärvården inom 3 dagar och
- få tillgång till specialistvård och fått påbörja planerad vård och behandling inom 90 dagar.³⁴¹

Om den vårdgivare patienten har sökt sig till inte kan uppfylla vårdgarantin ska patienten få hjälp att få vård hos annan vårdgivare och vård enligt sista punkten ska erbjudas utan extra kostnad för patienten, 2 kap. 4 § patientlagen och 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgarantin ger alltså patienten kompetens att uppsöka och få tillgång till vård hos annan vårdgivare inom regionen, men ger inte patienten rätt till vård hos den just den vårdgivare denne först sökte sig till. Detta är alltså ett rättsanspråk i förhållande till den regionala huvudmannen och inte den enskilda vårdgivaren. I praktiken innebär det att patienten kan komma att behöva resa för att få tillgång till vård.

Vårdgarantin ställer krav på omfattande utveckling av handlingsystem för att kunna realiseras i praktik. Att patienten inte kan få en garanterad kontinuitet i vårdtillgången kan ses som problematiskt. Utvärdering visar därtill att tillgängligheten för patienterna har försämrats trots vårdgarantin och andelen patienter som garanterats vård har sjunkit, samtidigt som patienterna upplever att informationen om vårdgarantin är bristande.³⁴²

339 Tillgänglighetsrekvisitet ska också förstås i relation till funktionstillstånd, sociala förhållanden och andra personberoende tillstånd. Tillgänglig vård kan således betyda olika åtgärder beroende på vad som är patientens behov.

340 Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag m.m. s. 57 och s. 117.

341 Vad vårdgarantin ska innehålla och vilken tidsperiod den ska gälla är upp till regeringen eller av den utsedd myndighet att avgöra, 9 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgarantin gäller för vård där en region är huvudman och alltså inte privat vård. Bestämmelsen uttrycks även i 9 kap. 1–2 §§ hälso- och sjukvårdslagen. Vårdköerna i olika regioner kan variera men är tillsammans med vårdgarantin föremål för omfattande samhällsdebatt på nationell nivå, just på grund av den påverkan systemet har på den enskilda patientens möjlighet att till god och säker vård på lika villkor. Socialstyrelsens webbsida, Vård i rimlig tid. Se även Socialstyrelsen, Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

342 Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag, s. 10 och s. 50.

10.3.3 Rätt till tillgänglig vård för patienter som inte är permanent bosatta i Sverige

Även personer som inte bor i Sverige, men som har s.k. vårdförmån i Sverige genom EU-förordningen om samordning av de sociala trygghetssystemen, 8 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen, kan göra anspråk på att få tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige. Detta innefattar personer som arbetar och studerar i Sverige utan att anses vara permanent boende här. Omfattningen på den vård som ska erbjudas varierar dock i grad, beroende på faktorer som boende- och medborgarstatus.³⁴³

Det finns även en rätt för asylsökanden och personer som vistas i Sverige utan tillstånd att tillgå vård, 8 kap. 10 § hälso- och sjukvårdslagen. Detta regleras genom två särskilda lagar, 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. Dessa lagar anger att asylsökanden och individer utan tillstånd att vistas i Sverige (s.k. papperslösa) har rätt att tillgå hälsoundersökning i den region de vistas eller har etablerat boende i, 2008:344 7§ och 2013:407 4 och 10§§, och rätt till vård som inte kan vänta (inklusive tandvård), mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning, 2008:344 6§ och 2013:407 7§. Vården som görs tillgänglig ska vara i samma omfattning som för personer bosatta i Sverige, 2008:344 5§ och 2013:407 6§. Barn som är asylsökanden eller papperslösa i Sverige har däremot samma tillgång till vården som barn som är bosatta i landet, alltså full hälso- och sjukvård.³⁴⁴ Alla som vistas i Sverige får också tillgång till vård vid omedelbart behov, exempelvis vid en olycka eller akut sjukdom, 8 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

Ett rimligt förhållningssätt är att alla som har någon form av relation till den svenska hälso- och sjukvården får anses vara kvalificerade som patienter, dvs. de har iklätt sig rollen som patient genom att söka tillgång till vård. Det är den kvalificerade kompetensen som patient som skiljer sig åt. När det gäller tillgången till hälso- och sjukvård som sådan föreligger följaktligen skillnad i kompetensen som patient, beroende på om du är permanent bosatt i Sverige, medborgare i annat EU-land, flykting etc. Frågan om jämlik vård behöver följaktligen förstås också utifrån ett större europeiskt och internationellt systembygge.

Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet kan vara svår att överblicka i ett komplext vårdssystem, särskilt om patienten har en sjukdom eller ett tillstånd som inte

343 Sveriges medlemskap i EU och den därav reglerade rätten till fri rörlighet för personer, varor, tjänster och kapital har även påverkan på patientens tillgång till vård inom EU. Fri rörlighet för patienter regleras genom det s.k. patientrörlighetsdirektivet som anger att patienter som är EU-medborgare har rätt att söka och få tillgång till hälso- och sjukvård i ett annat EU-land och få kostnader för denna vård ersatt av sitt hemland, under förutsättningen att vården även skulle ha bekostats i hemlandet, lag om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom europeiska ekonomiska samarbetsområdet, 5 §. Även vårdprodukter såsom läkemedel och hjälpmedel ingår i ersättningen, se 7 §. Om patienten är bosatt i Sverige är det Försäkringskassan som är kontaktpunkt för att tillgå vård i annat land och patienten kan också begära ett förhandsbesked från Försäkringskassan kring om vården kommer att ersättas men också ansöka om ersättning i efterhand, se 11 §. Om en EU-medborgare från ett annat land än Sverige vill tillgå vård i Sverige är det Socialstyrelsen som är nationell kontaktpunkt.

344 Se Prop. 2007/08:105 Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. s. 14 och s. 20. Se även Prop. 2012/13:109 Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd s. 1.

är vanligt förekommande och därmed svårare att jämföra. Patienten kan också vilja få tillgång till vård som tidigare inte har erbjudits av vårdgivaren eller som är obekant för vårdpersonalen, men som är tillgänglig i exempelvis en annan region. Möjligheten att få tillgång till sådan vård kan vara otydlig för patienten som många gånger har svårt att navigera hälso- och sjukvårdssystemet och veta vad hen kan ställa krav på.

10.4 Information

Patientlagens tredje kapitel innehåller bestämmelser om patientens rätt till information. Det säger sig självt att tillgång till information är avgörande för att patienten ska kunna göra gällande anspråk på hälso- och sjukvården överhuvudtaget.³⁴⁵

10.4.1 Rätt till information relaterad till det egna hälsotillståndet

Enligt 3 kap. 1 § patientlagen ska patienten 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.

I denna bestämmelse avgränsas information avseende diagnos, undersökning, behandling, rehabilitering etc. Punkterna i 3 kap. 1 § är enbart exemplifierande och inte uttömmande. Om patienten behöver information om något ytterligare är hälso- och sjukvården enligt lagens förarbeten skyldiga att tillgodose detta behov.³⁴⁶

”Tillgång till information” som kompetensnorm för patienten

Tillgång till information kan ses som central kompetensnorm kopplad till patientrollen – den informerade patienten. För patienten är tillgången till information och kunskap om det egna hälsotillståndet ofta en förutsättning för att kunna utveckla annan kompetens enligt patientlagen. Särskilt intressant är kunskapen om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, samt även de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning. Det är med utgångspunkt i denna information och kunskap som patienten ges kompetens att navigera i hälso- och sjukvården och ställa krav på olika åtgärder m.m. Information om metoder för behandling, hjälpmedel, eftervård m.m. är viktigt för att patienten ska kunna vara delaktig. Information i samtliga avseenden är avgörande för att patienten ska kunna samtycka, alternativt avstå från att samtycka, till olika vårdinsatser.

³⁴⁵ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 37.

³⁴⁶ a.a. s. 114.

"Informationsgivning" som kompetensnorm och handlingsdirigerande norm för hälso- och sjukvårdspersonalen

I 6 kap. 6 § patientssäkerhetslagen tydliggörs att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. patientlagen. Intressant är att man vad gäller informations-skyldigheten tagit bort tidigare bestämmelser och ersatt dem med en hänvisning till patientlagen. Det är också utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv tydligt att skyldigheten att tillhandahålla information till patienterna kan ses som en kompetensnorm i hälso- och sjukvårdens handlingssystem. Anställda förväntas ha mycket kunskap för att kunna tillhandahålla information.

"Kravet enligt punkt 2 får anses innefatta att även informera om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns i andra landsting eller utomlands, om dessa är i enlighet med internationell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt så pass vedertagna att det är rimligt att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till dem."³⁴⁷

I förarbetena till patientlagen tydliggörs vad som förväntas av hälso- och sjukvårdspersonalen i förhållande till också de andra punkterna. När det gäller skyldigheten enligt punkt fyra att informera om den förväntade tidpunkten för vård förklaras att det är information om när patienten faktiskt kan förväntas att få tillgång till vård och inte information om vårdgaranti m.m. Man förklarar vidare att med "det förväntade vård- och behandlingsförloppet" i punkt fem avses en beskrivning av vad patienten normalt sett kan förvänta sig. Man ska informera om de åtgärder som är aktuella och följderna av dem, samt även hur patienten kan antas må och fungera efter att ha fått vård. I förhållande till informationsskyldigheten avseende vad som utgör "väsentliga risker för komplikationer och biverkningar" i punkt sex förklarar man att det avser risker som inte är försumbara. Det föreligger enligt förarbetena inte någon skyldighet att informera om alla tänkbara risker och komplikationer som ett ingrepp kan leda till. Man konstaterar samtidigt att om en biverkan av en behandling är förhållandevis ovanlig men mycket allvarig, kan det ändå finnas en skyldighet att informera. Sammantaget konstaterar man att kravet på information måste i denna del stå i rimligt förhållande till den planerade behandlingen. Informationen bör enligt förarbetena ges så snart den är tillgänglig. Avser informationen eftervård bör den ges så snart som möjligt, men senast då patienten lämnar vårdinrättningen.³⁴⁸

Huvudmännens och vårdgivarnas informationssystem

För att patienten ska ha rätt till information i dessa avseenden förutsätts följaktligen att hälso- och sjukvården utvecklar sitt ansvarstagande avseende informationshantering. Patientens rätt till information måste korresponderas av skyldigheter vilka realiserar som handlingssystem. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste ha förmåga att tillhandahålla information, vilket förutsätter att vårdgivare och huvudmän har

³⁴⁷ a.a. s. II4.

³⁴⁸ a.a. s. II4.

utvecklat system för informationshantering i olika avseenden. Ett centralt system är det avseende patientjournaler. I patientjournalen ska uppgifter som krävs för en god vård finnas med, såsom ställd diagnos, planerade vårdåtgärder etc., se 3 kap. 2 § och 6 § patientdatalagen.

10.4.2 Rätt till information om möjliga rättsanspråk m.m.

I två ytterligare paragrafer stadgas att patienten ska få information om möjliga rättsanspråk i förhållande till hälso- och sjukvården. Enligt 3 kap. 2 § patientlagen ska patienten få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare.³⁴⁹ Patienten ska enligt rättsregeln också få information om regionens elektroniska system för listning hos utförare, och även om möjligheten att få välja och därtill få tillgång till en fast läkarkontakt. Vidare ska patienten få information om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt, samt information om vårdgarantin. Dessutom ska patienten få information om möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

Paragrafen tydliggör vikten av att patienten ska få information om sin rätt enligt patientlagen; åtminstone när det gäller tillgången till vård och det understöd man kan få. I förarbetena till patientlagen förklaras vidare att information enligt paragrafen enbart behöver lämnas när det är aktuellt i det enskilda fallet. ”Exempelvis är det inte relevant att informera om vårdgarantin om vården kan erbjudas direkt...”³⁵⁰ I sammanhanget kan man möjligen ifrågasätta varför inte skyldigheten att informera även avser andra rättsanspråk enligt patientlagen, som att ge samtycke och att kunna vara delaktig.

Intressant i detta avseende är den utökade informationsskyldighet i 3 kap. 2 a § patientlagen avseende patienter som får vården ersatt i enlighet med Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.³⁵¹ Detta är tillägg till patientlagen som införts efter att Europeiska kommissionen har riktat kritik mot Sverige när det gäller införlivande av sagda direktiv i svensk lagstiftning.³⁵² I 2 a § stadgas att dessa patienter ska få information om att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och att det finns ett register om anmälan av verksamhet som förs av IVO. De ska också få information om möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen eller från läkemedelsförsäkringen, samt om patientnämndernas verksamhet. Det är inte helt uppenbart varför informationsskyldigheten i dessa avseenden inte avser alla patienter. I propositionen intar man närmast en ursäktande inställning till att man nödgas tynga hälso- och sjukvården med en ytterligare börda:

349 Bestämmelsen omformulerades 2022 (lag 2022:272) i syfte att förtydliga och stärka patientens rättsanspråk, där bland annat rätten till information om fast läkarkontakt förtydligats och information om elektroniska system för listning har lagts till.

350 Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 115.

351 Paragrafen började gälla 1 juli 2016, lag (2016:658).

352 Se Prop. 2015/16:139 Patientrörlighet inom EES – vissa kompletterande förslag s. 1.

”Den föreslagna informationsskyldigheten innebär visserligen en ny skyldighet för vårdgivarna men skyldigheten torde ändå inte bli särskilt betungande eftersom informationen är av relativt grundläggande karaktär som legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården och tandvården förväntas känna till. Dessutom aktualiseras informationsskyldigheten bara i de fall då patienten avser att begära ersättning i enlighet med patientrörlighetsdirektivets bestämmelser.”³⁵³

Uttalandet kan tyckas rimma illa med den omfattande informationsskyldighet som föreligger enligt kapitlet i övrigt.

Sammantaget är det, med beaktande av de utmaningar som föreligger att få hälso- och sjukvården att ta till sig det fokus- och maktskifte som efterfrågas i Patientmaktsutredningen och den påföljande propositionen, något besynnerligt att man inte mer konsekvent föreskrivit att patientens rätt enligt patientlagen och även andra lagar omfattas av informationsskyldigheten.

10.4.3 Rätt till information i samband med utskrivning

Det senaste tillägget avseende patientens rätt till information i 3 kap. 2 b § patientlagen anger att en patient som skrivs ut från sluten vård ska få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden.³⁵⁴ Detta gäller om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården. I paragrafen föreskrivs vidare att i den utsträckning information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen.

Paragrafen tillfördes som ett resultat av lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, vilken trädde i kraft den 1 januari 2018. I 1 kap. 2 § denna lag föreskrivs att syftet är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården.³⁵⁵

I propositionen till lagen lyfter regeringen fram vikten av att ge begriplig och korrekt information i rätt tid. Detta är enligt regeringen nödvändigt för att stärka patientens ställning och möjlighet att vara delaktig i sin vård. I enlighet med patientlagens intentioner förklarar man vidare att patienten behöver information för att kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om hen vill acceptera den vård som erbjuds. Det är enligt regeringen viktigt att patienten får tillgång till information som undanröjer eller minskar ovisshet och möjliggör planering. Särskilt viktigt är också trygghetsaspekten.

”En aspekt av god hälso- och sjukvård som regeringen vill framhålla särskilt i detta ärende och för den målgrupp som den nya lagen omfattar – är trygghet. Att patienten får individuellt

³⁵³ a.a. s. 32–33.

³⁵⁴ Paragrafen införlivades genom lag (2019:964).

³⁵⁵ I propositionen sägs att syftet med den nya lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Prop. 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård s. 1.

anpassad information under förhållanden som ökar den enskildes förutsättningar att ta till sig informationen medför enligt regeringen att utskrivningssituationen kan komma att uppfattas som tryggare för patienten.³⁵⁶

Patientens kompetens som informerad patient är enligt uttalandet nära förknippad med att vara en trygg patient. Beträktat som handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvården blir det tydligt hur informationsgivning utgör ett väsentligt inslag vad gäller planering av insatser efter avslutad slutenvård och koordineringen av insatser från olika regionala och kommunala aktörer. Processer för inhämtning och förmedling är något som måste organiseras inom vårdgivare och omsorgsaktörer, såväl som inom samverkan mellan dessa.

10.4.4 Rätt till information vid biobanksprov

I 3 kap. 2 c § hänvisas till att det i biobankslagen finns bestämmelser om patientens rätt till information och samtycke vid insamlandet, bevarandet och användandet av prover i en biobank. I 4 kap. 7 § biobankslagen anges i sin tur att ytterligare samtycke enligt lagen inte krävs om patienten har informerats och samtyckt till vård eller behandling i enlighet med patientlagens bestämmelser och därtill fått information om bland annat avsikt och ändamål med provet.³⁵⁷ Bestämmelsen infördes 2023 för att spegla den då nya biobankslagen.³⁵⁸

10.4.5 Vårdnadshavares och närståendes rätt till information

I 3 kap. 3 § patientlagen föreskrivs att när patienten är ett barn så är det barnets vårdnadshavare som ska få information, se avsnitt 9.3.3. Detta betyder inte att barn inte har rätt till information, utan tvärtom så anses barn ha samma rätt till information som vuxna.³⁵⁹ Informationen ska dock anpassas till barnets ålder m.m. (se vidare i nästa avsnitt). Paragrafen tydliggör att vårdnadshavarna ska få information

³⁵⁶ a.a. s. 67.

³⁵⁷ "För själva provtagningen ska vidare de principer tillämpas om information och samtycke m.m. som gäller allmänt inom hälso- och sjukvården." Prop. 2021/22:257 En ny biobankslag s. 79. Det kan tilläggas att patienten i enlighet med biobankslagen har rätt till skadestånd från huvudmannen för biobanken om patientens biobanksprov hanteras i strid med lagens bestämmelser, se 8 kap. 2 § biobankslagen.

³⁵⁸ Se lag (2023:42). Se även Prop. 2021/22:257 En ny biobankslag s. 26: "Utredningen har föreslagit att en informationsbestämmelse ska införas i patientlagen om den information som ska ges om vården av en patient innefattar insamlande och bevarande av ett prov från patienten i en biobank enligt biobankslagen... En bestämmelse i den nya biobankslagen om den information en provgivare ska få inför att ett prov samlas in och bevaras i en biobank för dennes vård eller behandling säkerställer att provgivaren får insikt i vad vården innebär i den del den innefattar insamlande av ett prov... Utredningen har som anförts föreslagit att en motsvarande informationsbestämmelse ska införas i patientlagen. Genom bestämmelsen tydliggörs enligt utredningen att nämnda information ska ges till patienten i det fall ett prov samlas in till och bevaras i en biobank i vård- och behandlingssyfte. Flera remissinstanser välkomnar detta förtydligande i patientlagen. Regeringen konstaterar att det förhållandet att en materiell regel om information ska föras in i den nya biobankslagen, och tillämpas i dessa situationer, medför att en bestämmelse i patientlagen skulle utgöra en dubbelreglering. Då omfattande provinsamling kommer att ske med stöd av det samtycke som ska lämnas enligt patientlagen föreslås att det i denna lag inför en upplysning om den information som ska lämnas enligt den nya biobankslagen för det fall vården innefattar insamling och bevarande av prover i en biobank."

³⁵⁹ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 116.

så att de kan fullgöra sitt ansvar för barnets personliga förhållanden och att barnets behov av omvårdnad blir tillgodosett.³⁶⁰ I takt med att barnet blir äldre ska visserligen vårdnadshavaren ta allt större hänsyn till barnets önskemål och synpunkter.

Enligt 3 kap. 4 § patientlagen ska information, i den utsträckning det är möjligt, lämnas till närstående om den inte kan lämnas till patienten. I förarbetena tydliggörs att även om bestämmelsen enbart avser fall där information inte kan lämnas till patienten, kan det även i fall då patienten kan ta emot information vara lämpligt att informera närstående om patientens hälsotillstånd m.m.³⁶¹

I 3 kap. 5 § patientlagen anges dock att information inte får lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta, vilket enligt tillämpliga bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt, ska prövas enligt en s.k. skadeprövning, innan information lämnas ut.

10.4.6 Rätt till anpassad information och att avstå från information

När det gäller tillhandahållandet av information stadgas i 3 kap. 6 § patientlagen att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Enligt denna bestämmelse tydliggörs följaktligen att patientens rätt till information avser information anpassad för den specifika människans situation och behov. Detta är särskilt intressant utifrån ett personcentreringsperspektiv. I 3 kap. 6 § tydliggörs också rätten för patienten att avstå från att tillgå information om hen önskar, vilket förstärker hälso- och sjukvårdens skyldighet att ta hänsyn till och respektera den enskilda individens önskan.

För dem som har ansvar för systemet föreligger alltså en skyldighet att anpassa informationen och göra den tillgänglig för varje enskild individ. Att detta förutsätter en relativt omfattande förmåga av hälso- och sjukvårdspersonalen tydliggörs i patientlagens förarbeten.³⁶² När det gäller information till underåriga patienter konstateras som sagt i förarbetena att dessa har samma rätt till information som andra och att informationen emellertid bör anpassas till barnets ålder och mognad. Man konstaterar att det även kan finnas anledning att anpassa informationen då mottagaren är äldre. Intressant är resonemanget avseende att informationen ska 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.”³⁶³ Även personer som inte talar svenska har samma rätt till information, varför den även ska anpassas efter mottagarens språkliga bakgrund. Här tydliggörs att hälso- och sjukvården måste utveckla en ordning för anlitande av tolk. Som exempel på individuella förutsättningar som ska leda till att information anpassas anger förarbetena utbildningsbakgrund, könsidentitet, religion, kognitiva och andra funktionsnedsättningar.³⁶⁴

360 I förarbetena hänvisas till 6 kap. 1 och 2 §§ föräldrabalken. Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 116.

361 Gällande vem som är att anse som närstående, se ovan avsnitt 9.3.

362 Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 118.

363 a.a.

364 a.a.

Förväntningarna på hälso- och sjukvårdens kompetens tydliggörs ytterligare i 3 kap. 7 § patientlagen där det föreskrivs att den som ger informationen så långt som möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Vidare föreskrivs att informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om denne ber om det.

Sammantaget kan vi konstatera att patientlagens regler om tillgång till information ställer omfattande krav på utveckling av handlingssystem inom hälso- och sjukvård som organisation.

10.5 Samtycke

Ett av de mest centrala rättsanspråken avseende rollen som patient är rätten till samtycke. I patientlagen är det fjärde kapitlets paragrafer som behandlar patientens självbestämmande och rätt till att samtycka.

10.5.1 Rätt till att samtycka

I 4 kap. 1 § patientlagen anges att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Enligt motiven till denna bestämmelse, som tidigare hade sin motsvarighet i hälso- och sjukvårdslagen, är det viktigt att patienten själv bestämmer om vård överhuvudtaget ska ges och att patienterna är medvetna om att så är fallet.³⁶⁵ Samtidigt konstateras att patientens rätt till självbestämmande och integritet inte kan vara absolut, utan av flera skäl måste vara begränsad. ”Det är inte möjligt att låta patienten bestämma innehållet och omfattningen av vården. Sådana avgöranden måste alltid ankomma på sjukvårdshuvudmannen och den som har det medicinska ansvaret för vården.”³⁶⁶ I 2 § tydliggörs att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Det stadgas också att patienten ska få information enligt 3 kap. innan samtycke inhämtas. Vidare stadgas att patienten kan lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller ”genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden”. I paragrafens andra stycke förklaras att patienten när som helst får ta tillbaka sitt samtycke. Om patient avstår från viss vård eller behandling, ska hen enligt andra stycket få information om vilka konsekvenser detta kan medföra. Beträffande barn, där det är vårdnadshavare som ska lämna samtycke, anges i 3 § att man så långt möjligt ska kartlägga barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen. Det tydliggörs att man ska tillmäta barnets inställning betydelse i relation till barnets ålder och mognad.

I 4 § stadgas ett undantag till patientens rätt att samtycka. Patienten ska enligt 4 § 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.”

³⁶⁵ Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag m.m. s. 50.

³⁶⁶ a.a. s. 118.

"Samtycke" som kompetensnorm för patienten

Rätten att lämna samtycke är utan tvekan en av de mest centrala kompetensnormerna förknippade med patientrollen och den rättsliga status patienten har i förhållande till hälso- och sjukvården. Detta är en långtgående rätt och skyddar patienten från att annan, exempelvis vårdpersonal eller närstående, får ett oönskat inflytande över patienten och dennes kontroll över sin egen person och kropp.³⁶⁷ I regeringsformens andra kapitel om grundläggande fri- och rättigheter stadgas i 6 § att var och en är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. I propositionen till patientlagen konstaterar man att "med kroppsligt ingrepp avses, utöver våld mot människokroppen, även läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinering och blodprovstagning samt liknade företeelser som brukar betecknas med ordet kroppsbesiktning".³⁶⁸ Man konstaterar vidare att skyddet mot kroppsligt ingrepp endast får begränsas genom lag och så endast får göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle.³⁶⁹

Vad vi kan konstatera är att patienten har kompetens att själv avgöra när hen vill få tillgång till hälso- och sjukvård, vilken grundas på att patienten som utgångspunkt uppsöker vården själv. Detta är en viktig aspekt av patientens respekt och integritet, vilket också förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen där det i 5 kap. 1 § p. 3 föreskrivs att god vård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande. Det första samtycke patienten normalt ger är alltså iklädandet i rollen som patient överhuvudtaget, vilken sker genom att patienten själv har fattat det aktiva beslutet att söka vård. Patientlagens bestämmelser förtydligar patientens kompetens att själv avgöra när denne vill söka vård, då det föreskrivs att patienten snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd om inte detta är uppenbart obehövt, 2 kap. 2 §.

Patienten kan i enlighet med samtyckeskompetensen, trots ett vårdbehov, välja att avstå från att samtycka till hälso- och sjukvård. Det föreligger som sagt undantag till patientens kompetens att själv avgöra om hen behöver vård. Detta gäller om patienten inte är vid medvetande eller om det föreligger en annan orsak som inte gör det möjligt att inhämta patientens samtycke, patientlagen 4 kap. 4 §. Patienter ska då ges den vård som krävs för att avvärja allvarlig fara för patientens liv och hälsa. När patienten återfår förmågan att fatta tillräkneliga beslut så återfår patienten också sin samtyckeskompetens och kan då välja att samtycka eller neka till fortsatt vård.

Utifrån ett handlingssystemsperspektiv är det tydligt att patientens kompetens till samtycke är nära sammankopplad med rätten till information, då patienten behöver information för att kunna samtycka, alternativt avstå från att samtycka.³⁷⁰ Patienter ska få sådan information på ett hänsynsfullt sätt och med respekt för hens självbestämmande och integritet.³⁷¹ I kompetensen innefattas också att patienten ska få stöd och tillräckligt underlag av vårdpersonalen för att kunna

³⁶⁷ Se Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 57, samt s. 119.

³⁶⁸ a.a. s. 56.

³⁶⁹ a.a.

³⁷⁰ I propositionen sägs att ett samtycke eller nekande till samtycke är giltigt endast om patienten har fått den information som krävs för att kunna fatta ett informerat beslut. a.a. s. 57 och 119.

³⁷¹ a.a. s. 57.

utöva sitt självbestämmande och även förstå innebörden av sitt beslut.³⁷² För att patientens samtyckeskompetens ska realiseras som en rättslig ordning i hälso- och sjukvården förutsätts följaktligen en relativt omfattande utveckling av såväl hälso- och sjukvårdspersonalens individuell kompetens, som det organisatoriska möjliggörande av denna kompetens.

”Samtycke” som kompetensnorm och handlingsdirigerande norm för hälso- och sjukvårdspersonalen

Vad vi sammantaget kan konstatera är att patientens samtyckeskompetens är mycket långtgående och att patienten ytterst kan välja att neka livräddande och livsnödvändig vård. I propositionen konstateras att den omständigheten

”att en patient har rätt att tacka nej till hälso- och sjukvård eller ta tillbaka sitt samtycke till fortsatt vård kan i många fall väcka svåra etiska frågor. Det är viktigt att det för hälso- och sjukvårdspersonalens del finns möjlighet till ytterligare vägledning i form av exempelvis föreskrifter och allmänna råd.”³⁷³

Därför krävs ett systembygge som värnar patientens rätt att avstå från vård och som klarar att hantera svåra frågor och avvägningar kring när patienten ska anses tillräckelig att självständigt fatta ett sådant beslut. Detta kan försvåras av att sjukdom och skada kan ha stor, men också gradvis, påverkan på patienten. Det kan vara särskilt svårt för patienten att tillförlitligt uttrycka eller neka samtycke vid exempelvis chock eller demenssjukdom. Patienten kan därför på förhand vilja förmedla sin inställning och ge uttryck för sitt självbestämmande till närstående och vårdpersonal, vilket som utgångspunkt ska respekteras. Exempel på detta kan vara att patienten inte vill ha livsuppehållande behandling om dennes tillstånd förvärras, eller att patienten av religiösa skäl nekar till att få vård. I vilken utsträckning patienten kan förlita sig på att den uttryckta samtyckekompetens höras och respekteras i ett senare vårdskede kan dock vara oklart. Frågor som huruvida ett förändrat hälsotillstånd eller andra omständigheter kan påverka patientens önskemål i ett senare skede och leda till oklarheter kring patientens tillräcklighet, vilja och samtycke kan vara komplexa och svårhanterliga.

Vad vi kan konstatera är att det rimligen är en central kompetensnorm att hälso- och sjukvårdens personal har förmåga att inhämta samtycke, såväl som att avgöra när patienten inte har förutsättningar att ge sitt samtycke. Detta förutsätter i sin tur att hälso- och sjukvården utvecklar handlingsystem för inhämtande av samtycke.³⁷⁴ I propositionen till patientlagen förklaras:

³⁷² a.a. s. 76.

³⁷³ a.a. s. 56.

³⁷⁴ Det är förkommande att skilja mellan olika samtyckesförklaringar. En kategori av samtyckesförklaringar är det uttryckliga samtycket, vilket innehåller en klar samtyckesförklaring för avsett ändamål. Sedan har vi det presumtiva samtycket där en vårdtagare är medveten om aktuell åtgärd och de facto samtycker till åtgärden utan att uttryckligen ge uttryck för samtycke – samtycke presumeras. Det är också förekommande att särskilja det aktiva samtycket, vilket innefattar ett aktivt steg för att ge samtycke. Detta förekommer vid inhämtning av samtycke för behandling av personuppgifter.

”Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har fungerade rutiner för hur informationen ska lämnas, hur man försäkrar sig om att patienten har förstått informationen samt hur man därefter ber om patientens ställningstagande. Föreskrifter om bedömningen av huruvida ett lämnat eller vägrat samtycke ska anses giltigt, med hänsyn till exempelvis patientens psykiska tillstånd, bör utarbetas.”³⁷⁵

Det konstateras vidare att:

”I patientlagen ska det däremot förtydligas att en patient, om inte annat framgår av lag, kan lämna samtycke till vård skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden. Det innebär att ett samtycke till hälso- och sjukvård kan komma till uttryck genom patientens handlande, s.k. konkludent eller tyst samtycke. Patienten visar genom sitt agerande att han eller hon samtycker till en åtgärd, genom att exempelvis underlätta vid blodprovstagning.”³⁷⁶

I propositionen övervägde man, med hänvisning till Patientmaktsutredningen, i vilken utsträckning det skulle föreskrivas en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att aktivt dokumentera patientens samtycke.

”Utredningen har övervägt om det ska införas en skyldighet att i alla fall dokumentera patientens samtycke till hälso- och sjukvård i patientjournalen. Det kan förefalla självklart att så ska ske men det kan dock uppstå osäkerhet om vad som ska dokumenteras. Enligt utredningens mening är emellertid patientens rätt att neka till vård eller när som helst ta tillbaka ett samtycke centralt i sammanhanget... Utredningen anser därför att patientens nekande till att ta emot viss vård eller behandling alltid ska dokumenteras i patientjournalen och föreslår en bestämmelse om detta i patientdatalagen. Regeringen ställer sig bakom utredningens bedömning, men föreslår en annan språklig utformning av bestämmelsen.”³⁷⁷

I 3 kap. 6 § 6 p. patientdatalagen stadgas att det i patientjournalen ska införas en uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling. Man har följaktligen som utgångspunkt valt en lydelse där det är patientens beslut att avstå som ska journalföras och inte hälso- och sjukvårdens inhämtande av samtycke. Det finns dock vissa fåtalet undantag där det aktiva samtycket ska dokumenteras, exempelvis vid organdonation och etikprovning.³⁷⁸ Därtill följer det av Socialstyrelsens bindande föreskrifter en skyldighet för vårdgivaren att i förekommande fall säkerställa att samtycken och återkallade samtycken dokumenteras.³⁷⁹

375 I propositionen konstateras vidare att: ”Regeringen delar utredningens bedömning att föreskrifter om hur samtycke i praktiken ska inhämtas får vara att anse som verkställighetsföreskrifter. Regeringen återkommer i frågan huruvida sådana föreskrifter bör tas fram...” Prop. 2013/14:106 a.a. s. 57.

376 a.a.

377 a.a.

378 Lag om transplantation m.m., 6 §. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, 17 §. ”Behov av ett formaliserat samtycke kan även fortsättningsvis finnas för särskilt ingripande åtgärder vilket får regleras i speciallagstiftning.” Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 57.

379 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, 5 kap. 5 § p. 9. ”Det får anses lämpligt att hälso- och sjukvårdspersonal i patientjournalen dokumenterar patientens inställning till en vårdåtgärd även i andra fall än då det finns en skyldighet i lag, exempelvis om patienten skriftligt eller på annat sätt uttryckt ett samtycke. Av Socialstyrelsens föreskrifter... framgår för övrigt att vårdgivarens rutiner för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att patientjournalen innehåller uppgifter om lämnade samtycken och uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och behandling.” Prop. 2013/14:106 s. 57.

En i praktiken viktig aspekt av patientens samtyckeskompetens är att vården i stor utsträckning förutsätter att patienten ger samtycke och agerar utifrån den premissen tills patienten aktivt nekar ett samtycke. Detta kan komma till uttryck genom att det förutsätts att en patient som är i behov av vård vill ha vård, vilket på många sätt är rimligt då det är syftet med vårdssystemet och i linje med de flesta patienters önskan. Då tillgången till vård ses som en rätt för patienten och vården i grunden är organiserad utifrån att tillgodose den rätten, kan möjligen patientens nekande utmana systemet och upplevas som avvikande. Det kan vara utmanande för aktörerna i vårdssystem som ständigt arbetar för att öka tillgängligheten till vård för alla patienter, att möta individer som inte önskar få vård eller ens iklä sig rollen som patient överhuvudtaget.

Att vårdssystemet förutsätter patientens samtycke tills detta nekas är bidragande till att det kan upplevas som svårt för patienten som nekar samtycke att bli hörsammad och få sin vilja respekterad. En patient som hade nekat samtycke vid direkt fråga kan också uppfatta det som en kränkning av sin integritet att samtycke förutsätts eller förväntas. Det är samtidigt vedertaget att det finns individer som avstår från att söka, eller nekar, vård trots att vården hade kunnat vara till stor hjälp för dem.

Även när det gäller att ge vård utan samtycke krävs kompetens och handlingsdirigering. Här handlar det som sagt enbart om sådan vård som behövs för att avvärja en fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa. Det ska enligt propositionen bara vara fråga om ”sådan nödvändig vård som inte kan anstå tills en patient eventuellt själv kan ta ställning till åtgärden”.³⁸⁰ Man förtydligar vidare att det enbart avser situationer där det är frågan om att rädda patientens liv eller i övrigt för att undvika svåra konsekvenser för dennes hälsa. Det säger sig självt att detta är en bedömning som förutsätter omfattande kompetens. Dessutom så ska det stå klart att patienten saknar förutsättning att ge samtycke. Utöver medvetlöshet kan det enligt propositionen handla om situationer då en patients vilja på grund av medvetlöshet eller av annan orsak inte kan utredas, att patienten är ”okontaktbar på grund av chock, är på väg in i medvetlöshet eller är påverkad av exempelvis narkotiska preparat”.³⁸¹ Man konstaterar också att det ska vara fråga om ett akut tillstånd.³⁸²

10.5.2 Samtyckeskompetensens begränsning vid tvångsvårdsåtgärder

Det är som konstaterats möjligt att genom lag begränsa patientens kompetens att samtycka till hälso- och sjukvård. I Sverige kan en patient under vissa speciella omständigheter tvångsvårdas. Tvångsvård kan ges vid psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning, vid missbruk och om patienten är minderårig, i enlighet med

³⁸⁰ a.a. s. 120.

³⁸¹ a.a.

³⁸² ”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 således inte tillämpas för att t.ex. fortlöpande kunna bereda en person som är varaktigt beslutsförmågan 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.” a.a. s. 120–121.

lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Även när patienten bär, eller misstänks bära, på en smittsam sjukdom som är till fara för allmänheten kan patienten tvångsvårdas för att hindra smittspridning enligt bestämmelserna i smittskyddslagens kapitel 5.

Tvångsvårdsåtgärder som rör exempelvis psykisk ohälsa kan aktualiseras när en patient som lider av allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd samt personliga förhållanden i övrigt har ”ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller ”behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård)”, se 3 § 1 st. LPT. Vårdbehovet ska också bedömas utifrån patientens tillstånd och om denne därför utgör en fara för annans säkerhet, se 3 § 4 st. LPT.³⁸³ I sammanhanget ska nämnas att tvångsvårdssituationen uppkommer när en patient enligt ovan nekar samtycke till nödvändig vård, 3 § 2 st. LPT.

Vid sådana fall innebär det ytterst att patienten kan utsättas för åtgärder som är synnerligen hämmande för patientens självbestämmande och integritet, såsom att fysiskt kvarhållas på en vårdinrättning och inte få röra sig fritt eller lämna, 6 § LPT. Detta är följaktligen en av få undantag från rätten till att ge samtycke.³⁸⁴ När tvångsvården inte längre är nödvändigt för att värna patientens omedelbara säkerhet och hälsa ska den upphöra. Patienten återfår då således sin samtyckeskompetens och kan välja att frivilligt fortsätta vårdas eller neka ytterligare vård, 27 § LPT.

10.6 Delaktighet

Ett ytterligare grundläggande rättsanspråk för patienten är rätten till delaktighet, där patienten har en aktiv och involverad roll i sin vårdprocess. Redan under tidigt 1980-tal insåg man betydelsen av att patienten är delaktig och att detta kommer att kräva åtgärder på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.³⁸⁵ Detta till trots konstaterade Patientmaktsutredningen, som utfördes först 2013, att svensk hälso- och sjukvård har beskrivits som ett system som saknar förmåga att involvera patienten i dennes egna vård. I utredningen konstaterades att vården vid den tidpunkten inte kan betecknas som vare sig person- eller patientcentrerad.³⁸⁶ För utredningen stod

383 Här anges löpande bestämmelserna i lagen om psykiatrisk tvångsvård som exempel och motsvarande bestämmelser återfinns i övrig tvångsvårdslagstiftning.

384 Patientens egen inställning till vård ska dock så långt som möjligt respekteras och tvångsvården ska vara så skonsam och hänsynsfull som möjligt mot patienten och därtill enbart användas om ingen mindre gripande åtgärd är tillräcklig, 2 § LPT. För att patienten ska kunna tvångsvårdas krävs ett vårdintyg av en legitimerad läkare som undersökt patienten, 4 § LPT, men om behovet kvarstår efter fyra veckor så måste fortsatt tvångsvård beslutas av förvaltningsrätten, 7 § LPT.

385 Se Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag m.m. s. 50. Denna proposition låg till grund för införandet av en skyldighet att samråda i hälso- och sjukvårdslagen.

386 Se SOU 2013:2 Patientlagen s. 199. I detta sammanhang konstaterar också Patientmaktsutredningen att aktuell forskning har kunnat påvisa att patientcentrerad vård kan leda till både kostnadseffektivitet och en förbättrad vårdupplevelse. Utredningen hänvisar till GPCC Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet.

det klart att patientens rätt till delaktighet behöver utvecklas. I patientlagen delas patientens rätt till delaktighet in i två huvudkompetenser – dels rätten till samråd och dels rätten att utföra egenvård. I kapitel 5 patientlagen uppställs bestämmelser om rätt till samråd i 1 § och om rätt att själv utföra vård- och behandlingsåtgärder i 2 §. Dessutom finns en bestämmelse om närståendes rätt till delaktighet i 3 §.

10.6.1 Rätt till samråd

I 5 kap. 1 § patientlagen föreskrivs att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Denna bestämmelse utgör grunden till patientens kompetens till delaktighet. Motsvarande bestämmelse finns också uttryckt som en tydlig skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen i 6 kap. 1 § 3 p. patientsäkerhetslagen.

”Samråd” som kompetensnorm för patienten

Enligt en kommentar till patientlagen handlar ”samråd” om att patienten måste få vara med att såväl utforma, som att genomföra, vården. ”Det handlar om att tillsammans med patienten utforma en så individuellt utformad vård som möjligt för att uppnå ett optimalt vårdresultat och en patient som sätter värde på vården.”³⁸⁷ Patienten bör följaktligen ha kompetensen att samråda när behovet av hälso- och sjukvårdsinsatsen utvärderas, när insatsen planeras och när den genomförs. I propositionen konstateras vidare att graden av aktiv delaktighet kommer att variera från person till person, utifrån vad hen önskar eller förmår. Patienten ska kunna välja hur delaktig hen vill vara. Det ska alltid vara möjligt att avstå från rätten till samråd och att överlämna beslutsfattandet till den som är medicinskt ansvarig. Det konstateras i propositionen att patienter som gör detta val ska mötas med lika stor respekt som patienter som aktivt vill medverka i vården.³⁸⁸ I propositionen tydliggörs i sammanhanget att patienten aldrig själv kan bestämma vilken vård som ska ges. Patientens rätt till samråd får enligt propositionen aldrig innebära att man eftersätter kraven på att vård ska ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I en kommentar till patientlagen har det dragits slutsatsen att den omständigheten att vården ska baseras på samråd innebär att hälso- och sjukvårdspersonal kan ställa krav på patienten.³⁸⁹ Personalen ska kunna ställa krav på att patienten följer krav på förberedelser inför undersökningar, instruktioner i recept och andra ordinationer. Patientens delaktighet innebär enligt detta konstaterande att patienten också måste ha kompetens att svara upp på hälso- och sjukvårdens förväntningar, dels utifrån sin egen önskan om delaktighet och dels utifrån en allmän skyldighet att kunna följa instruktioner väsentliga för den specifika vårdinsatsen.

³⁸⁷ Johnsson, Patientlagen – en kommentar s. 136.

³⁸⁸ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 72.

³⁸⁹ Jfr Johnsson, Patientlagen – en kommentar s. 137.

”Samråd” som kompetensnorm och handlingsdirigerande norm för personal och vårdgivare

Som kompetensnorm för hälso- och sjukvårdspersonalen innebär förmågan till samråd att man kontinuerligt försöker uppnå ett samförstånd med patienten. Denna förmåga får anses var nära integrerad med förmågan att säkerställa att patienten är välinformerad om sitt hälsotillstånd och de olika behandlingsalternativ som kan stå till buds. Detta ska enligt propositionen ske utifrån patientens livssituation och personliga förhållanden.³⁹⁰ Ytterst handlar det enligt propositionen om att ha förmåga att individanpassa värderbjudandet. Häri ligger också insikten att det som fungerar för en patient inte alltid är den optimala lösningen för andra patienter. I propositionen konstateras vidare att graden av aktiv delaktighet kommer att variera från person till person, utifrån vad han eller hon önskar eller förmår. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har förmågan att vara lyhörd när det gäller vilken information och vilket inflytande patienten önskar. Patienten måste alltid ha möjlighet att överlämna beslutsfattandet till den som är medicinskt ansvarig. Patienter som gör detta val måste mötas med lika stor respekt som patienter som aktivt vill medverka i vården.³⁹¹ För hälso- och sjukvårdspersonalen betyder detta sammantaget att man behöver besitta den professionella förmågan att aldrig kompromissa med vad som krävs för att en insats ska ske i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, samtidigt som patienten ges ett individanpassat utrymme till samråd och delaktighet utifrån dennes önsknings och behov.

10.6.2 Rätt att själv utföra vård- och behandlingsåtgärder

Av 5 kap. 2 § patientlagen följer att en patient kan ställa anspråk på medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder. I paragrafen konstateras att man ska ta utgångspunkt i patientens önskemål och individuella förutsättningar. Bestämmelsen kompletteras med lagen om egenvård.³⁹² Lagen definierar i 2–4 §§ egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd (en åtgärd för att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar eller skador) som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad eller särskilt

390 Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 72.

391 a.a.

392 Lagen trädde i kraft 1 januari 2023 och ersatte då Socialstyrelsens tidigare utfärdade föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Socialstyrelsen förklarar att ”Ikraftträdandet av lagen (2022:1250) om egenvård har medfört att delar av regleringen i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård i stället regleras i lag. De bestämmelser i föreskriften som inte omfattas av den nya lagen har under åren sedan föreskriften infördes kommit till uttryck i andra författningar på hälso- och sjukvårdens område. Den nuvarande regleringen av patientsäkerhet, patientdelaktighet, samordning och planering är omfattande. Socialstyrelsen har därför bedömt att det inte främst är fler regler inom området som behövs, utan mer kunskap om gällande regelverk som är relevanta för området egenvård. Mot den bakgrunden har Socialstyrelsen beslutat att upphäva SOSFS 2009:6... Bakgrunden till beslutet att reglera egenvård i lag är bl.a. att regeringen i en proposition år 2019 konstaterade att det fanns en gränsdragningsproblematik och oklarheter kring begreppen hälso- och sjukvård och egenvård.”, Socialstyrelsens meddelandeblad Ändrade regler vid egenvård Nr 1/2023. Se även Prop. 2021/22:244 Stärkt rätt till personlig assistans vid behov av egenvård.

förordnad) har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan.³⁹³ Själva bedömningen av huruvida en åtgärd kan utföras som egenvård anses vara hälso- och sjukvård som faller in under hälso- och sjukvårdslagen, men egenvården i sig omfattas enligt 5 § inte av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen.³⁹⁴ Egenvården faller dock in under bestämmelserna i patientsäkerhetslagen.

”Egenvård” som kompetensnorm för patienten

Patienten ska som utgångspunkt ha uttryckt önskan om att vara delaktig i sin egen vård och behandling och därtill ha individuella förutsättningar för detta, 5 kap. 2 § patientlagen. I propositionen konstateras att patienter redan medverkar 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.”³⁹⁵ Patienten ska enligt bestämmelsen kunna ställa anspråk på att kunna utföra egenvård utifrån sina individuella förutsättningar, vilket också måste motsvaras av patientens förmåga att på ett säkert sätt utföra egenvården.

Utifrån ett kompetensnormsperspektiv är det fullt möjligt att hävda att utgångspunkten, när det gäller mindre allvarliga sjukdomar och skador, är att patienten förväntas att hantera dessa genom egenvård.³⁹⁶ Mycket av sjukdomsupplysning m.m. handlar också om att möjliggöra för patienter att genomföra egenvård i dessa sammanhang.

”Egenvård” som kompetensnorm och handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvårdspersonalen

När det gäller hälso- och sjukvårdspersonalens ansvarstagande pekar man i propositionen på vikten av Socialstyrelsens tidigare föreskrifter om egenvård och bestämmelserna som nu i stället återfinns i 1–2 §§ lagen om egenvård.³⁹⁷ I bestämmelserna tydliggörs att lagen ska tillämpas då hälso- och sjukvårdspersonal bedömer om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Intressant är hur man valt att definiera vad som utgör egenvård. I 2 § stadgas att egenvård är en sådan vårdåtgärd som hälso- och sjukvårdspersonalen bedömt ska kunna utföras av patienten själv. Det säger sig självt att definitioner som dessa har föga betydelse som kvalifikationsnormer.

393 Enligt 6 § lagen om egenvård, vilket även speglas i den enda bestämmelsen i förordningen (2022:1256) om egenvård, kan myndighet meddela föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen gällande egenvårdsbedömningen. Sådana föreskrifter har dock under lagens första år inte meddelats.

394 Socialstyrelsen har också år 2017 redovisat en kartläggning av hur hälso- och sjukvården arbetar med egenvårdsinsatser, se Socialstyrelsen, Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? – En kartläggning. En intressant reflektion i rapporten är att de dåvarande föreskrifterna inte berörde ansvaret att använda medicinteknik vid egenvård.

395 Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 121.

396 Ett exempel på forskning som uppmärksammat denna åtminstone praktiska utgångspunkt är Hedvall, The process of self-care decision making s. 110–20.

397 Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 73.

I lagen kopplar man ansvaret för egenvårdsbedömningen till de kompetensnormer som föreligger för legitimerad eller särskilt förordnad vårdpersonal, då 4 § definierar hälso- och sjukvårdspersonal som den som har legitimation eller ett motsvarande särskilt förordnande. Sedan lagens införande finns inga särskilda bestämmelser om hur bedömningen ska göras och vad den bedömningen närmre ska innehålla, utan detta ska anpassas utifrån varje enskilt fall.³⁹⁸ Vårdpersonalen ska i stället utföra bedömningarna i enlighet med övrigt gällande lagstiftning, såsom hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen, vilket innebär att de sedvanligt ska ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, vara sakkunniga och omsorgsfulla och upprätthålla patientsäkerheten.³⁹⁹ Särskilt betonas vikten av ansvaret i enlighet med patientsäkerhetslagen att se till att patienten inte riskerar att skadas vid egenvården.

Gällande skyldigheter att samråda med patienten och dennes närstående vid bedömningen följer även detta sedan upphävandet av föreskriften av bestämmelserna i övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning gällande patientens rätt till delaktighet, information, samtycke, osv.⁴⁰⁰

”Egenvård” som kompetensnorm och handlingsdirigerande norm för vårdgivare och huvudmäns

I förarbeten till lagen om egenvård framgår att vårdgivares och huvudmäns övergripande ansvar gällande egenvårdsbedömningen framgår av övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning, såsom hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen.⁴⁰¹ Gällande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet följer ansvaret genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

10.6.3 Närståendes rätt till delaktighet

Av 5 kap. 3 § patientlagen följer att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården. En förutsättning är att det bedöms som lämpligt och att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta. I propositionen förklaras:

”Närstående har en viktig roll att fylla i vården, inte minst i den kommunala hälso- och sjukvården. Närstående kan många gånger besitta viktig kunskap om en enskild patients förutsättningar och behov, kunskap som bör vara av värde för hälso- och sjukvårdspersonalen. Informationen kan i det aktuella fallet bidra till att t.ex. förebygga olycksfall och ett förlängt sjukhusbesök.”⁴⁰²

398 Se Socialstyrelsens meddelandeblad Ändrade regler vid egenvård Nr 1/2023.

399 a.a.

400 Andra föreskrifter som lyfts fram av Socialstyrelsen som relevanta när det gäller egenvård är: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (se 4 kap. 2 §), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

401 Se Socialstyrelsens meddelandeblad Ändrade regler vid egenvård Nr 1/2023.

402 Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 73.

I propositionen tydliggörs att närståendes delaktighet förutsätter att patienten inte motsätter sig det och att den närstående uttrycker någon form av egen önskan om att få vara delaktig eller medverka.⁴⁰³ Vidare tydliggörs att vid bedömningen av om det är lämpligt att närstående medverkar måste det ingå att utvärdera om den närstående har praktiska förutsättningar för detta.⁴⁰⁴

10.7 Fast vårdkontakt och individuell planering

Patienten har vidare rätt att få en fast vårdkontakt och en individuell plan för sin vård, vilket regleras i patientlagens kapitel 6. Dessa bestämmelser ska förstås utifrån hälso- och sjukvårdens skyldighet att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, se 6 kap. 1 § 1 st. Bestämmelserna ska vidare förstås utifrån skyldigheten att samordna olika insatser för patienten på ett ändamålsenligt sätt, se 6 kap. 1 § 2 st.

10.7.1 Rätt till fast vårdkontakt

Hälso- och sjukvården är, enligt 6 kap. 2 §, skyldig att utse en fast vårdkontakt så fort en patient begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Syftet med bestämmelsen är, enligt propositionen, framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet.⁴⁰⁵

År 2010 infördes denna bestämmelse i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen.⁴⁰⁶ Som argument för att bestämmelsen behövs konstaterades i förarbetena bl.a.:

”I vårdprocesser där flera kompetenser, vårdnivåer, vårdgivare och både kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård är inblandad kan patientens ställning bli svag på grund av att patienten förväntas ta för stort samordningsansvar. Särskilt i samband med överflyttning från sjukhus till vård i hemmet eller under rehabilitering kan den enskilde få ett samordningsansvar som egentligen är hälso- och sjukvårdens skyldighet.”⁴⁰⁷

Socialstyrelsen genomförde på regeringens uppdrag en utvärdering av bestämmelsen vilken presenterades 2012. Man konstaterade att fast vårdkontakt för patienter endast i begränsad utsträckning hade implementerats, vilket bl.a. tog sig uttryck i att rutiner i stor utsträckning saknas och att kunskapen om bestämmelsen var låg.⁴⁰⁸

⁴⁰³ a.a.

⁴⁰⁴ a.a.

⁴⁰⁵ a.a. s. 99.

⁴⁰⁶ Bestämmelsen fanns i 29 a § i hälso- och sjukvårdslag (1982:73) och infördes genom lag (2010:243).

⁴⁰⁷ Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning s. 60.

⁴⁰⁸ Socialstyrelsen redovisade en enkät enligt följande: 1) Endast 14 procent av kommunerna, 20 procent av vårdcentralerna och 20 procent av landstingen har tagit fram rutiner för hur en fast vårdkontakt ska arbeta. 2) Knappt 60 procent av landstingen har informerat sin personal om lagändringen. 3) Knappt 50 procent av landstingen har på något sätt informerat allmänheten om rätt till fast vårdkontakt. 4) Endast ett landsting har information om fast vårdkontakt på sin webbplats. 5) En minoritet av landstingen har information om fast vårdkontakt på landstingens informationswebbplats 1177. Se Socialstyrelsens meddelandeblad nr 9/2012.

I propositionen uttrycker man att förhoppningen är att genom att införa en bestämmelse i patientlagen så ska den börja tillämpas i större utsträckning i hälso- och sjukvården och att på så vis fler patienter får tillgång till en fast vårdkontakt.⁴⁰⁹

Rätten till fast vårdkontakt som kompetensnorm för patienter

Det är inte uppenbart att en rätt till en fast vårdkontakt ska förstås som kompetensnormer i handlingssystem. Detta bör dock ske utifrån två perspektiv. Först handlar det om patientens kompetens att inom ramen för hälso- och sjukvården som ordning påkalla och vara delaktig i utseendet av den fasta vårdkontakten. Minst lika intressant är sedan hur ordningen för samspelet mellan patienten och den fasta vårdkontakten stärker patientens ställning och kompetens vad gäller att navigera inom hälso- och sjukvården.

Utifrån vad som sägs i förarbetena till bestämmelsen har patienten alltid rätt att ställa anspråk på en fast vårdkontakt. Man konstaterar att vårdkontakten alltid ska utses ”på patientens begäran, oavsett om det anses behövt eller inte”.⁴¹⁰ I propositionen konstateras vidare att när en fast vårdkontakt utses ska patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses så långt det är möjligt.⁴¹¹ Patienten ska dessutom vara delaktig i processen. Beroende på patientens behov kan den fasta vårdkontakten vara någon av vårdpersonalen (exempelvis en läkare eller sjuksköterska) eller av den administrativa personalen. För vissa patienter som har kontakter med flera olika delar av kommunal och regional hälso- och sjukvård kan det enligt propositionen dessutom vara aktuellt att ha fler än en fast vårdkontakt.⁴¹²

Som kompetensnorm kan bestämmelsen anses stärka patientens kompetens att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet. Bestämmelsen både avlastar och stärker patientens kompetens att samordna sitt behov av hälso- och sjukvård.

”En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, 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.”⁴¹³

Regeln om fast vårdkontakt kan följaktligen ses som ett ytterligare moment vad gäller patientens rätt till information. Patientens rätt att samråda och även samtycka har också betydelse när det gäller vad den fasta vårdkontakten kan göra.⁴¹⁴

⁴⁰⁹ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 100.

⁴¹⁰ a.a. s. 99.

⁴¹¹ a.a. s. 99–100

⁴¹² a.a.

⁴¹³ Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning s. 62.

⁴¹⁴ Jfr a.a.

Rätten till fast vårdkontakt som kompetensnorm och handlingsdirigerande normer för vårdgivare och huvudmän

Det är verksamhetschefen som, enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen, ska utse en fast vårdkontakt i enlighet med patientlagens bestämmelse. Detta ska alltså ske när en patient begär det eller om verksamhetschefen bedömer att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. I förarbetena uttalas i detta sammanhang:

”Regeringen föreslår i denna proposition att det tydliggörs i lagstiftningen att det också är verksamhetschefens ansvar att se till att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Syftet med regeringens förslag är att ge verksamhetscheferna ett större ansvar för samordning av patienternas hela vårdssituation. Genom den föreslagna bestämmelsen tydliggörs ansvaret för att tillgodose patientens behov på en mer övergripande verksamhetsnivå. Det skapar bättre förutsättningar att samordna vården även utanför den enskilde läkarens specialitet och anpassa samordning och information efter behov hos den enskilde patienten.”⁴¹⁵

Socialstyrelsen utfärdade år 2017 en nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.⁴¹⁶ Syftet var att ta fram en vägledning om arbetssätt och organisering för funktionen fast vårdkontakt.⁴¹⁷ Härigenom var ambitionen att bidra till det övergripande syftet att patienter i större utsträckning än tidigare erbjuds en fast vårdkontakt.⁴¹⁸ Vägledningen riktar sig till bl.a. vårdgivare, verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal.⁴¹⁹ I vägledningen konstaterar man att en fast vårdkontakt kan behöva utses och finnas inom alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård, dvs. regional slutenvård och öppen vård, samt även kommunal hälso- och sjukvård.⁴²⁰ Man konstaterar vidare att det inte är reglerat vem eller vilken yrkeskategori som ska utses till fast vårdkontakt. Det bör enligt vägledningen göras en bedömning av vem som är mest lämpad att utgöra en patients fasta vårdkontakt, baserad på vilken personal som har bäst förutsättningar att tillgodose patientens behov.⁴²¹ För patienter med livshotande tillstånd ska det enligt särskilda föreskrifter vara en legitimerad läkare som utses till fast vårdkontakt.⁴²² I vägledningen konstaterar man vidare att en person kan vara fast vårdkontakt för flera personer och antalet kan bestämmas löpande i dialog med verksamhetschefen.⁴²³

En uttrycklig ambition med vägledningen är att den ska stimulera huvudmännens och vårdgivarnas utveckling och tillämpning av rutiner. I vägledningen

⁴¹⁵ a.a.

⁴¹⁶ Socialstyrelsen, Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning.

⁴¹⁷ Det är också förkommande med bestämmelser om fast vårdkontakt i riktlinjer avseende specifika vårdinsatser. Se Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling, 3–7 §§.

⁴¹⁸ Socialstyrelsen, Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning s. 9.

⁴¹⁹ a.a. s. 2.

⁴²⁰ a.a. s. 11–12.

⁴²¹ a.a. s. 13.

⁴²² 2 kap. 3 §. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

⁴²³ Socialstyrelsen, Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning s. 13.

lyfter man även fram vårdgivarens roll att tillse att fasta vårdkontakter i högre utsträckning kan erbjudas. Man lyfter vikten av att vårdgivare avsätter tillräckligt med arbetstid för hälso- och sjukvårdspersonalens uppgifter, att det föreligger arbetsvillkor som främjar låg personalomsättning och kontinuitet, samt att det finns användbara IT-system.⁴²⁴

Rätten till fast vårdkontakt som kompetensnorm och handlingsdirigerande normer för utsedda vårdkontakter

Med utgångspunkt i vad som sägs i förarbeten har man i vägledningen preciserat ett antal centrala uppgifter för den fasta vårdkontakten.⁴²⁵ En fast vårdkontakt ska ha förmåga att samordna vårdens olika insatser. Förmåga att samordna kan enligt vägledningen inkludera uppföljning av planerad vård, samt omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. Vidare ska en fast vårdkontakt ha förmåga att informera om vårdsituationen i enlighet med patientlagens bestämmelser. Denne ska också ha förmåga att vara patientens kontaktperson och kunna förmedla kontakter med olika relevanta aktörer inom omsorg och hälso- och sjukvård. I förarbetena konstaterades i detta sammanhang vikten av att vårdkontakten i sitt arbete hanterar patientens rätt att samtycka.⁴²⁶

10.7.2 Rätt till fast läkarkontakt

Patienten ska enligt 6 kap. 3 § patientlagen få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. I propositionen konstateras i motiven att ”(f)ör 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.”⁴²⁷ Man konstaterar i detta sammanhang att det föreligger en skyldighet att organisera primärvården så att invånarna får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Denna skyldighet kommer till uttryck i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen. Varje region ska enligt bestämmelsen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (s.k. vårdvalssystem).

I propositionen anges vidare att ”den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som dennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas.”⁴²⁸ Det föreligger enligt propositionen ett ansvar att vägleda patienten vad gäller kontakter med övrig hälso- och sjukvård och om behov föreligger samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.⁴²⁹

⁴²⁴ a.a. s. 24.

⁴²⁵ a.a. 4.

⁴²⁶ Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning s. 62.

⁴²⁷ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 100.

⁴²⁸ a.a.

⁴²⁹ a.a.

10.7.3 Rätt till individuell planering

I 6 kap. 4 § patientlagen stadgas att för en patient som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas. En förutsättning för att en vårdplan ska upprättas är dock att kriterierna i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen är uppfyllda.⁴³⁰ Bestämmelsen speglas i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen för kommunen och anger att planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att patienten ska få sina behov tillgodosedda och om denne samtycker till det. Vidare stadgas att planen när det är möjligt ska upprättas tillsammans med patienten. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och patienten inte motsätter sig det.

När det gäller innehållet i planen anges i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen att det ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, samt vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

10.8 Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel

Ett rättsanspråk för patienten i själva vårdinsatsen är att få välja behandlingsalternativ och hjälpmedel i enlighet med patientlagens kapitel 7.⁴³¹

10.8.1 Rätt att välja behandlingsalternativ

När det finns flera behandlingsalternativ ska patienten få möjlighet att välja det alternativ hen föredrar, så länge det är i linje med vetenskap och beprövad erfarenhet, 7 kap. 1 §.⁴³² En förutsättning för att patienten ska få välja behandlingsalternativ är att det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan, och till kostnaderna för behandlingen, framstår som befogat. I 7 kap. 1 § 2 stycket uppställs vissa begränsningar avseende hälso- och sjukvård som har kommunen som huvudman.⁴³³ Patienten kan inte välja behandlingsalternativ som tillhandahålls utanför den egna kommunen, om den egna kommunen kan erbjuda en behandling som är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Som motiv till bestämmelsen angavs i propositionen:

⁴³⁰ Vissa bestämmelser återfinns även i 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 §, kring insatser för rehabilitering och hjälpmedel vid funktionsnedsättning. Bestämmelsen anger att kommunen och landstinget gemensamt ska upprätta planen och i förarbeten förtydligas att så ska ske om någon av dem anser att behov finns. Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 99.

⁴³¹ 1 kap. 9 § patientlagen förtydligar att bestämmelser om habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för vardagstolkning finns i 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen.

⁴³² Valmöjligheten gäller både vid sluten vård och öppen vård. Prop. 2013/14:160 Patientlag s. 76.

⁴³³ I det andra stycket stadgas att det avser kommunalvård enligt 12 kap. 1 eller 2 § eller 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

”Som en följd av den snabba medicinska utvecklingen, t.ex. har antalet behandlingsalternativ blivit fler, har kraven på information och patientens delaktighet i det kliniska beslutsfattandet ökat. Många behandlingsbeslut föregås dessutom av en vägning av måttliga förbättringar i välbefinnande mot små men inte obetydliga risker för patienten. Hänsyn måste också tas till att patienter ofta gör vitt skilda bedömningar av riskerna och nyttan med olika behandlingsalternativ. Vidare syftar en allt större del av vårdinsatserna till att förbättra patienternas livskvalitet. Bedömning av livskvalitet varierar också mellan individer. I dessa frågor är patienten expert och rimligen i de flesta fall bäst skickad att bedöma effekterna av de behandlingsalternativ som finns om patienten får tillgång till information. En ökad andel av sjukvården sker dessutom i hemmet, vilket bl.a. förutsätter en ökad andel egenvård och insatser från anhöriga.”⁴³⁴

Vilket alternativ patienten föredrar kan variera stort och påverkas av den enskilda individens bedömning av nytta och risk med varje alternativ, utifrån individens förutsättningar och uppfattning.⁴³⁵ Patienten ska därför få stöd och vägledning av vårdpersonalen för att kunna fatta ett informerat beslut.⁴³⁶

Rätten att välja behandlingsalternativ som kompetensnorm för patienter

Även avseende detta lagrum betyder patientens kompetens att denne har förutsättningar att styra i vilken utsträckning hen vill vara delaktig. Kompetensen avser just behandling, dvs. inte vilka undersökningar m.m. som ska göras.⁴³⁷ Av bestämmelsen följer att patientens kompetens att välja föreligger då det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Rätten att välja behandlingsalternativ som kompetensnorm och handllingsdirigerande normer för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har följaktligen ansvar att säkerställa att patienten har tillräckligt underlag för att vara delaktig i beslutet avseende behandlingsalternativ. Intressant i sammanhanget är hur detta ansvar tydliggörs i hälso- och sjukvårdslagen respektive patientsäkerhetslagen. I 10 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att regionen ska ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 7 kap. 1 § patientlagen. Motsvarande bestämmelse finns för kommunerna i 13 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.⁴³⁸ Det är således hälso- och sjukvårdens huvudman som har huvudansvaret för att möjliggöra för patienten att välja behandlingsalternativ. När det gäller hälso- och sjukvårdspersonalen och vårdgivaren tydliggörs i 6 kap. 7 § 1 st. patientsäkerhetslagen att det är den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient som ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ. Deras ansvar är således att medverka till att patienten kan välja alternativ.⁴³⁹

⁴³⁴ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 75.

⁴³⁵ a.a.

⁴³⁶ a.a. s. 76–77.

⁴³⁷ Jfr Johnsson, Patientlagen – en kommentar s. 149.

⁴³⁸ Ansvaret för kommunen, enligt 13 kap. 1 §, är att ge den enskilde möjlighet att välja behandlingsalternativ inom sådan hälso- och sjukvård som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap.

⁴³⁹ Jfr Johnsson som konstaterar att detta är ett beslut för ansvarig region eller kommun, men att det i praktiken är vårdansvarig läkare som får bestämma. Johnsson, Patientlagen – en kommentar s. 149.

Hälso- och sjukvårdens företrädare ska alltså ha kompetens att ta ställning till och även förklara för patienten om det föreligger möjliga behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. För att patienten ska erbjudas det valda alternativet ska företrädaren göra bedömningen huruvida det är befogat. Enligt propositionen ska den bedömningen baseras på en avvägning av kostnaderna för behandlingen respektive den nytta patienten av behandlingen.⁴⁴⁰ Patienten ska erbjudas den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan, och till kostnaderna för behandlingen, framstår som befogat. Om det valda alternativet är dyrare ska detta följaktligen motiveras med en ökad nytta. Med hänvisning till tidigare förarbeten konstaterar man i propositionen att man ska tillmäta betydelse till patientens egen upplevelse av nytta: ”Begreppet nytta ses här från individens utgångspunkt och innefattar såväl hälsa som livskvalitet.”⁴⁴¹ För att motivera en ökad kostnad får inte den förväntade nyttan vara ringa eller försumbar i förhållande till de merkostnader ett visst behandlingsalternativ kan medföra.⁴⁴²

10.8.2 Rätt att välja hjälpmedel

Patienter med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att välja det hjälpmedel som de föredrar enligt 7 kap. 2 § patientlagen.⁴⁴³ Även avseende val av hjälpmedel anges att patienten ska få det valda hjälpmedlet om det är befogat med hänsyn till patientens behov och till kostnaderna.

Rätten att välja hjälpmedel som kompetensnorm för patienter

På motsvarande sätt som beträffande behandling kan denna bestämmelse ses som en utvecklad kompetensnorm vad gäller patientens delaktighet i den egna vården.

Rätten att välja hjälpmedel som kompetensnorm och handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvården

Enligt 10 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen är det regionen som ska ge patienten möjligt att välja hjälpmedel. Motsvarande bestämmelse finns även här för kommuner i 13 kap. 2 §. Den personal som har ansvaret för hälso- och sjukvården ska, enligt 6 kap. 7 § patientsäkerhetslagen, medverka till att patienten ges möjlighet att välja hjälpmedel. Bedömningen ska göras utifrån motsvarande avvägning som avseende förnyad behandling.⁴⁴⁴

⁴⁴⁰ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 75–76.

⁴⁴¹ I propositionen hänvisar man till Prop. 1998/99:4 Stärkt patientinflytande s. 26–27.

⁴⁴² Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 76.

⁴⁴³ Även vad gäller val av hjälpmedel fanns i äldre hälso- och sjukvårdslagen en motsvarande bestämmelse.

⁴⁴⁴ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 78.

10.9 Ny medicinsk bedömning

Patienten kan göra rättsanspråk på att få en ny medicinsk bedömning (ibland också refererat till som en ”second opinion” eller ett ”nytt läkarutlåtande” genom bestämmelsen i patientlagens kapitel 8.

10.9.1 Rätt till ny medicinsk bedömning

I 8 kap. 1 § patientlagen anges att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning.⁴⁴⁵ I propositionen tydliggörs att det ska vara frågan om en ny bedömning gjord av ytterligare en läkare och inte enbart en förnyad eller omprövad bedömning från den redan behandlande läkaren.⁴⁴⁶

Som motiv till regeln lyfter man i propositionen fram flera omständigheter. Utifrån patientens perspektiv lyfter man fram att

”(m)öjligheten att få en ny medicinsk bedömning kan bidra till att skapa trygghet för patienten i särskilt svåra situationer, t.ex. då patienten har förlorat tilltron till sin läkare eller då patienten fått besked om en särskilt svår diagnos som han eller hon har svårt att förlika sig med.”⁴⁴⁷

Utifrån hälso- och sjukvårdens perspektiv lyfter man fram att den omständigheten att hälso- och sjukvården aktivt erbjuder möjlighet till ny medicinsk bedömning ökar tilliten till att hälso- och sjukvården som verksamhet säkerställer att patienten får vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Man menar även att förutsättningarna för en ytterligare bedömning kan bidra till att nya metoder och landvinningar sprids inom vården.⁴⁴⁸

Rätten till ny medicinsk bedömning som kompetensnorm för patienter

Detta är alltså en kompetensnorm för patienter vars hälsotillstånd är särskilt allvarligt eller livshotande. Rätten till en ny medicinsk bedömning är följaktligen primärt aktuell vid specialistvård. Själva kompetensen baseras på ett behov av stöd, genom bland annat hjälp att hitta en mottagning, bekostande av resa, etc., vilket också är viktiga tillgänglighetsaspekter för patienten.⁴⁴⁹

Rätten att välja hjälpmedel som kompetensnorm och handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvården

I 10 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att det är regionen som har ansvar att ge patienten möjlighet att få en ny medicinsk bedömning. Enligt 6 kap. 7 § 2 st. patientsäkerhetslagen ska den som har ansvaret för hälso- och sjukvården

⁴⁴⁵ Vad som anses som ett särskilt allvarligt eller livshotande tillstånd avgörs från fall till fall. Möjligheten kan även i vissa andra fall erbjudas. Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 79–81.

⁴⁴⁶ a.a. s. 77.

⁴⁴⁷ a.a. s. 79.

⁴⁴⁸ a.a. med hänvisning till tidigare Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning s. 66.

⁴⁴⁹ En bedömning av huruvida kostnaden är befogad ska göras.

av en patient medverka till att patienten får en ny medicinsk bedömning i enlighet med patientlagens bestämmelse. På motsvarande sätt som ovan samspelar de olika lagarna när det gäller tydliggörandet av ansvaret. Vare sig i lagtexten eller andra rättskällor preciseras visserligen vad som avses med ”livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada” och inte heller vem som ska bedöma om en patient har något av dessa tillstånd.⁴⁵⁰ I slutändan hamnar detta ansvar på regionen. För att patientlagens bestämmelse ska verka som kompetensnorm krävs att regionen utvecklar en administrativ ordning m.m. som stöttar och hjälper patienten, till skillnad från om patienten själv söker en ”second opinion” av en annan vårdgivare för ett mindre allvarligt tillstånd. Konkreta frågor om hur och när patienten ska erbjudas och stöttas till en ny medicinsk bedömning måste hanteras inom ramen för systemet.

10.9.2 Rätt till ytterligare behandling enligt ny medicinsk bedömning

I 8 kap. 1 § 2 st. patientlagen tydliggörs att patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till, under förutsättning att: 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. Innebörden är att om den nya bedömningen resulterar i att man föreslår en annan behandling ska patienten få tillgång till denna. Här är det fråga om en snarlik bedömning som när det gäller tillgång till alternativ behandling.

10.10 Val av utförare

Patienten har rätt att välja utförare av vård under förutsättningarna som beskrivs i patientlagens kapitel 9.

10.10.1 Rätt att välja utförare

I 9 kap. 1 § stadgas att en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.⁴⁵¹

⁴⁵⁰ Detta är en bestämmelse som har lyfts från hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen med syftet att förstärka den och utöka den i patientlagen, genom att göra den tillgänglig för fler patienter genom borttagandet av kravet att ”det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet”. Motsvarande bestämmelser i 10 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och 6 kap. 7 § patientsäkerhetslagen hänvisar numera enbart till denna paragraf. Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 79.

⁴⁵¹ Från och med halvårsskiftet 2022 införs ett andra stycke paragrafen där det tydliggörs att bestämmelser om val av utförare inom primärvården genom listning finns i 7 kap. 3 a och 3 b §§ hälso- och sjukvårdslagen. Se lag (2022:272).

Rätten att välja utförare som kompetensnorm för patienter

Patienten ska alltså själv kunna välja vilken vårdgivare hen vill söka vård hos och rätten är inte begränsad till den region patienten tillhör, utan patienten kan välja en vårdgivare i en annan region om hen föredrar det, 9 kap. 1 §.⁴⁵² Rätten gäller all offentligt finansierad öppen vård, dvs. primärvård och öppen specialiserad vård som inte kräver att patienten läggs in.⁴⁵³ Genom möjligheten att själv välja utförare ökar patientens inflytande över den egna vården, vilket syftar till att stärka patientens ställning.⁴⁵⁴

Rätten att välja utförare som kompetensnorm och handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvården

Rätten att välja utförare grundar sig i valfrihetssystemet där patienten kan överblicka vilka vårdgivare av offentligt finansierad öppen vård som utför vårdinsatserna och anpassa det egna valet utefter sina behov och önskemål.⁴⁵⁵ Detta innebär att hälso- och sjukvården måste erbjuda patienten information och även praktiskt stöd att välja utförare.⁴⁵⁶ Patienten kan enligt systemet inte få täckning för resekostnader m.m. när hen söker vård i en annan region, utan får själv stå för sådana merkostnader.⁴⁵⁷ Resekostnader m.m. kan ersättas om den egna regionen inte kunnat ge patienten vård genom vårdgarantin och hen därför får söka sig till annan vårdgivare eller region.

Valfrihetssystemet som handlingssystem är tänkt att stärka patientens ställning.⁴⁵⁸ En viktig förutsättning för patientens vårdval och tillgång till de olika vårdgivarna är också bestämmelsen om att alla utförare ska behandlas lika, om det inte finns skäl för annat, samt att regionens ersättning till utföraren för vård av patienten ska följa med patienten i det val av utförare denne gör, 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen.

452 Patienten får dock inte ersättning för merkostnader som kommer av att söka vård i en annan region än den egna. Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 89.

453 a.a. s. 84.

454 a.a. s. 83.

455 Patienten kan även i viss mån tillgå vård i andra EU-länder, i enlighet med patientrörlighetsdirektivet.

456 Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 50. Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 85.

457 Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 89.

458 ”Valfrihet ger den enskilde inflytande över vården och genom att patienter får möjlighet att utifrån egna behov och önskemål välja utförare stärks patientens ställning. Om patienterna ska kunna tillvarata möjligheten till ett fritt och individuellt val inom hälso- och sjukvården är det nödvändigt att vården präglas av öppenhet och mångfald i fråga om innehåll, form och utförare.” a.a. s. 83. Här är exempelvis införandet av världsvalsystem för primärvården en viktig komponent – det framgår med all önskvärd tydlighet eftersom vårdvalet bygger patientens fria val av utförare.

10.11 Integritet och personuppgifter

Patientens rätt till integritet kommer till uttryck i flera bestämmelser i patientlagen. Patientlagens inledande portalparagraf anger, som framgått, att syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning och att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet, 1 kap. 1 §. Vidare inleds patientlagens samtyckesbestämmelser i fjärde kapitlet med att fastslå att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Integritet i detta sammanhang handlar om patientens rätt att själv fatta beslut kring sin person och fredas från annans oönskade påverkan på sin person och kropp. Detta är som vi konstaterat en aspekt i patientens rätt till god vård enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag där respekt för patientens självbestämmande och integritet anges som kriterier. Integritet är följaktligen också en viktig del av patientsäkerheten, 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

I patientlagens 10 kapitel finns ett ytterligare antal bestämmelser om patientens integritet.⁴⁵⁹ I detta kapitel handlar det om patientens integritet i förhållande till hantering av personuppgifter och patientjournal. Detta är bestämmelser som i stor utsträckning måste sättas i ljuset av framför allt patientdatalagen och även offentlighets- och sekretesslagen. Det är möjligt att betrakta kapitlets bestämmelser som ett försök att ge en överblick av patientens rätt och ställning i detta sammanhang.

10.11.1 Rätt till integritet vid hantering av personuppgifter

I 10 kap. 1 § patientlagen anges att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska personuppgifter utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras.⁴⁶⁰ Eftersom vården hanterar stora mängder personuppgifter, som därtill anses vara särskilt känsliga eftersom de rör information om patientens hälsa och livssituation, är den enskilda patientens rätt till integritet av särskild vikt. Integritetsskydd och hantering av personuppgifter följer av den europeiska dataskyddsförordningen, se artikel 1.⁴⁶¹ I Sverige är patientdatalagen kompletterande lagstiftning avseende behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvård, se 1 kap. 1 § patientdatalagen. Patientdatalagens rättsregler lägger grunden för hur handlingssystemen avseende patientinformation ska utvecklas. Redan genom patientdatalagens inledande syftesparagraf 1 kap. 2 § tydliggörs att patientens integritet genomgående ska respekteras vid personuppgiftshantering.⁴⁶²

⁴⁵⁹ De patientattribut som anges i Socialstyrelsens informationsmodell (NIM), särskild hantering, kan betraktas som exempel på patientrelaterade personuppgifter. Här lyfter fram person-id, förnamn, efternamn, kön, civilstånd, födelsedatum, ev. sekretessmarkering och ev. skyddad folkbokföring. Se Socialstyrelsens webbsida, Nationella informationsmängder – Patient.

⁴⁶⁰ Bestämmelsen gäller även andra registrerade, vilket exempelvis kan vara närstående till patienten. Övriga bestämmelser kring patientens integritet gällande personuppgifter återfinns i patientdatalagen. Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 125.

⁴⁶¹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), benämnd EU:s dataskyddsförordning och förkortad GDPR. Dataskyddsförordningen har direkt tillämpning i alla EU-medlemsländer.

⁴⁶² Bestämmelserna i patientdatalagen gäller för såväl offentliga som privata vårdgivare, 1 kap. 1 §.

Rätten till integritet som kompetensnorm för patienter

Som ovan beskrivits är kompetenserna till respekt och integritet centrala för att minska patientens känsla av utsatthet och för att öka tryggheten för patienten, vilket är av särskild vikt för tilliten mellan patienten och vårdssystemet i personuppgiftshanteringen i en personcentrerad vård. Rätten till respekt och integritet i utformningen och behandlingen av personuppgifter lyfts särskilt i 1 kap. 2 § patientdatalagen. För att patienten ska känna sig trygg i att ta del av vården och dela uppgifter om sig själv med vårdssystemet är kraven på ett systembygge som tillgodoser patientens rätt till integritet och samtycke omfattande.

Patientens anspråk och kontroll över sin egen information utgår från två perspektiv; patientens rätt att bli informerad av vården och få ta del av den information som finns om den egna personen; och patientens rätt att hindra och begränsa spridning av information om den egna personen. Patienten kan alltså kontrollera information och data om den egna personen både genom kompetensen att *få* information och genom att *inte ge* information. För patienten handlar det i stor utsträckning om kompetensen att ha tillgång till och kontrollera innehållet i den egna patientjournalen. Det handlar också om möjligheten att kunna styra insamlandet och användandet av data om patientens hälsa, vårdinsatser, rehabilitering m.m. Det kan vara frågan om data som ska användas i vårdinsatsen för patienten, men också utvecklingen av vården, forskning, innovation eller genomförande av olika tjänster. Intressant i sammanhanget är patientens kontroll över egen genetisk information.⁴⁶³

Rätten till integritet som kompetensnorm och handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har följaktligen skyldighet att skapa handlingssystem både vad gäller att, å ena sidan, samla in och hantera information från alla patienter och att, å andra sidan, förse alla patienter med information. Det är i detta sammanhang som hälso- och sjukvården måste ha kompetens att säkra patienternas integritet. Särskilt påtaglig är behovet av kompetens att hantera patientens patientjournal, vilken är det främsta verktyget för insamling och hantering av patientdata.⁴⁶⁴ Vården är således skyldig att föra journal över patientens vård, vilket alltid gäller när patienten ikläder sig rollen som patient och mottar vård, 3 kap. 1 § patientdatalagen. Det är viktigt att betona att uppgifter om patienten ska dokumenteras och får behandlas även om patienten motsätter sig detta, med

463 I takt med den snabba genetiska och tekniska utvecklingen i samhället har möjligheterna att nyttja biologisk och genetisk information i hälso- och sjukvården nått nya höjder och fått en avsevärt ökad betydelse. Regleringen kring hur biologisk och genetisk information får användas är omfattande och tar utgångspunkt i GDPR. Vävnadsprover som tas från patienten för att lagras i biobanker regleras också i biobankslagen. Utgångspunkten är att detta ska ske med respekt för den enskilda patientens integritet, 1 kap. 1 §. Information om biologiskt material från patientens egen person och kropp får inte lämnas ut utan patientens samtycke och patienten kan när som helst återta samtycke och få provet förstört eller identifierat, 3 kap. 6 §.

464 Prop. 2007/08:126 Patientdatalag s. 89.

vissa undantag, 2 kap. 2 § patientdatalagen. Detta är en grundförutsättning för att praktiskt kunna organisera och tillhandahålla vård, men också för huvudregeln att all vård ska journalföras. Om patienten har sökt vård kan hen som utgångspunkt alltså inte kontrollera vilken information som insamlas, dokumenteras och hanteras. Däremot är informationen i stor utsträckning föremål för en långtgående sekretess inom hälso- och sjukvården, där det exempelvis föreligger tystnadsplikt kring huruvida en individ är patient i hälso- och sjukvården överhuvudtaget. Det föreligger också en inre sekretess för vårdgivaren, där enbart de som är inblandade i den enskilda patientens vård får tillgå information om denne, 4 kap. 1 § patientdatalagen. Därtill kan patienten under vissa förutsättningar begära viss hantering av journalen som syftar till att kontrollera informationen, exempelvis rättelse eller förstöring.

I syfte att förenkla och effektivisera informationshanteringen kring patienten har hälso- och sjukvårdssystemet också system för att dela patientinformation mellan vårdenheter inom samma vårdgivare genom elektronisk åtkomst, vilket regleras i patientdatalagens kapitel 4, och mellan olika vårdgivare genom s.k. sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, vilket regleras i lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (LSVOD).⁴⁶⁵ Möjliggörandet av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är ett led i utvecklingen kring informationshanteringen runt patienten, där hälso- och sjukvården går från att främst ha separata patientjournaler hos enskilda vårdgivare som verktyg för hanteringen av patientinformation, till att i ökad grad hantera en bredare vårddokumentation kring patienten med samlad information från fler källor i en digital infrastruktur, s.k. vårdinformationssystem.⁴⁶⁶

10.11.2 Rätt att ta del av sin patientjournal

I 10 kap. 1 § 2 st. patientlagen stadgas att bestämmelser om patientens rätt att ta del av journalhandlingar och andra uppgifter finns i patientdatalagen.

Rätten att ta del av innehåll i patientjournal som kompetensnorm för patienter

Syftet med patientjournalen är att bidra till en god och säker vård av patienten, 3 kap. 2 § 1 st. patientdatalagen, men även att journalen ska utgöra en källa till information för patienten, 3 kap. 2 § 2 st. patientdatalagen. Patientens rätt att ta del av den egna journalen är stark och tar sin utgångspunkt i grundlag i form

⁴⁶⁵ Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation började gälla 1 januari 2023 och ersatte patientdatalagens 6 kap. om sammanhållen journalföring, från vilket bestämmelserna överförts. Lagen samlar också nya bestämmelser kring sammanhållen dokumentation som syftar till att förbättra kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdssystemet och socialtjänsten, att mera effektivt dela information kring patienten med andra vårdgivare och patienten själv och att undvika onödigt dubbeldokumentation. Se Prop. 2021/22:177 Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

⁴⁶⁶ Hälso- och sjukvården står inför ett systemskifte när landets regioner och kommuner övergår till ett fåtal nya vårdinformationssystem där Millenium och Cosmic kommer att vara de dominerande systemen. Se Läkartidningen, Nästa år byter halva Sverige journalsystem. Västra Götalandsregionen och Region Skåne övergår till Millenium. Införandet sker gradvis med start 2024 i hela regionen och i samtliga 49 kommuner och systemet beskrivs som en vårdinformationsmiljö. VGR:s programdirektiv, Program Millenium, dnr RS 2023-01216.

av tryckfrihetsförordningen och därtill offentlighets- och sekretesslagen, vilket kommer till uttryck i 5 kap. 1 § och 8 kap. 1 § patientdatalagen. Patienten kan endast hindras från att ta del av den egna journalen om sekretess eller tystnadsplikt föreligger även mot patienten själv, exempelvis på grund av att vetskap om informationen i journalen skulle allvarligt inverka på patientens hälsa och det är av synnerlig vikt att patienten inte får ta del av uppgiften med hänsyn till ändamålet med hälso- och sjukvården, 6 kap. 12–13 §§ patientsäkerhetslagen. Även om patienten har rätt att ta del av journalen, har denne en begränsad förfoganderätt över den. Om patienten anser att en uppgift är oriktigt eller missvisande har denne rätt att få detta antecknat i journalen, 3 kap. 8 § patientdatalagen, men patienten har inte rätt att själv göra anteckningar i journalen.⁴⁶⁷ Patienten har också möjlighet att påpeka felaktigheter i journalen som då kan rättas, 3 kap. 14 § patientdatalagen.⁴⁶⁸

Rätten att ta del av innehåll i patientjournal som kompetensnorm och handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvården

Patientens rätt att ta del av sin egen journal är alltså i grunden långtgående och kräver ett omfattande systembygge för att vårdgivarens på ett smidigt och snabbt sätt ska kunna ge patienten tillgång. Patientjournalens grundsyfte är dock att vara ett dokumentationsunderlag för vården och trots att journalen ska vara en informationskälla som är språkligt anpassad även för patienten själv, kan den vara svår för patienten att förstå och tillgodogöra sig, exempelvis på grund av patientens bristande kunskap kring medicinsk terminologi. Kompetensen till information är därför viktigt för att patienten ska kunna få hjälp av vården att förstå och tolka informationen i journalen.

Det ska alltså finnas en patientjournal för varje patient som ska innehålla uppgifter som krävs för en god och säker vård, 3 kap. 1 § och 6 § patientdatalagen. Eftersom ett syfte med patientjournalen som beskrivet också är att agera informationskälla för patienten, 3 kap. 2 § patientdatalagen, finns därtill bestämmelser om att journalen ska vara tydligt utformad och lätt för patienten att förstå, vilket också syftar till att göra journalen mer lättillgänglig för patienten, 3 kap. 13 § patientdatalagen. En patient som vill ha tillgång till sin journal får begära att få det genom vårdgivaren, då varje vårdgivare förvarar en journal för den vård patienten har fått hos vårdgivaren och därtill är personuppgiftsansvarig för de uppgifterna, 3 kap. 3 § och 2 kap. 6 § patientdatalagen. När patienten begär att få ta del av sin journal ska hen få detta så snart som möjligt, antingen att läsa eller skriva av på plats eller genom en kopia, 8 kap. 2 § patientdatalagen. Patienten kan också få tillgång genom elektronisk direktåtkomst, 5 kap. 5 § patientdatalagen. Om den som är ansvarig för journalen bedömer att den inte kan lämnas ut till patienten, på grund av sekretess mot patienten, ska denne lämna ett yttrande och överlämna frågan till IVO för prövning. En patientjournal ska

⁴⁶⁷ Prop. 2007/08:126 Patientdatalag s. 94.

⁴⁶⁸ a.a. s. 96.

också bevaras i minst tio år vilket gör att den är tillgänglig som informationskälla för patienten under en längre tid, 3 kap. 17 § patientdatalagen.

10.11.3 Rätt att motsätta sig behandling av personuppgift

I patientlagens 10 kap. 1 § andra stycket anges vidare att bestämmelser om patientens rätt att motsätta sig behandling av personuppgifter, samt andra bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet, finns i patientdatalagen och lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.⁴⁶⁹

Rätt till att vara delaktig och samtycka vid insamling och användning av patientdata som kompetensnorm för patienter

I rollen som patient lämnar individen information och uppgifter om sig själv till hälso- och sjukvårdssystemet, som på olika sätt behöver hanteras. Bestämmelser kring sådan patientdata och personuppgifter som patienten delar med vården regleras som beskrivet främst genom bestämmelserna i patientdatalagen. Utgångspunkten är att information och data om patienten och dennes vårdförlopp behöver dokumenteras, lagras och kommuniceras för att kunna möjliggöra tillgången till vård och tillgodose rätten till god vård för patienten, 2 kap. 4 och 7 §§ patientdatalagen. För patienten innebär detta en presumtion att information ska kunna delas med de som ska uppfylla vårdbehovet, vilket patienten generellt villigt medverkar till för att få rätt vård. Iklädandet av rollen som patient, grundat i ett vårdbehov, gör också att individen är villig att i stor utsträckning ge samtycke till att delge information som ofta uppfattas som privat och som individen i andra lägen och situationer inte skulle delge annan. Utgångspunkten är också att information och uppgifter som patienten delar med vården kan vara integritetskränkande och därmed uppgifter som patienten inte vill ska spridas fritt och förlora kontrollen över. Att skapa ett skydd för uppgifter kring patienten är därmed att skapa incitament för patienten att dela med sig av information, vilket i mångt och mycket är nödvändigt för att hälso- och sjukvården ska kunna vårda patienten.

Patientens rätt till samtycke kring vem som får tillgång till personuppgifter är beroende av vem som behöver tillgång till uppgifterna för att uppfylla patientens vårdbehov. Patientens integritet skyddas av bestämmelserna om inre sekretess i patientdatalagens kapitel 4, där det anges att bara den som deltar i vården av patienten eller som av annan anledning behöver uppgift om patienten för att kunna genomföra sitt arbete hos vårdgivaren, får ta del av dokumenterad information och uppgifter om patienten, 4 kap. 1 § patientdatalagen. Det föreligger alltså en sekretess även vårdpersonal sinsemellan för patienter vars vård man inte är inblandad i. Patienten kan själv godkänna att annan får tillgång till uppgifterna, men det kräver i sådant fall ett aktivt samtycke.

Även om patienten i stor omfattning kan påverka vilken patientdata hälso- och sjukvården har möjlighet att samla in genom att styra över vad hen väljer

⁴⁶⁹ Se vidare Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m. avsnitt 7.4. och Prop. 2021/22:177 Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation.

att dela med sig av, kan insamling och hantering av patientdata i regel ske även utan patientens delaktighet eller samtycke, med vissa begränsade undantag, 2 kap. 2 § patientdatalagen. Vården är därtill skyldig att föra journal över patientens vård, vilket alltid gäller när patienten ikläder sig rollen som patient och mottar vård, 3 kap. 1 § patientdatalagen. Patienten kan inte motsätta sig journalföringen i sig och har på så sätt begränsad rätt till delaktighet och samtycke kring sin patientdata.⁴⁷⁰

För att annan än behandlande vårdpersonal ska få tillgång krävs dock i regel samtycke från patienten, 2 kap. 3 § patientdatalagen, om inte behandlingen av patientdata följer av skyldigheter från hälso- och sjukvården i övrigt, 2 kap. 4 § patientdatalagen. Det finns dock undantag där behandling av patientdata inte är tillåtet trots patientens aktiva samtycke, exempelvis utöver vad som stadgas i lag vid elektronisk direktåtkomst, 5 kap. 4 § patientdatalagen, eller vid vårdgivares behandling av annan vårdgivares uppgifter om patienten som går utöver bestämmelserna gällande sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, 3 kap. 7 § LSVOD.⁴⁷¹ I dessa fall begränsas alltså patientens kontroll av den egna informationen till skydd för denne.

Patienten kan dock som sagt när som helst i vårdförloppet återta sitt samtycke och behöver inte ange en anledning till varför. Däremot kan ett tillbakadragande av samtycke gällande informationshantering endast få effekt för framtida eventuell hantering och spridning. Den information som redan har hanterats eller spridits kan inte nödvändigtvis omedvetandegöras hos den som tagit del av den. Uppgifterna kan som utgångspunkt inte heller raderas på patientens begäran, då hälso- och sjukvården har ett långtgående dokumentationsansvar som fyller en viktigt samhällelig funktion. Patienten kan som beskrivet begära rättelse eller radering av felaktig information i sin journal, 3 kap. 14 § patientdatalagen. Patienten kan också ansöka om att få hela eller delar av sin journal förstörd, med det förutsätter bland annat att patienten har godtagbara skäl och uppgifterna inte behövs för vård av patienten, 8 kap. 4 § patientdatalagen.

Patienten har också visst inflytande över vilka personuppgifter som delas genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och elektronisk direktåtkomst i vårdsystemet. Både sammanhållen vårddokumentation och elektronisk direktåtkomst syftar till att effektivisera och förenkla hanteringen av patientens personuppgifter genom att samla tillgången till uppgifter och är enbart tillåtna i den utsträckning som uttryckligen följer av lag, 5 kap. 4 § patientdatalagen. Utgångspunkten är att patients uppgifter är tillgängliga för de som deltar i patientens vård genom elektronisk direktåtkomst inom vårdgivarens organisation så länge patienten inte motsätter sig detta, 4 kap. 1–2 §§ patientdatalagen, eller

470 Särskild reglering förekommer kring insamlandet av biologiskt material och genetisk information från patienten, där patientens samtycke i regel krävs, med särskilda undantag (exempelvis gällande föräldraskapstest). Se biobankslagen och lagen om genetisk integritet m.m.

471 Det finns alltså lägen där patientens samtycke inte ger kontroll över informationen om den egna personen och inte utgör en påbudsnorm för vårdpersonalen och vårdgivaren. Detta är för att tillgodose skydd för patientens integritet, då åtgärderna anses vara särskilt integritetskänslig och bara ska vara möjliga i de situationer som beskrivs i patientdatalagen eller lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

via sammanhållen vårddokumentation till andra vårdgivare så länge patienten samtycker till det, 2 kap. 1 § och 3 kap. 1 § LSVOD. Även för en patient som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning förutsätts samtycke till tillgängliggörande av personuppgifter, om patientens inställning så långt som möjligt har klarlagts och det inte finns anledning att tro att hen skulle ha motsatt sig behandling, 2 kap. 6 § LSVOD.⁴⁷²

Innan patientens uppgifter görs tillgängliga via sammanhållen vårddokumentation ska patienten dock få information, bland annat om vad det innebär och dennes möjlighet att motsätta sig åtgärden, 2 kap. 2 § LSVOD. Att möjliggöra sammanhållen vårddokumentation och direktåtkomst till uppgifter i journalen kan öka patientens kontroll över informationen, då den lättare återfinns och överblickas. Det kan dock finnas anledningar till att patienten motsätter sig att olika personuppgifter samlas i en och samma dokumentation som all vårdpersonal som behandlar patienten möjligen kan se. Det kan röra sig om känslig information, exempelvis kring missbruk, som patienten inte önskar att annan vårdpersonal, som behandlar patienten för helt andra saker, ska vara medveten om. Genom att motsätta sig elektronisk direktåtkomst eller sammanhållen vårddokumentation kontrollerar patienten spridandet av information om den egna personen och vårdförloppet.

Patienten har möjlighet att begränsa den elektroniska åtkomsten av sina personuppgifter i relation till andra vårdenheter eller vårdprocesser inom samma vårdgivare genom att begära att de uppgifterna ska spärras, 4 kap. 4 § patientdatalagen.⁴⁷³ Därtill kan patienten spärra uppgifter som denne inte vill att andra vårdgivare ska kunna tillgå genom sammanhållen vårddokumentation, 2 kap. 3 § LSVOD.⁴⁷⁴ Vid sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ska det även finnas information för andra vårdgivare om att det finns spärrade uppgifter och vilken vårdgivare som har spärrat dem, 2 kap. 5 § LSVOD, samt att det finns ospärrade uppgifter, utan att de ospärrade uppgifternas innehåll eller vilken vårdgivare de kommer ifrån är synligt, 2 kap. 4 § LSVOD. Även detta ska patienten i förväg informeras om, 2 kap. 2 § LSVOD.

Vårdgivare som bedömer att spärrade uppgifter behövs för att patienten ska få ändamålsenlig vård får begära att den vårdgivare som har spärrat uppgifterna häver spärren. Kompetensnormen utgör en avvägning hos vårdgivaren för att

⁴⁷² Se vidare Prop. 2021/22:177 Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation avsnitt 6.13.

⁴⁷³ Spärrade uppgifter kan dock ändå göras tillgängliga genom direktåtkomst inom vårdgivarens organisation utan patientens uttryckliga samtycke, om uppgifterna kan antas ha betydelse för att patienten får nödvändig vård och patientens samtycke inte kan inhämtas, exempelvis på grund av medvetlöshet, 4 kap. 5 § 1 st. 2 p. patientdatalagen. Detsamma gäller vid sammanhållen vårddokumentation där såväl spärrade som ospärrade uppgifter får behandlas av andra vårdgivare om patientens liv och hälsotillstånd allvarligt riskeras och patienten själv inte kan häva spärren för spärrade uppgifter eller lämna samtycke för tillgång till ospärrade uppgifter, 3 kap. 5–6 §§ LSVOD.

⁴⁷⁴ Patienten kan själv när som helst välja att upphäva sådana spärrar, 4 kap. 5 § 1 st. 1 p. patientdatalagen och 2 kap. 3 § 3 st. LSVOD. När uppgifter i journalen spärras kan dock annan vårdpersonal eller vårdgivare med tillgång till journalen se att det finns spärrade uppgifter, 4 kap. 4 § 3 st. patientdatalagen och 2 kap. 5 § LSVOD. Se vidare Prop. 2021/22:177 Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation avsnitt 6.9.

tillgodose patientens behov av god och säker vård. Normen får tillämpas när det föreligger fara för patientens liv eller allvarlig risk för dennes hälsa.⁴⁷⁵ Det ligger alltså inom vårdgivarens kompetens att avgöra om patientens kontroll över sin egen information ska kompromissas till förmån för dennes liv och hälsa, vilket de flesta patienter rimligen samtycker till.⁴⁷⁶ Nämnad norm får utövas om patienten har fått information om detta i förväg, 2 kap. 2 § LSVOD.⁴⁷⁷

Patienten kan också utöva kontroll över sin information genom att exempelvis motsätta sig att personuppgifter behandlas i kvalitetsregister, vilka är nationella eller regionala samlingar av patientinformation med syfte att utveckla vården och säkra dess kvalitet, 7 kap. 1–2 §§ patientdatalagen.⁴⁷⁸ Dessa register kan användas för statistiskt underlag, för forskningssyften, etc., och patienten har alltid rätt att bli informerad om behandling av de egna personuppgifterna i sådana register och att neka detta, 7 kap. 2 och 5 §§ patientdatalagen. Har patienten samtyckt till att vara med i registret kan detta samtycke när som helst återtas och då ska uppgifterna tas bort ur registret så snart som möjligt, vilket är en rätt patientens ska informeras om, 7 kap. 2–3 §§ patientdatalagen.⁴⁷⁹ Patienten kan i vissa avseenden också begära att vissa uppgifter anonymiseras eller avidentifieras, exempelvis uppgifter i en biobank.⁴⁸⁰

Rätten till delaktighet och samtycke vid insamling av patientdata som kompetensnorm och handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvården

Patientdata är känsliga personuppgifter som är föremål för sekretess och tystnadsplikt, enligt offentlighets- och sekretesslagstiftningen. Specifikt i hälso- och sjukvårdreglering anger patientsäkerhetslagen att den som tillhör eller har tillhört vårdpersonal inte får obehörigen röja vad denne har fått veta om patientens hälsa eller personliga förhållanden, 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen. Vem som får tillgång till patientdata om patienten tar sin utgångspunkt i vem som är delaktig i vården av patienten och ska tillgodose patientens rätt till god och säker vård. Vårdpersonal som är delaktig i patientens vård ska därför kunna ha tillgång till dennes patientdata, 2 kap. 4 § p. 1 och 4 kap. 1 § patientdatalagen, och patienten har som utgångspunkt inte rätt att neka samtycke till sådan tillgång då det utgör

475 Det rör sig alltså om information som kan ha livsviktig och allvarligt hälsoavgörande påverkan för patienten och där tillgång till uppgifterna anses uppväga det intrång i patientens integritet och kontroll som det innebär att tillgå informationen utan patientens samtycke.

476 Se vidare Se vidare Prop. 2021/22:177 Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation avsnitt 6.9.

477 För patienter som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till behandling av personuppgifter, exempelvis på grund av kognitiv sjukdom, får behandling ske om det har betydelse för en nödvändig vård av patienten, under förutsättning att patientens inställning så långt som möjligt har klarlagts och det inte finns anledning att tro att patienten skulle ha motsatt sig behandling, 3 kap. 3 § LSVOD.

478 Se vidare Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m. avsnitt 15.

479 Vilka personuppgifter som behandlas i ett kvalitetsregister har dock vissa begränsningar, där exempelvis namn och personnummer endast får förekomma om kodade uppgifter inte är tillräckliga för ändamålet med registret, 7 kap. 8 § patientdatalagen.

480 4 kap. 6 § och 13 § biobankslagen.

en förutsättning för att ge vård.⁴⁸¹ Dokumenterade personuppgifter ska också hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem, 1 kap. 2 § st. 3 patientdatalagen. Patienten har därtill rätt till information om vem som har haft tillgång till journalen, 8 kap. 5 § patientdatalagen.

10.11.4 Rätt till sekretess och tystnad

Patientlagens 10 kap. 2 § hänvisar till att bestämmelser om sekretess inom allmän hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen och att bestämmelser om tystnadsplikt inom enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet återfinns i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen.

Patientens möjlighet att neka samtycke till annans tillgång till sina personuppgifter och patientdata tar sin utgångspunkt i bestämmelser kring tystnadsplikt och sekretess. Sekretessen eller tystnadsplikten kring patientinformation och patienters personuppgifter är alltså en central norm i hälso- och sjukvården som syftar till att skydda patienten och ge denne en viss kontroll över informationen om sin person, då den begränsar spridning och ger en förutsägbarhet i vem inom hälso- och sjukvården som kan komma att få ta del av informationen. Det rättsliga ramverket för tystnadsplikt tar sin utgångspunkt i tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen, där 1 kap. 1 § tryckfrihetsförordningen anger att den grundlagsskyddade tryckfriheten innebär ”en frihet för var och en att i tryckt skrift uttrycka tankar, åsikter och känslor samt att offentliggöra allmänna handlingar och i övrigt lämna uppgifter i vilket ämne som helst.” Från detta undantas dock i 1 kap. 13 § offentliggörande av personuppgifter om hälsa, genetik och biometri för vilket förbud kan meddelas i lag. Sådana förbud återfinns bland annat i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen, patientdatalagen och patientsäkerhetslagens bestämmelser om tystnadsplikt.⁴⁸²

I offentlighets- och sekretesslagens 25 kap. behandlas sekretess inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är att det föreligger sekretess ”för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne

⁴⁸¹ Patienten har dock viss möjlighet att begränsa behandlande vårdpersonals tillgång till patientdata i journalen genom att som beskrivits begära att vissa uppgifter spärras, så länge uppgifterna inte är nödvändiga för patientens vård, 4 kap. 4 § patientdatalagen. Patienten kan också neka samtycke till annans tillgång till patientdata genom att exempelvis neka till sammanhållen vårddokumentation eller att ingå i kvalitetsregister, 2 kap. 3 § LSVOD och 7 kap. 2 § patientdatalagen.

⁴⁸² Lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. omfattar användandet av genetisk information i undersökningar och behandlingar och syftar till att skydda den enskilda patientens integritet, 1 kap. 1 §. Lagen omfattar ett antal olika åtgärder från användning av genetiska undersökningar och genetisk information samt genterapi, insemination, och handel med humanbiologiskt material, 1 kap. 2 §. Sådana åtgärder kan resultera i att omfattande information om patienten tas fram och har därför en stor potentiell påverkan på patientens integritet men också ett stort värde för patienten. Detta ska därför ske med respekt för patientens kompetens till självbestämmande, integritet och lika värde, vilket återspeglar de grundläggande bestämmelserna som återfinns i patientlagen, hälso- och sjukvårdslagen och 1 kap. 1 § biobankslagen. Patienten ska själv bestämma om denne vill genomgå en genetisk undersökning och få information om sin genetik och kan därför inte tvingas till detta (med undantag för vid fastställande av föräldraskap), 2 kap. 1 §.

lider men.”, se 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen.⁴⁸³ I sammanhanget kan även nämnas den enskildes möjlighet att samtycka till att sekretessen helt eller delvis efterges enligt 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen. Lagstiftningen uppställer inte några särskilda formkrav på ett sådant samtycke. JO har konstaterat att samtycke bör dokumenteras när det rör frågor om utelämnande av uppgifter av mer känslig natur, se vidare JO 190/91 s. 366. Det är inte heller så att lagen ställer krav på att samtycke behöver vara uttryckligt. Dock har JO i samma ärende uttryckt saken som att uttryckliga samtycken bör inhämtas när det krävs. Bedömningen ligger inom vård- och omsorgsgivarens kompetens.

Sekretessbestämmelserna utvecklas också i relation till hälso- och sjukvårdssystemet i patientsäkerhetslagens bestämmelser om tystnadsplikt. Här anges som beskrivet att den som tillhör eller har tillhört vårdpersonal inte får obehörigen röja vad denne har fått veta om patientens hälsa eller personliga förhållanden, 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen.⁴⁸⁴ Detsamma gäller annan som på grund av anställning, uppdrag eller liknande har fått information om en patient, 6 kap. 16 § patientsäkerhetslagen.⁴⁸⁵ Tystnadsplikten gäller även mot patienten själv, om det är av synnerlig vikt för ändamålet med vården att uppgiften inte lämnas till patienten, vilket det exempelvis kan vara fallet för en patient som lider av en allvarlig psykisk störning. Tystnadsplikten omfattar även vad vårdpersonalen av patienten får veta om någon annan, om patienten eller närstående till denne riskerar att utsättas för våld eller annat allvarligt men om uppgiften framkommer, 6 kap. 13 § patientsäkerhetslagen. Att bestämmelser om tystnadsplikt främst regleras i patientsäkerhetslagen och därifrån hänvisas till i patientdatalagen är också en reflektion över syftet kring tystnadsplikten – att tillgodose säkerhet kring patienten, 1 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

10.11.5 Rätt till intyg om den egna vården

Patientlagens 10 kap. 3 § anger att patienten ska kunna begära intyg om sin vård från den som är skyldig att föra patientjournal. Denna bestämmelse speglas också i 3 kap. 16 § och i 3 kap. 3 § patientdatalagen där det följer vilka som omfattas av den skyldigheten, vilket bland annat är legitimerad vårdpersonal. Ett sådant intyg kan vara av vikt för patienten för att kommunicera kring sitt hälsotillstånd eller skador och sjukdomar, vilket kan behövas i kontakt med exempelvis

483 Vidare utvecklas i vilka sammanhang där sekretess föreligger inom vården samt tillämpbara undantag. Sekretessen omfattar som utgångspunkt sammanhållen vårddokumentation, tillsyn, patientnämndsverksamhet, anmälningar, legitimationsärenden, mot patient själv i vissa avseenden, gällande biobanker och donationsregister, etc., 25 kap. 2–9 och 15–17f §§ offentlighets- och sekretesslagen. Kapitlet anger också ett antal beslut som specifikt undantas från sekretess, såsom beslut om psykiatrisk tvångsvård, 10 §, och ett antal sekretessbrytande sammanhang där uppgifter ändå får lämnas till annan, bland annat myndighet, kvalitetsregister, eller den enskilda patienten, 11 §.

484 I sammanhanget kan nämnas de situationer där man genom en menprövning kommer fram till att sekretessbelagd information kan röjas utan men för den enskilde och att närstående lider skada.

485 Undantaget i båda dessa fall är uppgiftsskyldighet som följer av 6 kap. 15 § i relation till exempelvis domstol eller polisväsendet eller för att bedöma lämpligheten för körkort, etc. Uppgiftsskyldighet som följer av annan lag eller förordning är också undantagen, exempelvis om patientens olämplighet att inneha skjutvapen, att ett barn far illa i hemmet eller att patienten har begått ett allvarligt brott. I dessa fall anses patientens rätt till kontroll över sin information mindre skyddsvärd än andra samhällsintressen och intressen för andra enskilda.

myndigheter. Ett sådant intyg ska därför vara noggrant och omsorgsfullt enligt 6 kap. 10 § patientsäkerhetslagen. Utfärdandet av intyg kan också vara en grund för vårdgivare att behandla personuppgifter vid sammanhållen vårddokumentation, 3 kap. 1 § 1 st. p. 3b LSVOD.

10.12 Synpunkter och klagomål

I patientlagens kapitel 11 finns bestämmelser om patientens rätt att framföra synpunkter och klagomål. Detta är bestämmelser som bl.a. ska ses i ljuset av patientsäkerhetslagen, lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården m.fl. Möjligen kan vi konstatera att patientlagens bestämmelser ger något av en överblick över hur systemet för klagomål och synpunkter ser ut.⁴⁸⁶

10.12.1 Rätt att få understöd av patientnämnderna

Patienten har en generell rätt att framföra klagomål och synpunkter. Denna rätt stadgas bl.a. i 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen där det anges att vårdgivaren ska ta emot klagomål och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och deras närstående. För att möjliggöra patientens kompetens i detta avseende föreskrivs i den inledande meningen i 11 kap. 1 § patientlagen att patientnämnderna ska ge stöd i enlighet med lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.⁴⁸⁷ Bestämmelsen utvecklar att detta innefattar att hjälpa patienter och deras närstående med att framföra klagomål och synpunkter och få svar från vårdgivaren, p. 1.⁴⁸⁸ Patientnämnderna har enligt bestämmelsen därtill i uppgift att främja kontakten mellan patienten och vårdpersonal, p. 3, och ska tillhandahålla, alternativt hjälpa patienterna att få tillgång till, den information som de behöver för att tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården, p. 2.⁴⁸⁹ Dessutom ska patientnämnderna hjälpa patienten att få kontakt med rätt myndigheter och främja kontakten mellan patienter och vårdpersonalen.

Bestämmelsen motsvaras i stort av 1–2 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården som stadgar att det är patientnämndernas ansvar är att stötta patienten och dennes närstående i hälso- och sjukvård med regional huvudman.⁴⁹⁰ När patienten är ett barn ska patientnämnderna särskilt beakta barnets

⁴⁸⁶ SOU 2015:102 Fråga patienten! Nya perspektiv i klagomål och tillsyn, den s.k. Klagomålsutredningen, har bland annat lyft vikten av klagomålshantering som blir enklare, mer ändamålsenligt och effektivt.

⁴⁸⁷ Patientnämndernas betydelse som garant för att patienten får tillräcklig information och att hans erfarenhet bidrar till utvecklingen av vården betonas särskilt i Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården s. 36.

⁴⁸⁸ I paragrafen tydliggörs att det handlar om att föra fram klagomål och att få svar av vårdgivaren i enlighet med 3 kap. 8 b § patientsäkerhetslagen.

⁴⁸⁹ Det betonas i propositionen till patientlagen att detta innefattar att informera patienten om frågor kopplade till patientlagen, se Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 102.

⁴⁹⁰ Det ska finnas en eller flera patientnämnder i varje region och kommun, 1 § 1 st. lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Utöver att tillhandahålla och hjälpa patienten få information och främja kontakten mellan patienter och vårdpersonal ska patientnämnderna enligt 2 § därtill rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och även informera om sin verksamhet.

bästa, 2 § 3 st. Patientnämnderna ska därtill bidra till att vården anpassas efter patienternas behov, 3 §.

10.12.2 Rätt till information av vårdgivare vid vårdskada

I 11 kap. 2 § patientlagen föreskrivs att en patient som drabbats av vårdskada snarast ska få information om att det inträffat en händelse som resulterat i en vårdskada, p. 1.⁴⁹¹ Patienten ska också få information om att vårdgivaren har en skyldighet att hantera klagomål och synpunkter och därtill vilka åtgärder vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen, p. 2–3. I detta sammanhang ska patienten också få information om att denne kan få hjälpa av patientnämnderna och att det är möjligt att anmäla klagomål till IVO, p. 4–5. Slutligen ska patienten även få information om att det är möjligt att begära ersättning enligt patientskadelagen eller från läkemedelsförsäkringen, p. 6.

10.12.3 Rätt att få svar av vårdgivare vid klagomål

Patienten ska också få svar från vårdgivaren. I 11 kap. 2a § patientlagen anges att vårdgivaren snarast ska besvara klagomål från patienter och deras närstående, på ett lämpligt sätt och med visad hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information, 1 st. Vad som är ett lämpligt sätt avgörs alltså i relation till den enskilda patienten och hur denne bäst kan förstå och få sina synpunkter och frågor bemötta och besvarade.⁴⁹² Vårdgivaren ska i sitt svar ge den klagande patienten en förklaring till vad som har inträffat och i förekommande fall även ge en beskrivning av vilka åtgärder som ska genomföras för att en liknande händelse inte ska ske igen, 2 st. p. 1–2. Detta gäller oavsett om vårdgivaren har begått ett formellt fel eller inte, om det är så patientens upplevelse och synpunkter ger skäl till förändring.⁴⁹³

10.12.4 Rätt att anmäla vårdskador till IVO

Av 11 kap. 3 § patientlagen följer att patienten har rätt att anmäla vårdskador till IVO. Mer konkret föreskrivs att IVO enligt vad som anges i 7 kap. 10–18 §§ patientsäkerhetslagen efter anmälan ska pröva klagomål mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och mot hälso- och sjukvårdspersonal. Vidare

⁴⁹¹ Denna bestämmelse finns även i 3 kap. 8 § patientsäkerhetslagen.

⁴⁹² Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården s. 85–86. ”Vad som är ett lämpligt sätt måste avgöras från fall till fall. Vid bedömningen bör hänsyn tas både till klagomålets art och till patientens eller den närståendes förmåga att tillgodogöra sig informationen. Vissa typer av klagomål hanteras bäst och enklast genom ett skriftligt svar, medan andra fordrar en telefonkontakt eller ett personligt möte. Vårdgivaren måste ta ställning till om patienten exempelvis på grund av språksvårigheter, funktionsnedsättning eller på grund av att denne reagerat starkt på händelsen har behov av ett särskilt bemötande. Vidare ska patienten eller dennes närstående kunna få en förklaring till vad som har inträffat. Det är viktigt att förklaringen ges på sådant sätt att den enskilde förstår och kan ta till sig informationen. Medicinska upplysningar ska ges på sådant sätt att patienten förstår innebörden av dem. Vårdgivarens utgångspunkt bör vara att alla patientens frågor i samband med klagomålet ska besvaras, och inte endast frågor om det medicinska händelseförloppet.”

⁴⁹³ a.a. s. 86.

utvecklas i 7 kap. 10 § 2 st. att om patienten inte själv kan göra en anmälan får närstående till denne göra det i stället.

I 7 kap. 11 § anges att IVO ska utreda tre typer av klagomål. Det första klagomålet rör bestående och inte ringa kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med att patienten fick vård och som lett till ett väsentligt ökat vårdbehov eller att patienten har avlidit, p. 1. Det andra rör tvångsvård eller isolering utifrån lagarna om psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård, respektive smittskyddslagen, p. 2. Det tredje är händelser i samband med vård som allvarligt och negativt inverkat på eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning, p. 3. Bestämmelsen uttrycker i 1 st. att vårdgivaren först ska ha fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter att besvara patientens klagomål i enlighet med 3 kap. 8 b §, men 2 st. förtydligar att detta inte är ett krav, utan att IVO får utreda ärendet oavsett.

I 3 st. anges att IVO ska göra den utredning som krävs för att kunna pröva klagomålet och är inte bunden av det patienten själv anför, 7 kap. 13 §. Vidare har patienten och hans närstående rätt att ta del av ärendet och lämna synpunkter, 7 kap. 16 §. När det gäller klagomål som rör tvångsvårdsåtgärder är utredningsplikten till viss del begränsad, bland annat om klagomålet är uppenbart obefogat eller saknar betydelse för patientsäkerheten, se vidare 7 kap. 11 § 3–4 st.

10.12.5 Patientens rätt att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete

I en slutlig bestämmelse i 11 kap. 4 § patientlagen tydliggörs att patienten och dennes närstående ska ges möjlighet av vårdgivaren att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete, vilket har sin motsvarighet i 3 kap. 4 § patientsäkerhetslagen.⁴⁹⁴ Bestämmelsen har sin grund i uppfattningen att patienten och dennes närstående har mycket att tillföra till patientsäkerhetsarbetet utifrån sina erfarenheter av vårdssystemet.⁴⁹⁵ Gällande hur denna möjlighet för patienten och närstående ska tillgodoses lyfts ett antal exempel i förarbeten, såsom etablerandet av rutiner, systematisk klagomålshantering, uppföljningssamtal och patientråd.⁴⁹⁶

⁴⁹⁴ Bestämmelsen är en del av vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen.

⁴⁹⁵ Se vidare Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 86. "Patienter har många gånger mycket att tillföra på basis av de kunskaper som patienterna besitter om risker i hälso- och sjukvården. De ser inte sällan sådant som hälso- och sjukvårdspersonalen missar och det är angeläget att dessa observationer används i patientsäkerhetsarbetet."

⁴⁹⁶ Se vidare a.a. "Vårdgivaren ska på olika sätt uppmuntra och involvera patienterna och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet. Detta kan exempelvis ske genom att vårdgivaren har rutiner för att aktivt uppmana patienter och närstående att fråga och ifrågasätta om det är något de undrar över eller känner sig tveksamma till i vårdsituationen. Brister i kommunikation mellan patienter och vårdpersonal kan få olyckliga konsekvenser. Det kan vara fråga om situationer där patienter inte fått möjlighet att ta till sig information eller inte vågar be om ytterligare besked medan personalen anser sig ha gett all information och att patienten tagit till sig denna. En systematisk klagomålshantering för att fånga upp brister och som en del av arbetet med att identifiera risker och utreda händelser i vården, är också ett konkret exempel på hur patientens synpunkter kan tas till vara. Andra metoder kan vara att knyta patientråd till verksamheten för att ventilerat frågan om patientsäkerhet, att arbeta med uppföljningssamtal samt att i samband med annan insamling av patientupplevd kvalitet också efterfråga patienternas synpunkter på patientsäkerheten."

KAPITEL II

PATIENTLAGENS BRISTANDE IMPLEMENTERING

II.1 Statens utvärdering av patientlagens implementering, genomslag och effekter

I detta kapitel ska vi närmare redogöra för och analysera de utvärderingar som gjorts avseende patientlagens implementering. Vi har redan nämnt att man i utvärderingarna konstaterat att patientlagen inte implementerats på det sätt som förväntats. Som viktigaste resultat och slutsats konstaterades i den senaste utvärderingen av patientlagens genomslag från 2022 att: ”Patienternas erfarenheter av vården visar att det finns flera brister i patientlagens genomslag och få tecken på förbättringar i lagens efterlevnad över tid. Vi ser tydliga brister i vårdens tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och samordning.”⁴⁹⁷ Utvärderingen visade också att det råder stor skillnad mellan olika grupper och att de med sämre hälsa och utländsk bakgrund har sämre erfarenheter av vården. Dessutom kunde man avseende valfriheten i vården konstatera att denna riskerar leda till ökad ojämlikhet och gynnar framför allt de socioekonomiskt starka i samhället med lättare hälsobesvär.⁴⁹⁸

I kapitlet kommer vi att utröna och diskutera vad utvärderingarna mer i detalj lyckades ta reda på vad gäller patientlagens implementering. Särskilt intressant i detta sammanhang är att det är fråga om en serie av utvärderingar som genomförts på uppdrag av regeringen och av en särskilt inrättad statlig myndighet som har som generellt verksamhetsuppdrag att genomföra utvärderingar och analys, dvs. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Detta är en myndighet som har till uppgift att ”ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg.”⁴⁹⁹ Det innebär bland annat att myndigheten ska granska, analysera och följa upp vårdens funktionssätt och effektivitet och bistå med rekommendationer.⁵⁰⁰ Därtill har myndigheten som särskild uppgift att utvärdera statliga reformer och initiativ inom vård och omsorg, för vilket myndigheten också har ett rådgivande organ i form av ett patient- och brukarråd.⁵⁰¹

Vårdanalys uppdrag som myndighet är i sig en omständighet som motiverar en mer ingående analys av utvärderingarna. Statsmaktens förmåga att genomföra utvärderingar och dra slutsatser om lagars implementering är ofrånkomligen direkt relaterad till statsmaktens förmåga att möjliggöra implementering av lagstiftning. När det gäller patientlagen får dessutom statsmakten anses ha ansträngt sig osedvanligt mycket för att utvärdera och bidra till ett ökat genomslag, vilket gör det extra viktigt att bedöma och dra lärdomar av deras arbete.

497 Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 5.

498 a.a.

499 Förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 1 §.

500 Förordning med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2 §.

501 Förordning med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 3 och 8 §§.

11.1.1 Två uppdrag och fyra utvärderingar

För att förstå hur utvecklad statens ”lagstiftningslära” är när det gäller patientlagens implementering kommer vi att närmare granska de uppdrag som regeringen givit Vårdanalys. Ett nästa steg är att analysera hur Vårdanalys med utgångspunkt i uppdraget tydliggör hur de ska genomföra utvärderingarna – deras teoretiska referensram, metodologiska genomförande och normativa ambitioner. Denna genomlysning gör det möjligt att utvärdera vilken sociolegal ambition och förmåga staten har när det gäller sitt lagstiftningsarbete.

Socialdepartementet gav år 2014 Vårdanalys (då enbart Myndigheten för vårdanalys) i uppdrag att följa upp implementeringen och införandet av patientlagen.⁵⁰² Uppdraget, vilket skulle slutrapporteras år 2017, resulterade i följande tre utvärderingar:

- Rapport 2015:1 Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning
- Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag
- Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017

Den första utvärderingen genomfördes innan lagen hade trätt i kraft, vilket förklarar varför rapporten har ”baslinjemätning” i titeln. Efter att ha mottagit dessa utredningar bestämde sig Socialdepartementet för att år 2020 ge Vårdanalys ett ytterligare uppdrag.⁵⁰³ Detta uppdrag, vilket skulle redovisas under 2021, har resulterat i en ytterligare utvärdering:

- Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet

Ett sätt att ta sig an en analys av hur staten agerar vad gäller implementering av lagstiftning är att ta avstamp i själva regeringsuppdraget. I vilken utsträckning är uppdraget från regeringens sida formulerat så att det stringent fångar vilken utvärdering som behöver göras för att å ena sidan bedöma i vilken utsträckning som lagen implementerats och å andra sidan tydliggöra vilka hinder etc. som behöver hanteras för att lagen ska implementeras? Vidare intressant i detta sammanhang är i vilken utsträckning som regeringen har en klar uppfattning av vilka åtgärder m.m. som man typiskt sett har att ta till när det gäller att möjliggöra implementering av lagstiftning.

Ett nästa steg är att, på motsvarande sätt som avseende regeringsuppdraget, analysera hur Vårdanalys har tolkat och genomfört sitt uppdrag. Belysande i detta avseende är om och hur man preciserar sin teoretiska referensram för uppdraget, samt vilken metod man använder för att utföra uppdraget. En analys i detta avseende ger oss en bild av i vilken utsträckning Vårdanalys, som statsmaktens företrädare, besitter en kompetens och använder sig av arbetsmetoder som möjliggör implementering av lagstiftning.

⁵⁰² Socialdepartementet, Uppdrag att följa upp implementeringen av den nya patientlagen.

⁵⁰³ Socialdepartementet, Uppdrag att följa upp patientlagens genomslag.

Det är följaktligen viktigt att granska utvärderingsarbetet som en integrerad del av regeringens arbete med utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det handlar om hur man ska säkerställa implementeringen av patientlagen, men också om hur man ska bedriva det fortsatta lagstiftningsarbetet. Det är följaktligen möjligt att se utvärderingen, och inte minst samspelet mellan regeringen och den egna myndigheten, som ett uttryck för statsmaktens utvecklande och applicerande av en lagstiftningslära för hälso- och sjukvårdsområdet.

11.1.2 Regeringens uppdrag 2014

Socialdepartementet formulerade uppdraget på så vis att Vårdanalys ska följa upp implementeringen och införandet av patientlagen. Regeringen förtydligar uppdraget enligt följande:

”För att kontrollera att lagstiftningen som föreslås i propositionen Patientlag (Prop. 2013/14:106) får den effekt som regeringen önskar bör lagändringarna följas ur ett medborgar- och patientperspektiv. Myndigheten för vårdanalys får därför i uppdrag att följa implementeringen och införandet av den nya patientlagen som föreslås träda i kraft den 1 januari 2015.”⁵⁰⁴

I uppdraget ger man dessutom förslag på ett antal deluppgifter som att:

1. analysera kännedomen om den nya lagen bland både patienter och personal,
2. följa om patienter får den information de behöver,
3. följa vårdgarantins effekter,
4. uppmärksamma eventuella skillnader mellan kvinnor och män, utrikes och inrikes födda, samt mellan personer med olika utbildningsbakgrund.

Vårdanalys ska enligt regeringen själva bedöma och prioritera inom vilka områden relevanta granskningar ska genomföras. Samtidigt är man tydliga med att om uppföljningen av patientlagens implementering påvisar bristande genomförande eller oförutsedda effekter är det viktigt att orsakerna till detta redovisas. Detta för att regeringen ska kunna antingen justera lagstiftningen eller överväga andra åtgärder. Regeringen uppmuntrar även myndigheten att ge rekommendationer om hur patientlagens genomslag kan förbättras till regeringen, myndigheter och hälso- och sjukvårdens huvudmän.⁵⁰⁵

Vad vi kan konstatera är att man ser uppdraget som en implementeringsanalys. Något kryptiskt i sammanhanget är att myndigheten ska följa implementeringen av lagen för att kunna bedöma om lagen får den eftersträlvade effekten. Detta signalerar att utvärderingen handlar om något mer än att utvärdera själva implementeringen av lagen. Eftersträvas en annan effekt än att lagens regler ska implementeras? Denna fundering förstärks vad gäller preciserandet av deluppgiften att man ska följa vårdgarantins effekter. Intressant i sammanhanget är vidare att man av något skäl lyft ut skyldigheten att tillhandahålla information. Ett motiv härvidlag är att man med information i detta avseende menar information om existensen av lagen och dess innehåll. Sammantaget kan vi konstatera att själva

⁵⁰⁴ Socialdepartementet, Uppdrag att följa upp implementeringen av den nya patientlagen s. 3.

⁵⁰⁵ a.a.

uppdraget inte påvisar någon särskild genomtänkt lagstiftningslära vad gäller lagars innehåll och deras implementering.

11.1.3 Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning.

Redan under år 2014 genomfördes som sagt den första utvärderingen, vilket var innan patientlagen trädde i kraft. Denna studie beskrivs som en baslinjemätning och syftade till att lägga grunden till ett antal uppföljande studier.

”Baslinjemätningens syfte är att ge en bild av i vilken omfattning vården arbetade på det sätt som patientlagen föreskriver redan innan lagen trädde i kraft. Denna nulägesbeskrivning ska vara en bas för kommande uppföljningar för att följa vilka effekter patientlagen leder till.”⁵⁰⁶

Många av de bestämmelser som innefattades vid tidpunkten i andra lagar, varför det var relevant att undersöka i vilken utsträckning dessa implementerats. Dessutom var man intresserad av i vilken utsträckning hälso- och sjukvården jobbar på de sätt som man eftersträvade med de nya bestämmelserna i patientlagen.⁵⁰⁷

Den s.k. baslinjemätningen bestod framför allt av två enkätstudier – den ena riktad till patienter (patientenkäten) och den andra riktad till verksamhetschefer (chefsenkäten).⁵⁰⁸ I de båda enkäterna ställde man ett antal frågor om hur dessa grupper upplever hälso- och sjukvården för att härigenom få en bild av vilket genomsnitt lagens bestämmelser hade innan lagen trätt i kraft.⁵⁰⁹ I patientenkäten tog man utgångspunkt i patientlagens bestämmelser och ställde exempelvis frågor om de fått information om behandlingsmetoder och om möjligheten att välja annan vårdgivare. I chefsenkäten ställdes motsvarande frågor fast på en mer övergripande nivå. Det kunde exempelvis handla om man ansåg att man levde upp till patientlagens intentioner om att tillhandahålla information. Vi kommer att nedan gå närmare igenom de frågor som ställdes.⁵¹⁰ Utöver de två enkäterna genomfördes ett vidare ett antal intervjuer för att samla in kunskap om vilka åtgärder och initiativ som fanns för att möjliggöra implementeringen av patientlagen. Intervjuer genomfördes med företrädare för de regionala huvudmännen, statliga myndigheter och andra aktörer.

Vårdanalys konstaterade öppet efter att man fått det första uppdraget att man upplevde uppdraget som utmanande. Man konstaterade att det saknas ”datakällor som kan användas för att belysa lagens tillämpning och effekter”, varför det förutsätts egen empiri.⁵¹¹ När det gäller själva empirin var man medveten om att det är frågan om vad olika patienter och patientgrupper upplever. En svaghet i studien är att svarsfrekvensen är högre bland de som är missnöjda med vården. Samtidigt menar man att man också attraherar patienter som har störst förmåga att hantera hälso- och sjukvården.⁵¹²

⁵⁰⁶ Vårdanalys, Rapport 2015:1 Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning s. 22.

⁵⁰⁷ a.a.

⁵⁰⁸ Chefsenkäten har besvarats av 550 verksamhetschefer i primärvården och den specialiserade vården, medan patientenkäten besvarats av nästan 9 200 patienter som har varit i kontakt med vården de senaste 12 månaderna. Patientenkäten har även besvarats av 950 vårdnadshavare och cirka 3 000 personer i befolkningen som inte hade varit i kontakt med vården senaste året. Se a.a. s. 8.

⁵⁰⁹ a.a. s. 23.

⁵¹⁰ a.a.

⁵¹¹ a.a. s. 5.

⁵¹² a.a. s. 34.

11.1.4 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag

I den följande utvärderingen, vilken publicerades 2016, tog myndigheten utgångspunkt i baslinjemätningen. Man konstaterade att slutsatserna från baslinjemätningen visade att det fanns ett behov av att djupare undersöka förutsättningarna för lagens ”genomslag”. Syftet med utvärderingen var därför att identifiera olika faktorer som hindrar, respektive möjliggör, patientlagens genomslag.⁵¹³ För att kunna identifiera dessa faktorer genomförde myndigheten 61 intervjuer med företrädare för hälso- och sjukvården på olika nivåer.⁵¹⁴ För dessa studier hade man uppställt tre övergripande frågor. Den första övergripande frågan var hur regionerna hittills hade jobbat med att säkerställa patientlagens genomslag. Den andra frågan var vilka huvudsakliga hinder som fanns för patientlagens genomslag. Den tredje övergripande frågan avsåg vilka exempel som finns på åtgärder som kan stärka patientlagens genomslag.⁵¹⁵

11.1.5 Lag utan genomslag

Den tredje utvärderingen är mer omfattande och även mer genomtänkt. Utvärderingen byggde vidare på de tidigare gjorda utvärderingarna, samtidigt som man utvecklade ett mer avancerat teoretiskt förhållningsätt. Som underlag för de tre utvärderingarna preciserade man nu fem övergripande frågor:

1. ”Hur var utgångsläget när det gäller patienternas ställning innan lagen trädde i kraft?
2. Hur har införandet av lagen bedrivits?
3. Vilka förändringar har skett i patienternas ställning efter det att patientlagen trädde i kraft?
4. Vilka faktorer påverkar lagens genomslag?
5. Vilka rekommendationer kan vi ge till olika aktörer för att stärka patienternas ställning?”⁵¹⁶

Man menade att man i den första utredningen primärt fokuserat på de två första frågorna, medan man i den andra utvärderingen fokuserat på fråga fyra. I denna tredje utvärdering skulle man fokusera på frågorna tre till fem ”med grund i tidigare rapporter”.⁵¹⁷ Av särskilt intresse för detta arbete är som sagt hur man teoretiskt och metodologiskt tar sig an själva utvärderingen. Det är i denna utvärdering som man lyfter fram distinktionen mellan patientens rättsliga och faktiska ställning. Följande ställningstagande är tydliggörande i sammanhanget:

”I uppdraget till Vårdanalys skriver regeringen att den nya lagstiftningen ”behöver följas upp för att regeringen ska kunna säkerställa att lagstiftningen får den effekt som regeringen önskar, det vill säga ”stärkt ställning och inflytande för patienten” (Socialdepartementet 2014a). Begreppet ”patientens ställning” har dock inte närmare preciserats, varken i förarbetena till lagstiftningen eller i uppdraget. Men eftersom begreppet är centralt för att kunna genomföra uppdraget och för vår analys har vi definierat det i vårt arbete. En tolkning av begreppet patientens ställning är att det motsvarar det som patienten anser att hen faktiskt får av vården i form av delaktighet, inflytande, information, och så vidare. Detta kan på olika sätt kvantifieras och mätas. Avsnitt 2

⁵¹³ Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 28.

⁵¹⁴ a.a. s. 29.

⁵¹⁵ a.a. s. 28.

⁵¹⁶ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 27.

⁵¹⁷ a.a. s. 27.

i denna rapport redovisar förändringar i ”patientens faktiska ställning”. Begreppet ”patientens faktiska ställning” utgår då i hög grad från patienters perspektiv. Ett annat sätt att beskriva det som patienten faktiskt får i vården är att det handlar om lagen som mål. Det innebär att målet är att lagen ska tillämpas för att uppnå syftet med den. Vi kan uttala oss om i vilken utsträckning det har skett genom att mäta förändringar i patientens faktiska ställning.”⁵¹⁸

Intressant i sammanhanget är att man likställer faktisk ställning med patientens upplevelse av sin situation dvs. man försöker inte genomföra en analys av vad som är patientens faktiska ställning bortanför patienternas egna upplevelser. Inom ramen för detta förhållningssätt kan man, i enlighet med den tredje frågan, utvärdera hur patientens faktiska ställning förändrats sedan patientlagen infördes genom att se hur patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården förändrats. Här gjorde man om den enkätbaserade patientundersökning som genomförts under baslinjemätningen. Genom att jämföra de senare undersökningarna med de förra kan man belysa förändringarna av patienternas och vårdnadshavarnas erfarenheter.⁵¹⁹

Den rättsliga ställningen är, enligt Vårdanalys, vad patienten enligt patientlagen har rätt att förvänta sig av vården.⁵²⁰ För att få en närmare förståelse för patientens rättsliga ställning genomfördes en komparativ analys i förhållande till Norge, Finland och Danmark.⁵²¹ Vidare utformades enkäter ställda till regioner och kommuner för att utvärdera vilka insatser som gjorts i förhållande till patientlagen.⁵²²

11.1.6 Regeringens uppdrag år 2020

I april 2020 ger regeringen Vårdanalys ett nytt uppdrag. Som bakgrund till det nya uppdraget konstaterade regeringen att det är huvudmännens och vårdgivarnas ansvar att se till att lagstiftningen implementeras i hälso- och sjukvården.

”I rapporten ”Lag utan genomslag” framhöll Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att den låga kännedomen om patientlagen sannolikt påverkade resultaten och att det ännu inte hade skapats tillräckliga förutsättningar inom vården för att tillämpa patientlagen och därmed stärka patientens ställning.”⁵²³

Myndigheten får denna gång i uppdrag att följa upp patientlagens genomslag.⁵²⁴ Intressant i sammanhanget är att regeringen i sitt uppdrag inte längre talar om implementeringen av patientlagen, utan i stället fokuserar på patientlagens genomslag (impact). Detta ger sken av att det nya uppdraget inte bara handlar om att studera implementering, dvs. i vilken utsträckning lagen tillämpas såsom avsett, vilka hinder som föreligger i detta avseende, hur dessa hinder kan undanröjas o.s.v. En utredning av genomslag förefaller vid en första anblick i större utsträckning handla om hur hälso- och sjukvårdssystemet påverkas. Regeringen preciserar uppdraget enligt följande.

⁵¹⁸ a.a. s. 34.

⁵¹⁹ Man kompletterade utvärderingen med uppgifter från andra källor, bl.a. Nationell Patientenkät (NPE), den Nationella väntetidsdatabasen vid Sveriges Kommuner och Landsting (nuvarande Sveriges Kommuner och Regioner) samt International Health Policy Survey (IHP).

⁵²⁰ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 7.

⁵²¹ a.a. s. 28.

⁵²² a.a.

⁵²³ Socialdepartementet, Uppdrag att följa upp patientlagens genomslag s. 2.

⁵²⁴ a.a.

”Uppdraget innebär att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska analysera patientlagens efterlevnad, analysera patientens inställning till de valmöjligheter som följer av lagen, samt analysera vad individers möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård har inneburit för hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår även att redogöra för exempel på andra pågående insatser som myndigheter, huvudmän och vårdgivare har tagit initiativ till och som syftar till att stärka patientens ställning i svensk hälso- och sjukvård.”⁵²⁵

Det framgår att uppdraget avser att studera patientlagens efterlevnad, samtidigt som man ska särskilt vad gäller patientens möjlighet att välja utförare studera vad det inneburit för hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår vidare att man ska ge förslag på hur patienternas ställning kan stärkas ytterligare, med utgångspunkt i principen vård efter behov. Regeringen tydliggör också att det ingår i uppdraget att man i förhållande till samtliga analyser ska, när det är möjligt, uppmärksamma eventuella skillnader mellan kvinnor och män, utrikes och inrikes födda och personer med olika utbildningsbakgrund.⁵²⁶

11.1.7 En lag som kräver omtag

För att tydliggöra sitt uppdrag och hur man tänker ta sig an detta, uppställde Vårdanalys ett antal frågor att besvara. Man delade in uppdraget i två huvuddelar. Den ena huvuddelen avsåg patientlagens efterlevnad, medan den andra avser en fördjupning av individens möjlighet att välja vårdgivare. Beträffande den första delen uppställdes följande två frågor:

- ”Hur ser lagens efterlevnad ut och hur har den utvecklats över tid?
- Hur skiljer sig efterlevnaden mellan olika grupper (t.ex. gällande hälsotillstånd, ålder, kön, utbildning och födelseland)?”⁵²⁷

I denna del handlar det i stor utsträckning om att följa upp de tidigare utvärderingarna, vilka framför allt baserades på de s.k. patientenkäterna.⁵²⁸ Dessutom har man genomfört kompletterande intervjuer med företrädare för olika patientgrupper, patientnämnder och även professionsutbildningar. Vårdanalys tydliggör i sammanhanget att deras utvärdering handlar om att skaffa sig en bild av hur patienter och även andra grupper *upplever* patientlagens implementering.

”För att analysera patientlagens efterlevnad och utvecklingen över tid har vi använt en bredd av källor – enkätundersökningar, intervjustudier, registerdata och litteraturstudier. Vi har i vår analys fokuserat på hur patienter upplever att vården lever upp till sina skyldigheter enligt patientlagen, till exempel tillgängligheten och deras delaktighet och inflytande.”⁵²⁹

⁵²⁵ a.a.

⁵²⁶ a.a. s. 3

⁵²⁷ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 30.

⁵²⁸ Utöver en upprepade patientlagsenkät har man använt sig av följande källor: TNS SIFO befolkningspanel (2014 och 2016), Origo Group befolkningspanel (2020), Nationell Patientenkät primärvård (2015, 2017 och 2019), samt International Health Policy Survey riktad till befolkningen (2016 och 2020).

⁵²⁹ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 28.

Även i denna utvärdering lyfter man fram distinktionen mellan patientens rättsliga och faktiskt ställning. På motsvarande sätt som tidigare länkar man den faktiska ställningen till patientens upplevelse. ”Begreppet faktisk ställning syftar på det som patienten anser att hen faktiskt får av vården i form av till exempel delaktighet, inflytande och information och begreppet utgår således från patienters perspektiv.”⁵³⁰

När det gäller den andra delen, dvs. fördjupningen om individens möjlighet att välja vårdgivare, preciserade man följande frågor:

- ”Vilka faktorer påverkar valfriheten i praktiken?
- Vad anser patienter om de valmöjligheter som följer av lagen och vad påverkar deras val?
- Vad har individens möjlighet att välja vårdgivare inneburit för hälso- och sjukvården i stort?”⁵³¹

I denna del är det tydligt att man går längre än att analysera vad som kan ses som patientlagens implementering. Här är det också mer relevant att tala om en analys av patientlagens genomslag. Detta gäller särskilt frågan om hur individens möjlighet att välja vårdgivare har påverkat hälso- och sjukvården. Frågan om vad som påverkar valfriheten i praktiken kan innefatta mängder av olika omständigheter. Detta gäller även de omständigheter som påverkar patienterna när det gäller deras val.

Utöver dessa två delar har Vårdanalys utvärderat vad som kan utgöra förbättringsförslag för att stärka patientens ställning. Man lyfter fram att man i detta arbete använt flera kunskapskällor, varav en central sådan är att genom intervjuer inhämta synpunkter på hur förbättringar kan ske.⁵³²

11.1.8 Avsaknaden av analys av ”patientens rätt” som implementerad ordning

Det finns givetvis många aspekter som man kan lyfta fram då ska bedöma hur långt staten har kommit i utvecklandet av vad som kan ses som en lagstiftningslära anpassad för patienternas ställning i hälso- och sjukvårdsområdet. I enlighet med vad som beskrivits i arbetets första kapitel applicerar vi en sociolegal referensram. Det är i detta sammanhang möjligt att urskilja två modeller för rättsliggörande av ”patientens rätt”. Den första sociolegal modellen för rättsliggörande är mer allmängiltig för all lagstiftning. Vi frågar oss här hur staten förstår, utvärderar och hanterar det processbaserade samspelet mellan:

- patientlagens syften och mål,
- patientlagens innehåll och utformning,
- patientlagens tillämpning och implementering, samt
- patientlagens genomslag och konsekvenser.

⁵³⁰ a.a. s. 32.

⁵³¹ a.a. s. 30.

⁵³² a.a. s. 31.

Det är framför allt de första momenten, vilka hanteras genom offentliga utredningar och regeringsarbetet med propositioner m.m., vi förknippar med lagstiftningslära. Intressant är hur detta arbete sedan resulterar i lagstiftningens tillämpning och implementering. Det är som konstaterats fullt möjligt att inbegripa även detta processbaserade moment i en kunskapsbaserad lära i detta avseende. Hur möjliggör och kanske t.o.m. säkerställer statsmakten att patientlagen tillämpas och implementeras? Här kan vi skilja mellan tillämpningen av lagar bland domstolar och andra rättstillämpande aktörer, i förhållande till tillämpningen och implementeringen av dem till vilka lagen primärt riktar sig, dvs. i detta fall hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Det är i detta sammanhang viktigt att skilja mellan själva tillämpning och implementeringen av lagstiftningen i förhållande till vilka konsekvenser lagstiftningen får, bl.a. vad gäller uppfyllandet av lagens mål och syften. Distinktionen häremellan är visserligen långt ifrån alltid självklar. Begreppet genomslag påvisar otydligheten. När vi talar om genomslag, menar vi då i vilken utsträckning de som lagen riktar sig till faktiskt väljer att tillämpa lagen eller menar vi i vilken utsträckning lagens uppställda mål och syften har realiserats? I detta sammanhang finns det också all anledning att tala om icke avsedda konsekvenser.

En annan än mer intressant rättsliggörandeprocess som kan urskiljas avseende förevarande arbete är hur patientens ställning har utvecklats. Beträffande denna process kan vi fråga oss hur statsmakten förstår, utvärderar och hanterar det processbaserade samspelet mellan:

- patientens rättsliga ställning i rättskällorna,
- patientens ställning i hälso- och sjukvården som rättsliga handlingssystem,
- patientens faktiska ställning såsom en reell ställning i hälso- och sjukvården, samt
- patientens upplevda situation och ställning.

Som rättsliggörande avser processen hur patientens ställning stärks med rättsliga medel. För detta arbete är det som framgått viktigt att skilja mellan patientens ”rätt” i rättskällorna och patientens rättsliga ställning i de rättsliga handlingssystemen. Dessutom bör vi skilja mellan patientens faktiska ställning i förhållande till patientens upplevda faktiska ställning. Även om det inte är självklart hur denna distinktion ska göras, är det ändå viktigt att tydliggöra skillnaden mellan de två. Det säger självt att en person som fått mycket information fortfarande kan uppleva att man fått för lite information och vice versa.

När det gäller själva processen kan självfallet inte bedömningen avseende hur patientens ställning stärkts hållas isär från den första bedömningen av hur man uppställer mål och syften, strävar efter att realisera dessa genom lagtextens innehåll och utformning, möjliggör lagtextens tillämpning och implementerar lagen, samt möjliggör hanteringen av de konsekvenser som uppstår. Tvärtom, är det frågan om kompletterande förståelsemodeller att förhålla sig till. Med utgångspunkt i modellerna är följaktligen en första fråga hur långt staten, i samspelet mellan departement och myndighet, har kommit vad gäller förståelsen av hur det processbaserade samspelet sker i sin helhet. Förståelsen i detta avseende lägger grunden för både hur utvärderingar ska genomföras och hur åtgärds paket

bör utformas. Ju längre man kommit i detta avseende desto större är förutsättningarna att utvärdera vad som utgör hinder för vad och vilka åtgärder m.m. som kan undanröja dess hinder.

Redan genom att studera regeringens uppdrag och hur Vårdanalys väljer att genomföra dessa uppdrag kan vi konstatera att det föreligger en relativt stor utvecklingspotential. Det är också en ambition i förevarande arbete att försöka bidra till en sådan utveckling. Redan genom att lyfta fram det arbete som gjorts i denna andra del kan vi påvisa hur ett översättande av patientlagens bestämmelser till målnormer, kvalifikationsnormer, kompetensnormer och handlingsdirigerande normer har förutsättningar att fördjupa förståelsen i flera avseenden.

Vi har då vi analyserat Vårdanalys arbetet använt oss av ovan två modeller. De har varit viktiga modeller för att kunna dra lärdom av allt det arbete som gjorts, samtidigt som vi kunnat tydliggöra vilken utvärdering som inte gjorts. I den fortsatta presentationen kommer vi följaktligen att förhålla oss till modellerna. I ett avslutande avsnitt (II.6) kommer vi även utveckla vår analys avseende statsmaktens ”lagstiftningslära” inom hälso- och sjukvårdsområdet.

II.2 Kännedom och kunskap om patientlagen och patientens rätt

Vad som gör frågan om implementeringen av patientlagen så intressant är den bakomliggande ambitionen att åstadkomma ett fokus- och maktskifte där patienten sätts i centrum. Lagen syftar till att utveckla hela hälso- och sjukvårdssystemet i en viss riktning. Detta kan också tolkas som en förutsättning för att stärka patientens ställning, dvs. utan att hälso- och sjukvården som verksamhet och organisation radikalt utvecklas kommer inte heller patientens ställning att stärkas. I detta sammanhang blir frågan om kunskapsnivå, kunskapsspridning och kunskapsutveckling särskilt intressant.

II.2.1 Kunskap och norm

Det säger sig självt att brist på kunskap är ett avgörande hinder när det gäller implementering av ny lagstiftning. Inte lika självklart är dock vilken faktisk kunskap som krävs, och bland vilka, för att en lag som patientlagen ska kunna implementeras. Detta leder i sin tur till frågan vilka åtgärder till kunskapsspridning och lärande som vidtagits, samt vilka initiativ som bör tas framledes. När det gäller möjliggörande av patientlagens implementering är det olika former av kunskap som är relevant. Vi kan dela in kunskap i bl.a. följande kategorier:

- kännedom om lagens existens
- kunskap om lagens innehåll
- kunskap om lagens mål och syften
- kunskap om lagens innehåll i förhållande till andra centrala och överlappande lagar
- kunskap om lagens innebörd för patienterna och vad de kan ställa anspråk på
- kunskap om vad lagen betyder för hälso- och sjukvårdspersonalen och deras professionella yrkesutövning
- kunskap om vad lagen betyder för vårdgivarna och deras verksamhet
- kunskap om vad lagen betyder för hälso- och sjukvårdens huvudmän

- kunskap om vilken kunskapsutveckling som förutsätts för lagens implementering
- kunskap om vilka hinder som föreligger för implementering
- kunskap om hur lagen ska implementeras och hur hinder ska undanröjas av hälso- och sjukvårdens olika aktörer
- kunskap om konsekvenserna av att inte tillämpa och implementera lagstiftningen
- kunskap om vad som är önskvärda och icke önskvärda konsekvenser av lagstiftningen
- kunskap om hur man undviker icke önskvärda konsekvenser

En central som lika självklar insikt är att kunskap och norm är sammanflätade fenomen. I enlighet med den diskussion vi haft avseende patientlagen så måste lagens innehåll överföras till kompetens- och handlingsdirigerande normer inom ramen för hälso- och sjukvårdens handlingssystem. Det förutsätter kunskap, kunskapsspridning och även kunskapsutveckling. Intressant för detta arbete är följaktligen hur långt Vårdanalys kommit i sin analys av hur implementering av lagstiftning baseras kunskaps- och normutveckling.

11.2.2 Kännedom om vårdens skyldigheter

Vårdanalys ser i sin senaste utvärdering en viss ökning av hur många som har kännedom om vårdens skyldigheter enligt patientlagen. Samtidigt är det fortfarande fyra av tio patienter som anger att man har bristande kännedom. Man håller följaktligen fast vid den tidigare generella slutsatsen är att kunskapen om patientlagens innehåll är låg.⁵³³

Intressant i sammanhanget är hur man valt att ta reda vilken kännedom och kunskap patienterna har om sin rätt enligt patientlagens innehåll. Frågan är formulerad enligt följande och har följande svarsalternativ: ”Hur väl känner du till vilka skyldigheter enligt lag vården har gentemot dig som patient? 1) mycket väl, 2) ganska väl, 3) ganska dåligt, 4) inte alls.” År 2020 var det 59% de svarande patienterna som angav att de kände till skyldigheterna mycket eller ganska väl. Beträffande de tidigare undersökningarna var motsvarande siffra 28% år 2016 och 31% år 2014.⁵³⁴

När det gäller vårdpersonalens kännedom om sina skyldigheter enligt patientlagen vände sig Vårdanalys till patientnämnderna för att få deras uppfattning, dvs. Vårdanalys har inte gjort någon analys riktad till hälso- och sjukvårdens olika professioner. Patientnämnderna fick följande fråga och svarsalternativ: ”Grovt uppskattat – hur uppfattar ni vårdpersonalens kännedom om de skyldigheter de har gentemot patienter enligt patientlagen? 1) mycket bra, 2) ganska bra, 3) ganska dålig, 4) mycket dålig.” Patientnämnderna ska alltså välja ett av dessa alternativ när de karaktäriserar hela hälso- och sjukvårdspersonalen.⁵³⁵ Av de tillfrågade patientnämnderna valde två att inte uppskatta och tre fyllde i två svarsalternativ. Utfallet blev enligt följande: 0 mycket bra, 8 ganska bra, 13 ganska dålig, 1 mycket dålig. Patientnämnderna gavs

⁵³³ Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 10.

⁵³⁴ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 39.

⁵³⁵ a.a. s. 40.

också möjlighet att kommentera sina svar. En av kommenterarna var: ”Vi får in många synpunkter på att vårdcentraler har krävt att patienter ska lista om sig för att få vård.”⁵³⁶ Frågan är vad Vårdanalys egentligen kan dra för slutsatser av ovan ställda frågor. Detta gäller särskilt frågan som ställts till patientnämnderna.

11.2.3 Utmaningen att sprida och utveckla kunskap

När det gäller frågan om behovet av kunskapsspridning och kunskapsutveckling väljer Vårdanalys att i sin senaste utvärdering att fokusera på professionsutbildningarna. Särskilt intressant i detta sammanhang är att Vårdanalys förefaller betrakta utbildning i personcentrerad hälso- och sjukvård som, om inte ett inslag i utbildning om patientlagen, så i vart fall ett närbesläktat kunskapsområde av betydelse för att stärka patientens ställning.⁵³⁷

Utifrån sina intervjuer med företrädare för läkar- och sjuksköterskeprogrammen konstaterar man att dessa har löpande utbildningsmoment som berör medicinsk juridik, även om det är otydligt i vilken utsträckning dessa avser patientlagen. ”I vilken utsträckning utbildningarna berör patientlagen mer specifikt varierar mellan lärosätena, men kunskap om patientens rättigheter beskrivs som en förutsättning för att bli godkänd på programmet.”⁵³⁸ Intressant i sammanhanget är att företrädare från både läkar- och sjuksköterskeprogrammet lyfter fram att man fokuserar på den praktiska tillämpningen av lagen, bl.a. i förhållande till olika praktikfall.

Beträffande personcentrerad hälso- och sjukvård kommer man i utvärderingen fram till att kunskap härom är en viktig del av både läkarprogrammet och sjuksköterskeprogrammet. Samtidigt har utbildningen härom en mer framträdande roll i sjuksköterskeprogrammet. Beträffande själva upplägget av utbildningen konstateras avseende läkarprogrammet att ”(f)okus tycks ligga mer på metoder för att uppnå personcentrerad vård och mindre på den vetenskapliga forskningen som finns på området.”⁵³⁹ Beträffande sjuksköterskeprogrammet beskrivs utbildning om personcentrering som en framträdande del, både som etiskt förhållningssätt och som konkreta metoder.⁵⁴⁰ Ett ytterligare resultat från intervjuerna är betydelsen av fortbildning och kontinuerlig kompetensutveckling. I vilken utsträckning det förekommer utbildning i detta avseende framgår emellertid inte.⁵⁴¹

Vårdanalys utvecklar egentligen inte hur utbildning om patientlagen samspelar med utbildning om personcentrering. Indirekt framkommer dock att utbildningen om personcentrering i stor utsträckning består av kunskap om hur man i praktiken visar patienten respekt och gör patienten delaktig. Sammantaget vad gäller kunskap, kunskapsspridning och kunskapsutveckling är det ofrånkomligt att tänka på den slutsats som gjordes av Vårdanalys 2016: ”att vårdens aktörer hittills inte betraktat patientlagen som en reform som föranleder mer genomgripande förändringar.”⁵⁴²

⁵³⁶ a.a. s. 41–43.

⁵³⁷ a.a. s. 40.

⁵³⁸ a.a. s. 41.

⁵³⁹ a.a.

⁵⁴⁰ a.a. s. 42.

⁵⁴¹ a.a.

⁵⁴² Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 5.

11.3 Patientens faktiska ställning och lagens genomslag

Analysen av patientens faktiska ställning avser det faktiska utfallet av patientlagens och andra relevanta lagars implementering. Vårdanalys begränsar, vilket redan diskuterats, sin analys till att fråga om patienters m.fl. upplevelser av i vilken utsträckning vården lever upp till sina skyldigheter enligt patientlagen.⁵⁴³

11.3.1 Patientens generella ställning

I utvärderingen som gjordes 2017 konstateras att det sammantaget inte finns något som pekar på att patientens ställning har förbättrats sedan patientlagen infördes. ”Syftet med lagen har därför ännu inte uppnåtts. Vår före- och eftermätning, som utgår från patienternas erfarenheter, visar att patientens faktiska ställning är oförändrad eller försvagad.”⁵⁴⁴ Även om man i den senaste utvärderingen kunde urskilja vissa positiva tendenser kommer man fram till följande relativt långtgående slutsats. ”Våra resultat tydliggör att dagens lagstiftning i sig inte är tillräcklig för att stärka patientens ställning.”⁵⁴⁵ Slutsatsen är att lagen är ett misslyckande när det gäller att åstadkomma en stärkt ställning för patienten. Det efterfrågade fokus- och maktskifte som efterlystes av Patientmaktsutredningen har följaktligen, enligt de utvärderingar som gjorts, inte realiserats. I de olika utvärderingarna fokuserade man på lagens bestämmelser enligt följande:

- Tillgänglighet
- Information
- Samtycke
- Delaktighet
- Fast vårdkontakt och individuell planering
- Val av behandlingsalternativ
- Ny medicinsk bedömning
- Val av utförare
- Personuppgifter
- Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet

11.3.2 Tillgänglighet

Utfallet av den s.k. patientlagsenkäten är att det inte skett några förändringar i befolkningens syn på i vilken utsträckning de får tillgång till den vård som de behöver.⁵⁴⁶ I förhållande till frågan om hur lätt det var att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, eller att få träffa vårdpersonal, svarade 85% ”alltid eller ibland”, vilket var ungefär detsamma år 2016.⁵⁴⁷ I förhållande till 2014 har

⁵⁴³ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 32.

⁵⁴⁴ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 8.

⁵⁴⁵ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 6.

⁵⁴⁶ a.a. s. 44.

⁵⁴⁷ Jfr Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 10.

det skett en viss försämring. När det gäller vårdgarantin konstaterar man att det är en minskad andel som fått vård inom de angivna tidsgränserna.⁵⁴⁸ Lägst måluppfyllelse menar man föreligger avseende att bli erbjuden behandling inom den specialiserade vården. Sammantaget menar Vårdanalys att tillgängligheten i Sverige, utifrån ett internationellt perspektiv, är relativt låg. Detta menar man särskilt gäller väntetiderna.⁵⁴⁹

11.3.3 Information

När det gäller rätten till information har svaren varit relativt oförändrade åren 2014, 2016 och 2021, dvs. det har inte skett någon positiv utveckling sedan införandet av patientlagen.⁵⁵⁰ I patientlagsenkäten ställde man frågor avseende i vilken utsträckning patienten ansåg att denne: a) fått tillräcklig information, b) fått information vid rätt tillfälle, c) om informationen varit lätt att förstå, d) om de som informerat varit noga med att patienten förstått informationen och betydelsen av informationen, e) om patienten fått tillgång till skriftlig information när detta behövts eller efterfrågats, samt f) om närstående fått information om patienten själv inte kunnat ta emot den.⁵⁵¹ Svarsalternativen var 1) alltid, 2) ibland och 3) sällan, aldrig. Över tid anser ca 50% att man ”alltid” fått tillräcklig information, medan ca 10% menar att man sällan eller aldrig får tillräcklig information. När det gäller om informationen varit lätt att förstå anser ca 70% att informationen alltid varit lätt att förstå. I detta avseende har det skett en försämring sedan 2014 och 2016. Vid bedömningen av de övriga resultaten konstateras att det skett en liten förbättring avseenden den skriftliga informationen. I rapporten från 2017 konstaterades att det finns ett tydligt behov att utveckla den skriftliga informationen.⁵⁵²

11.3.4 Samtycke

När det gäller undersökningen av i vilken utsträckning skyldigheten att inhämta samtycken har implementerats valde Vårdanalys att formulera frågan enligt följande: ”I dina kontakter med vården de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du att din integritet respekterades?”⁵⁵³ Utfallet är att ca tre av fyra anser att deras integritet alltid respekteras. Det har skett en tydlig försämring sedan 2014 och 2016.

I de tidigare utvärderingarna frågade man även efter i vilken utsträckning personalen respekterade patientens beslut att inte vilja genomgå en behandling.⁵⁵⁴ Ca 60% angav att personalen alltid respekterade deras beslut. I förhållande till år 2014 hade det skett en mindre försämring.

⁵⁴⁸ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 45.

⁵⁴⁹ a.a. s. 48.

⁵⁵⁰ a.a. s. 49. Jfr Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 56.

⁵⁵¹ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 50.

⁵⁵² Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 56.

⁵⁵³ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 51.

⁵⁵⁴ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 61.

11.3.5 Delaktighet

Beträffande patienternas delaktighet konstaterar Vårdanalys att man inte kan urskilja vare sig några positiva eller negativa förändringar.⁵⁵⁵ Ca 50% svarade att de ”alltid” var delaktig i besluten om hur den egna vården utformades och genomfördes, vilket motsvarar utfallet 2016 och 2014. Samtidigt konstaterar man att en lägre andel patienter uppger att deras delaktighet i vården efterfrågas och välkomnas. Ca 20% angav år 2021 att de ”helt” instämde med påståendet: ”Min delaktighet i vården efterfrågades och välkomnades.” Detta är en tydlig försämring i förhållande till 2016 och 2014 då ca 30% angav att de helt instämde med påståendet. Vårdanalys drog följande slutsats i sammanhanget:

”Resultaten tyder på att patienter har sämre erfarenheter i frågor om delaktighet som rör personcentrering – såsom att vården är anpassad till patientens behov och önskemål eller att man får stöd till egenvård – jämfört med delaktighet i vårdmötet, såsom att få information och att vara delaktig i besluten om sin vård.”⁵⁵⁶

Vårdanalys hade i sin patientenkät ett antal ytterligare frågor som avsåg ”delaktighet som handlar om personcentrering”. Man ställde här tre frågor.⁵⁵⁷ Den första frågan avsåg om man känt sig trygg med att man fått den hjälp man behöver. Utfallet var att 72% instämde helt med att man fått den hjälp man behöver. Den andra frågan avsåg om vården är anpassad till sina behov och önskemål. På denna fråga svarade 69% att man helt instämde med påståendet. Beträffande den sista frågan skulle patienten ta ställning till påståendet att vården hjälpte hen att själv hantera/förbättra sig egen hälsa bl.a. genom stöd till egenvård. Utfallet var här att ca 23% helt höll med om detta påstående.

Utifrån en internationell jämförelse är det Vårdanalys slutsats att delaktigheten i Sverige är relativt låg, men att det också finns positiva inslag. Bland annat ser delaktigheten bättre ut för dem som är inlagda på sjukhus.⁵⁵⁸

11.3.6 Fast vårdkontakt och individuell planering

När det gäller fast vårdkontakt konstaterar Vårdanalys år 2021 att det är många som saknar en fast kontakt. Enligt patientenkäten svarade 39% att de har en fast vårdkontakt på vårdcentral/hälsocentral, medan 14% uppgav att de har fast vårdkontakt någon annanstans.⁵⁵⁹ Vidare konstaterar man att det inte föreligger någon förbättring av samordningen avseende patienternas kontakter med vården. Detta förklarar man åtminstone delvis med avsaknaden av fasta vårdkontakter.⁵⁶⁰ En slutsats är också att det är vanligare att personer med större vårdbehov har

⁵⁵⁵ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 51.

⁵⁵⁶ a.a. s. 51–52.

⁵⁵⁷ a.a. s. 53–54.

⁵⁵⁸ a.a. s. 55.

⁵⁵⁹ a.a. s. 55–56.

⁵⁶⁰ a.a. s. 55. Jfr Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 61.

en fast vårdkontakt.⁵⁶¹ Intressant är också att 38% av dem som saknade fast vårdkontakt anser att det har behov av en sådan.⁵⁶²

En fråga i patientenkäten avsåg samordning. ”I vilken grad anser du att samordningen av dina kontakter med vården sker på ett ändamålsenligt sätt?” Utfallet år 2021 är att 62% av patienterna svarade att samordningen är ändamålsenlig i hög eller mycket hög grad.⁵⁶³ Detta är en försämring i förhållande till tidigare enkäter.

Beträffande förekomsten av individuell plan har det skett en tydlig ökning. Av dem som har behov av koordinerade insatser mellan omsorg och hälso- och sjukvård är det 67% som har en individuell plan.⁵⁶⁴ Motsvarande siffra år 2014 och 2016 var ca 37%. På frågan om patienten tycker att den individuella planen varit till hjälp så svarade över 60% ja.

11.3.7 Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel

I utvärderingen 2020 ställdes inga frågor om patientens upplevda faktiska ställning i dessa delar. I de två tidigare patientenkäterna frågade Vårdanalys efter i vilken grad patienten upplever att man fått vara delaktig i valet av behandlingsalternativ.⁵⁶⁵ Utfallet var i princip detsamma vid baslinjemätning 2014, dvs. innan lagen trädde i kraft, och vid utvärderingen 2016. Ca 70% angav att de varit delaktiga i mycket hög grad eller i hög grad. I de tidigare patientenkäterna frågade man också i vilken grad patienterna fått information om vilka metoder som fanns för undersökning, vård och behandling av tillstånd. År 2014 var det ca 50% som angav att man alltid fått information. Vid den andra mätningen var det ca 4% färre som angav att man alltid fått information, vilket kan tolkas som att lagen fått ett negativt genomslag. Vid båda mätningarna var det ca 20% som angav att de sällan eller aldrig fått information.

Av svaren från patientenkäten 2016 konstaterade Vårdanalys att det fanns skillnader mellan kvinnor om män vad gäller val av behandlingsalternativ.⁵⁶⁶ Ca 66% av kvinnorna svarade att de varit delaktiga i mycket hög eller hög grad, medan motsvarande andel var 72% för män. Utifrån en internationell jämförelse konstaterade Vårdanalys i sin rapport från år 2017 att det är betydligt färre patienter i Sverige än i andra länder som anger att vårdpersonal diskuterat behandlingsalternativ med dem.⁵⁶⁷

⁵⁶¹ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 57.

⁵⁶² a.a. s. 58.

⁵⁶³ a.a.

⁵⁶⁴ a.a. s. 60.

⁵⁶⁵ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 75.

⁵⁶⁶ a.a. s. 76.

⁵⁶⁷ a.a. s. 76.

11.3.8 Ny medicinsk bedömning

Vårdanalys konstaterar i sin rapport från 2021 att ”(ö)vergripande pekar resultaten på att andelen patienter som anger att de någon gång erbjudits en ny medicinsk bedömning har ökat jämfört med tidigare år.”⁵⁶⁸ De konstaterar vidare att en av tio personer har uppgett att de inte blivit erbjudna en ny medicinsk bedömning trots att de har en allvarlig sjukdom och att de velat ha en ny bedömning. Detta kryptiska konstaterande måste förstås utifrån den omständigheten att ca 75% på samma fråga, om du någon gång blivit erbjuden en ny medicinsk bedömning, svarade att de aldrig haft någon allvarlig sjukdom och att det därför inte varit aktuellt. Av de 25% som anser sig ha en allvarlig sjukdom, var det följaktligen 40% som inte fick något erbjudande om ny medicinsk bedömning.⁵⁶⁹

11.3.9 Val av utförare

Vårdanalys fick i den senaste utvärderingen av patientlagen ett särskilt uppdrag att utvärdera individens möjlighet att välja vårdgivare. I vårt arbete kommer vi att endast redogöra för de huvudsakliga slutsatserna i detta avseende. Intressant i sammanhanget är att Vårdanalys när man får i uppdrag att fördjupa utvärderingen av ett specifikt kapitel i patientlagen anlägger ett mer systembaserat perspektiv. När det gäller sina huvudslutsatser börjar man med att konstatera att det i praktiken finns flera valfrihetssystem.

”Regioner har valt olika sätt att organisera och styra vården, vilket innebär att utbudet av vårdgivare skiljer sig åt. Därutöver kan väntetiderna hos olika vårdgivare variera, och remisskraven är inte desamma i alla regioner... Regionerna har också genom patientlagen fått delvis andra förutsättningar för att organisera och planera vården, eftersom vårdgivare som är etablerade i en region på ett tydligare sätt kan erbjuda vård till patienter från hela landet.”⁵⁷⁰

Det framkommer följaktligen att Vårdanalys inser att det krävs ett pluralistiskt systemperspektiv om man ska förstå och även hantera vårdvalet.

När det gäller patientupplevelsen konstaterade Vårdanalys i den tidigare utvärderingen från 2017, vilken i högre grad begränsades till patientenkäten, att en ökad andel patienter anser att de har fått den praktiska hjälp och stöd de har behövt för valet, men även här finns utrymme för förbättring.⁵⁷¹ I den mer fördjupade analysen lyfter man fram andra perspektiv.⁵⁷² Man konstaterar att patienter är generellt positiva till att kunna välja vårdgivare. Vidare konstaterar man att det framför allt är yngre och de som har bättre ekonomi som utnyttjar valfriheten. Man ser också en risk för att detta kommer att motverka jämlikhet

⁵⁶⁸ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 62. Jfr Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 80.

⁵⁶⁹ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 62.

⁵⁷⁰ a.a. s. 90.

⁵⁷¹ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 85

⁵⁷² Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 87.

och leda till felprioriteringar i hälso- och sjukvården.⁵⁷³ En intressant huvudslutsats är att man konstaterar att kunskapen om valfrihetens konsekvenser är bristfällig inom forskningen och att detta även gäller inom regionerna. Från de egna studierna har man kunnat konstatera att det är närhet till vård som har störst betydelse för vårdvalet och att patientflödena mellan regionerna inte påverkats i någon större utsträckning. Samtidigt ser man att den digitala utomlänsvården har ökat markant.⁵⁷⁴

11.3.10 Personuppgifter och intyg

Beträffande dessa regler ställdes en fråga i patientenkäten: ”På det hela taget, hur stort förtroende har du för att hälso- och sjukvården hanterar och skyddar din patientinformation från obehöriga?” Över 80% svarade att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende. Resultaten är ungefär desamma som tidigare års patientenkät.⁵⁷⁵ Det är dock inte uppenbart vilka slutsatser vi kan dra avseende patientlagens implementering.

11.3.11 Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet

I patientenkäten från 2020 har Vårdanalys ändrat frågan avseende klagomål, varför man inte kan göra direkta jämförelser med tidigare patientenkäter. Vårdanalys frågade om patienten m.fl. har framfört några klagomål eller synpunkter de senast 12 månaderna, där utfallet var att 73% svarade nej. Vårdanalys ställde vidare en följdfråga till dem som framfört klagomål om de var nöjda med den hjälp av den organisation de vänt sig till. Utfallet var att ca 40% var delvis eller helt missnöjd med den hjälp de fått. Ca 20% var helt nöjda och 40% var delvis nöjd.⁵⁷⁶ Vårdanalys tolkar utfallet som att det finns fortsatta brister, men att det ändå finns tecken på förbättringar.

11.3.12 Sammanfattning om patientens ställning

Vårdanalys slutsats avseende utvecklingen av patientens faktiska ställning under de år som utvärderingar gjorts är som sagt att det finns få tecken på att efterlevnaden har förbättrats.⁵⁷⁷ Man konstaterar också att vissa av patientlagens bestämmelser förefaller vara särskilt utmanande att implementera. I detta avseende pekar Vårdanalys bl.a. på delaktighetsbestämmelsen som man också relaterar till frågan om personcentrerad hälso- och sjukvård. Samtidigt konstaterar man att det skett vissa förbättringar när det gäller möjligheterna till delaktig och information för patienter med större vårdbehov. Vårdanalys gör också en övergripande slutsats som inte kan tolkas annorlunda än att man i sina studier kommit fram till att patienter eftersträvar att patientlagen implementeras och att hälso- och sjukvården blir mer personcentrerad.

⁵⁷³ a.a.

⁵⁷⁴ a.a.

⁵⁷⁵ a.a. s. 63.

⁵⁷⁶ a.a. s. 64–65.

⁵⁷⁷ a.a. s. 35.

”Vi ser att patienter vill vara mer delaktiga i sin vård och vården behöver i högre utsträckning utgå ifrån patientens upplevelse och behov. Vi ser också att patienter vill ha högre personkontinuitet, och våra analyser visar att personer med fasta kontakter genomgående har bättre erfarenheter av vården, jämfört med patienter som saknar detta.”⁵⁷⁸

Som ett viktigt resultat lyfter Vårdanalys även fram att erfarenheterna skiljer sig mellan olika grupper i samhället.⁵⁷⁹ Personer med s.k. dålig självskattad hälsa och personer med utländsk bakgrund tillhör dem som har sämre erfarenheter.⁵⁸⁰

En viktig begränsning i sammanhanget är att de enkätstudier som gjorts fokuserar på vad patienterna upplever utifrån relativt generella frågor. Att dra slutsatser om hur något faktiskt förhåller sig med utgångspunkt i patienters m.fl. grova värdebaserade uppskattningar är inte oproblematiskt.

11.4 Patienternas rättsliga ställning

I utvärderingen som rapporterades 2017 gjorde Vårdanalys en mer ingående studie av patientens rättsliga ställning. Slutsatsen var att patientens rättsliga ställning fortfarande är svag. Vårdanalys menar att en huvudförklaring till att patientens faktiska ställning är svag är att patientens rättsliga ställning är svag. Intressant för detta arbete är hur de sammanfattar varför den rättsliga ställningen är svag.

”De största bristerna i patientens rättsliga ställning är den kombinerade avsaknaden av tydlighet i lagstiftningen (skyldigheterna är varken preciserade eller har en tydlig adressat) samt avsaknaden av tillsyn, kontroll eller annan uppföljning av om lagen följs. Dessutom saknas legala rättigheter vilket innebär att patienten, med något undantag, saknar möjligheter att få sin sak prövad i domstol. Dessa brister fanns tidigare och kvarstår även med patientlagen.”⁵⁸¹

Detta är slutsatser som Vårdanalys också återkommer till i sin senaste utvärdering från 2021.⁵⁸² Utfallet av analysen av patientens rättsliga ställning var att man rekommenderade regeringen att ta initiativ till en samlad översyn i syfte att stärka patientens rättsliga ställning.⁵⁸³

11.4.1 Bristen på tydlighet i patientlagens bestämmelser

Redan av vad som sagts i förevarande kapitel är det tydligt att vi delar Vårdanalys slutsats om bristen på tydlighet vad gäller adressat för patientlagens bestämmelser och vad som förväntas av hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Vårdanalys utvecklar denna kritik avseende patientens bristande rättsliga ställning:

”En slutsats av vår granskning är att patientlagen fortfarande är kvar i en ramlagsmodell, med många bestämmelser som har karaktären av oprecisa målbestämmelser. Skyldigheterna i lagstiftningen

⁵⁷⁸ a.a. s. 140.

⁵⁷⁹ Det var som konstaterats en av regeringen särskild ålagd uppgift att undersöka skillnader i detta avseende.

⁵⁸⁰ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 35.

⁵⁸¹ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 11.

⁵⁸² Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 151–156.

⁵⁸³ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 15.

ges främst som så kallad indirekt innehållsstyrning eller som styrning genom form- och handläggningskrav. Den indirekta innehållsstyrningen innebär att det finns ett stort tolkningsutrymme för tillämparen och form- och handläggningskraven tar sikte på processen snarare än på innehållet. Det saknas oftast precisering av lagbestämmelserna genom normering på lägre nivå i form av förordning eller föreskrifter. Likaså saknas handböcker och liknande vägledning. Det saknas också insatser från vårdgivares och huvudmäns sida när det gäller att precisera bestämmelserna. Lagen har inte heller tydliggjort vem som ansvarar för att fullgöra skyldigheterna.”⁵⁸⁴

Detta är en slutsats som även vi delar, med utgångspunkt i vår egen analys. Vårdanalys konstaterar vidare att otydligheten förstärks genom att det oftast är flera aktörer som har ansvar för att säkerställa att bestämmelserna följs.⁵⁸⁵ Vårdanalys lyfter fram att det är osäkert i vilken utsträckning ansvar faller på region, kommun, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och den som ansvarar för den specifika vårdinsatsen.⁵⁸⁶

Avgörande i sammanhanget är den slutsats som görs i utvärderingen från 2021, att bristen på tydlighet ”ställer stora krav på huvudmän och vårdgivare att förtydliga och precisera hur lagens bestämmelser ska efterlevas, för att den ska omsättas i praktisk handling.”⁵⁸⁷ Detta är kanske den viktigaste slutsatsen som Vårdanalys gör och man kan också ifrågasätta varför inte denna var utgångspunkten för hela Vårdanalys arbete. Utifrån förevarande arbetets fokus på handlingssystem kan vi konstatera att huvudproblemet är att regionerna och kommunerna inte utvecklat handlingssystem för implementering av patientlagen. Patientlagens bestämmelser kan inte hanteras som abstrakta målnormer, utan måste implementeras som kvalifikationsnormer, kompetensnormer och handlingsdirigerande normer. Uppenbarligen förutsätter det mer stöd och större påtryckningar från statsmaktens sida, men i slutändan är det ändå regionernas och kommunernas ansvar att säkerställa att detta sker.

Vårdanalys rekommenderar att regeringen ska ta initiativ till att förtydliga patientlagen avseende vem som bär ansvaret och har till uppgift att utföra de skyldigheter som i dag föreligger.⁵⁸⁸ Man efterlyser här bl.a. att frågan om informerat samtycke behöver tydliggöras. Särskilt intressant är också att man efterlyser att frågan om personcentrering behöver tydliggöras.⁵⁸⁹ Vårdanalys föreslår att det ska tydligare framgå att informationsskyldigheten även innefattar att ta emot information från patienten. Av fundamental betydelse, utifrån vårt perspektiv, är att man samtidigt förklarar: ”För att patientlagen ska omsättas i praktisk handling krävs även fortsatt att huvudmän och vårdgivare tydliggör lagens innehåll och preciserar hur bestämmelserna ska efterlevas, till exempel genom lokala regler och rutiner.”⁵⁹⁰

⁵⁸⁴ a.a. s. III–II2.

⁵⁸⁵ I sina slutsatser lyfter man även fram problemet med lagstiftningstekniken där snarlika bestämmelser återkommer i flera lagar. Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 152.

⁵⁸⁶ a.a. s. 151.

⁵⁸⁷ a.a. s. 152.

⁵⁸⁸ a.a. s. 158.

⁵⁸⁹ a.a.

⁵⁹⁰ a.a.

11.4.2 Avsaknaden av utkrävbarhet, sanktioner och prövning av domstol

Ett annat huvudskäl till varför patientens rättsliga ställning är svag är enligt Vårdanalys att patientlagen inte ger individerna någon rätt till individuell prövning eller rätt att överklaga beslut till domstol.⁵⁹¹ Vårdanalys uppställde, med utgångspunkt i en analys av rättsvetenskapens förhållningssätt till rättigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet, ett antal frågor att förhålla sig till i detta sammanhang:

- ”1. Är förmånen formulerad som en individuell rättighet eller är det fråga om en generell reglering?
2. Är förutsättningarna för att erhålla förmånen angivna i lag?
3. Är förmånens innehåll angivet i lag?
4. Är förmånen beroende av budgetanslag?
5. Föreligger överklagningsrätt?
6. Finns i lagen angivet former för statlig tillsyn och kontroll?
7. Finns i lagen angivna sanktionsmöjligheter gentemot myndigheter för utkrävande av individuella rättigheter?”⁵⁹²

Vårdanalys konstaterade följaktligen att patientlagens bestämmelser utifrån dessa frågor ger patienten en svag rättslig ställning. Vårdanalys lyfter särskilt fram bristen på ”rättigheter med utkrävbarhet”. Med hänvisning till bl.a. Rynning konstaterar man att det saknas rättigheter som anger tydliga rättsföljder.⁵⁹³ Man observerar i sig den särskilda situation som råder avseende rätten att avstå från vård och rätten att ta del av sin patientjournal. Samtidigt konstaterar man att det egentligen inte finns några sanktioner vid bristande tillämpning på vare sig verksamhetsnivå eller individuell nivå. Sanktioner kan aktualiseras först då personal och vårdgivare bryter mot patientsäkerhetslagens bestämmelser.⁵⁹⁴

Vårdanalys rekommenderar regeringen, i sin rapport från 2017, att göra en ordentlig översyn av patientlagen för att stärka patientens rättsliga ställning.⁵⁹⁵ Intressant är hur man i den senaste utvärderingen nyanserar bilden med att tydliggöra att möjligheten till överprövning inte nödvändigtvis är så svag som man gjort gällande tidigare med beaktande av rättigheterna i Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna (EKMR).⁵⁹⁶ Man lyfter fram den kritik Sverige fått från Europadomstolen för att man inte tillhandahåller möjligheter till rättslig prövning och de möjligheter som numer föreligger avseende tillämpningen av förvaltningslagen.⁵⁹⁷ Se ovan diskussion om innebörden av att undantaget för hälso- och sjukvård tagits bort i den nya förvaltningslagen.⁵⁹⁸

⁵⁹¹ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. III–III2.

⁵⁹² a.a. s. II4–II5.

⁵⁹³ a.a. s. 128–129.

⁵⁹⁴ a.a. s. 142.

⁵⁹⁵ a.a. s. 218.

⁵⁹⁶ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 158.

⁵⁹⁷ Vårdanalys hänvisar till bland annat Sporrang och Lönnroth mot Sverige, mål nr 1/1981/40/58-59 och Söderman mot Sverige, mål nr 5786/08.

⁵⁹⁸ Se ovan om rättighetsdiskussionen i avsnitt 2.3.

11.4.3 Utvecklad ordning för klagomål och tillsyn

Ett ytterligare skäl till patientens svaga rättsliga ställning är enligt Vårdanalys att patienten har begränsade möjligheter att få en oberoende prövning av klagomål avseende tillämpningen av patientlagens bestämmelser.⁵⁹⁹ Vårdanalys konstaterar att brister i tillämpningen inte kan prövas individuellt i någon oberoende instans. Det är dessutom Vårdanalys slutsats att patientens ställning som part tunnats ut när det gäller IVO:s prövning av klagomål avseende patientsäkerhet.⁶⁰⁰ Någon prövning av tillämpningen av patientlagen görs som utgångspunkt inte av IVO, utan patientnämnderna. Detta lyfts fram som utmanande då patientnämndernas uppgift är att stötta patienterna.⁶⁰¹ Patientnämnderna har som beskrivits ovan inte något rättsligt mandat att fatta några beslut eller vidta några åtgärder mot hälso- och sjukvårdens olika aktörer.

Genom sin empiriska studie konstaterar Vårdanalys att patienterna ofta upplever det som oklart var de ska vända sig med synpunkter och klagomål och vem de kan få hjälp av.⁶⁰² Utvärdering visar att majoriteten av patienterna som vill framföra synpunkter och klagomål väljer att avstå från att göra det.⁶⁰³ Därtill är det en liten andel av de patienter som framför synpunkter som är nöjda med den hjälp de har fått, vilket är en tydlig indikation på att rätten att lämna synpunkter och klagomål inte har en stark ställning för den enskilda patienten.⁶⁰⁴

Vårdanalys konstaterar vidare att den omständigheten att ingen vare sig statlig eller regional aktör har till uppgift att utöva tillsyn av patientlagens tillämpning påverkar patientens rättsliga ställning.⁶⁰⁵ Man konstaterar att inte ens vårdgivarna har någon ordning för att överblicka patientlagens tillämpning. Detta iakttagande är särskilt intressant för förevarande arbete. Återigen står det klart att regionerna inte nödvändigtvis ser det som sin uppgift att styra hälso- och sjukvården och att upprätta handlingsystem för patientlagens tillämpning. I sin senaste utvärdering efterfrågar Vårdanalys ”rättsligt bindande verktyg att använda mot huvudmännen, för situationer där man uttömt möjligheten att genomdriva huvudmännens ansvar med frivilliga metoder.”⁶⁰⁶

599 Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 135.

600 a.a. s. 135.

601 a.a. s. 136.

602 SOU 2015:102 Fråga patienten: Nya perspektiv i klagomål och tillsyn s. 11.

603 Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 105.

604 a.a.

605 a.a. s. 136.

606 Vårdanalys tar här fasta på det arbete som gjorts avseende klagomålshantering av IVO tillsammans med företrädare för patientnämnder, regioner och kommuner. Arbetet baserades på ett regeringsuppdrag från 2015 att skapa en långsiktig samverkansstruktur för analys och återkoppling av klagomål. Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 155–156.

11.4.4 Egen kontroll

En intressant rekommendation som görs redan i 2017-rapporten är att vårdgivaren ska ha en skyldighet till egenkontroll avseende patientens ställning. Det finns redan krav på egenkontroll och en berättelse avseende patientsäkerhet enligt patientsäkerhetslagen.

”Det skulle till exempel kunna innebära att vårdgivaren dels ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för arbetet med patientlagen är fördelat inom verksamheten, dels ska upprätta en berättelse avseende patientens ställning varje år.”⁶⁰⁷

Vad som gör denna rekommendation extra intressant är att det är så tydligt att det handlar om att ställa krav på en organisatorisk handlingsordning för hur ansvar ska fördelas, vilket är att betrakta som ett rättsligt handlingssystem.

11.5 Hinder och utmaningar för att stärka patientens ställning

Ett viktigt inslag i Vårdanalys uppdrag var att identifiera orsakerna till en bristande implementering såväl som till oförutsedda effekter. Enligt uppdraget ska Vårdanalys även ge rekommendationer till hur situationen kan förbättras.⁶⁰⁸ I detta avsnitt ska vi redogöra för och diskutera vissa av Vårdanalys slutsatser avseende hinder och orsaker till den bristande implementering. Ovan beskrivna analys av patientens rättsliga ställning innefattas i sig i analysen av orsakerna till att patientens faktiska ställning är fortsatt svag. Som vi redan konstaterat skiljer Vårdanalys mellan patientens faktiska och rättsliga ställning, men gör ingen explicit distinktion i förhållandet till patientens rättsliga ställning inom ramen för hälso- och sjukvårdens handlingssystem. Vi kommer dock att göra vissa tolkningar av deras slutsatser utifrån denna distinktion.

11.5.1 Bristen på kunskap om patientlagen

Vi har redan inledningsvis diskuterat betydelsen av kunskap när det gäller implementering av lagstiftning. I det arbete som låg till grund för rapporten Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag från 2016 valde man att mer explicit tittade på hur hälso- och sjukvården hittills hade jobbat med att säkerställa patientlagens genomslag. Dessutom var man intresserade av att ringa in vilka huvudsakliga hinder som finns för patientlagens genomslag.⁶⁰⁹ I sin utredning konstaterade man att ett tydligt hinder var att kunskapen om patientlagens innehåll är låg.⁶¹⁰ Utifrån de intervjuerna som genomfördes drog man slutsatsen att hälso- och sjukvårdens olika verksamheter har svårt att omsätta lagen i praktiken då det saknas samsyn kring hur patientlagen ska tolkas i praktiken. Detta, menar Vårdanalys, gäller bl.a. för fast vårdkontakt, förnyad bedömning och patientens samtycke.⁶¹¹ Bilden av bristande kunskap som hinder bekräftas i

607 Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 219.

608 Socialdepartementet. Uppdrag att följa upp implementeringen av den nya patientlagen s. 3.

609 Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s.28.

610 a.a. s. 10.

611 a.a.

en den uppföljande studien ”Lag utan genomslag” som rapporteras 2017. Av patientenkäten kunde Vårdanalys dra slutsatsen att andelen personer som känner till vilka skyldigheter vården har gentemot dem inte ökat sedan patientlagen infördes. Detta gäller både för patienter och för allmänheten. Dessutom konstaterar man att kunskapen om lagen är fortsatt låg bland hälso- och sjukvårdspersonal.⁶¹²

Vårdanalys utvecklar utvärderingen gällande bristen på kunskap såtillvida att man utifrån sin analys menar att hälso- och sjukvården brister när det gäller kompetensförsörjning. Utifrån vårt perspektiv hade det behövt spetsats till ytterligare och tydliggöras att kompetensförsörjning i detta avseende handlar om ett säkerställande av både ett normbaserat ansvarstagande och professionell skicklighet. Det är inte frågan om medvetenhet om existensen av en lag, utan om kunskap i form av normer – kvalifikationsnormer i förhållande till vad som är god vård m.m., kompetensnormer för olika aktörer i hälso- och sjukvården, samt handlingsdirigerande normer om hur de konkreta insatserna ska göras. Vi har i detta sammanhang redan diskuterat hur Vårdanalys lyfter fram vikten av personcentrerad hälso- och sjukvård. Intressant är också att Vårdanalys redan i rapporten från 2016 lyfter fram vikten av en bredare kunskap om effekterna av patient- och personcentrerad vård.⁶¹³

I sin senaste utvärdering ger Vårdanalys ett antal rekommendationer. När det gäller kunskapsutveckling rekommenderar man huvudmän och vårdgivare att de genom förbättrad och anpassad information bör öka kunskapen om patientlagens bestämmelser bland patienter och vårdpersonal.⁶¹⁴ Vidare rekommenderar man huvudmän, men även universitet och högskolor, att genom kunskapsstöd och utbildning bidra till utvecklandet av metoder m.m. som möjliggör implementering av patientlagen.⁶¹⁵

11.5.2 Bristen på verktyg och handlingssystem

En viktig slutsats som är nära förknippad med hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om patientlagen och behov av kompetensutveckling är att det saknas verktyg och stödsystem.⁶¹⁶ Återkommande konstaterar Vårdanalys att hälso- och sjukvårdens verksamheter saknar verktyg m.m. att omsätta lagen i praktiken.⁶¹⁷ Redan i baslinjemätningen konstaterade man att patientlagen inte ger handfast hjälp i den kliniska vardagen.⁶¹⁸ Detta kan ur vårt perspektiv också tolkas som att man i hälso- och sjukvården saknar förmåga att översätta patientlagens bestämmelser till konkreta normbaserade handlingssystem.

⁶¹² Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 10.

⁶¹³ Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 13–14 och s. 68.

⁶¹⁴ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 159.

⁶¹⁵ a.a.

⁶¹⁶ Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 10. Se även Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 179.

⁶¹⁷ Se bl.a. Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 46.

⁶¹⁸ Vårdanalys, Rapport 2015:1 Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning s. 182.

Vårdanalys ser det följaktligen som att ett hinder att det saknas modeller, rutiner och andra verktyg för hur patientlagens ska implementeras. Resultatet från intervjuerna tycks därför vara att det saknas konkreta verktyg för att arbeta enligt patientlagens intentioner och att frånvaron utgör ett hinder för att kunna omsätta lagen i praktiken.⁶¹⁹ Vårdanalys förslag enligt ovan, att huvudmän och även universitet ska utveckla metoder, kan också förstås som rekommendationer att utveckla verktyg och förslag på rutiner m.m. för implementering av patientlagens olika delar. Det är också tydligt att Vårdanalys ser personcentrerade arbetssätt som sådana metoder.

Av intresse för detta arbete är också betydelsen av digitalisering. I utvärderingen från 2016 gjorde Vårdanalys följande reflektion kring förståelsen av samspelet mellan verktyg och handlingssystem:

”Förändringar av den här typen innefattar inte bara nya processer och arbetsmetoder. Även nya tekniska lösningar eller andra hjälpmedel som underlättar för vården att anpassa sig till individens behov kan innebära möjligheter. Men då behöver också vården anpassas – dels i synen på hur vård kan ges inom ramen för ny teknik, dels i ersättnings- och styrsystem.”⁶²⁰

Uttalandet kan tolkas utifrån en kontext där Vårdanalys förefaller medvetna om att hälso- och sjukvården befinner sig i ett paradigmskifte där strävande om personcentrering och digitalisering utgör drivkrafter.

I den påföljande utvärderingen från 2017 lyfter Vårdanalys mer explicit fram digitalisering som medel och verktyg för att möjliggöra implementering av patientlagen.⁶²¹

”Flera av förutsättningarna för att stärka patientens ställning är kopplade till behovet av att ta tillvara digitaliseringens möjligheter. Digitaliseringen kan bland annat öka möjligheterna för patienter och vårdgivare att enklare dela information med varandra samt bidra till att de kan använda sin tid mer effektivt.”⁶²²

I sin senaste utvärdering rekommenderar Vårdanalys både regering och huvudmän att de ska prioritera utvecklingen av digital infrastruktur och digitala tjänster för att främja informationsdelning mellan patienter och vårdgivare. I detta avseende menar man att regeringen tillsammans med regioner och kommuner bör stärka förutsättningarna för informationsutbyte.⁶²³ Med vår terminologi är det ett för Vårdanalys prioriterat område hur man kan använda digitalisering både som metodorienterade verktyg och hur man med digitala medel kan utveckla handlingssystem för bl.a. informationshantering.

619 Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 48.

620 a.a.

621 Detta lyftes fram tidigt se bl.a. Vårdanalys, a.a. s. 73. Jfr även förslaget om digitalisering som möjliggör en starkare ställning för patienten. Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 149.

622 Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 186.

623 Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 160.

11.5.3 Bristen på incitament och vilja att prioritera patientlagens implementering

Ett annat centralt hinder är att det saknas incitament för hälso- och sjukvårdens huvudmän, vårdgivare och även hälso- och sjukvårdspersonal att implementera patientlagen. Det saknas som man uttrycker det ”incitament för förändrade arbets-sätt.”⁶²⁴ Detta är en i sig mycket viktig slutsats för detta arbete, med beaktande av att hälso- och sjukvården som verksamhet är beroende av att kontinuerligt kunna utvecklas för att kunna tillhandahålla högkvalitativ hälso- och sjukvård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁶²⁵

När Vårdanalys ska sammanfatta den rådande situationen konstaterar man utifrån sina intervjuer att det råder konkurrens om uppmärksamhet.⁶²⁶ Man konstaterar vidare att regionerna brottas med ansträngd ekonomi.⁶²⁷ En ytterligare intressant slutsats var att ersättningssystemen inte främjar innovation och förnyade arbetssätt.⁶²⁸ Detta är följaktligen omständigheter gör att det inte föreligger incitament att implementera patientlagen. Detta är utan tvekan allvarliga hinder som behöver hanteras.

I sin senaste uppföljning av patientlagens implementering förefaller Vårdanalys vara av uppfattningen att det inte funnits tillräckliga förutsättningar för hälso- och sjukvården att tillämpa patientlagen och att de genomförda insatserna inte varit tillräckliga.⁶²⁹ Detta kan tolkas som att staten inte har gjort tillräckligt för att skapa incitament för hälso- och sjukvården på huvudmannan-, vårdgivar- och professionsnivå att implementera patientlagen i hälso- och sjukvården. Det kan också tolkas som att hälso- och sjukvårdens huvudmän inte gjort tillräckligt för att skapa förutsättningar för lagens implementering i verksamheten. I någon mening avses säkerligen båda tolkningar. I uppföljningen från 2017 konstaterade man också att några specifika ekonomiska incitament avseende implementering av patientlagen inte har tillhandahållits av vare sig regionerna eller staten.⁶³⁰

I sina rekommendationer vänder sig Vårdanalys till hälso- och sjukvårdens huvudmän och förespråkar att de ska ställa tydliga krav på och även skapa incitament för vårdgivare att uppfylla skyldigheterna enligt patientlagen. Vårdanalys menar att huvudmännen bl.a. bör uppställa krav på att patientlagen efterlevs i sina avtal med vårdgivare, se vidare under nästa rubrik.⁶³¹

624 Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 13–14.

625 Redan under baslinjemätningen konstaterade Vårdanalys: ”Verksamhetscheferna tycks anse att patientlagen till stor del redan är implementerad och att arbetet löper på relativt oproblematiskt. Det finns då inte några större anledningar att prioritera åtgärder inom området.” Vårdanalys, Rapport 2015:1 Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning s. 183.

626 Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 10.

627 a.a. s. 11.

628 a.a. s. 56.

629 Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 150.

630 Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 169.

631 Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 162.

11.5.4 Bristen på ledning, organisation och handlingssystem

Ett för detta arbete särskilt viktigt hinder är bristen på ansvarstagande inom ramen för hälso- och sjukvårdsorganisationen. Detta är ett hinder som Vårdanalys återkommit till utifrån olika perspektiv. Vi har redan diskuterat hindret utifrån frågan om bristande incitament. Återkommande har Vårdanalys lyft fram frågan om brist på ledarskap som hinder. I rapporten från 2016 konstateras att ett starkt och engagerat ledarskap är en nyckelfaktor vid införandet av personcentrerad vård, vilket får tolkas som att man menar att ledarskap i detta avseende också handlar om ledarskap för implementering av patientlagens bestämmelser.⁶³² I rapporten från 2017 förklarar Vårdanalys att bristen på s.k. förändringsledning utgör ett tydligt hinder.

”En förutsättning för att lyckas med att förändra organisationer och arbetssätt är att det finns kunskap om hur förändringsarbetet ska bedrivas... En förklaring till misslyckandena är att värden saknar så kallad förbättringskunskap, vilket är en egen specialistkompetens som omfattar kunskaper och färdigheter i att arbeta med system, förstå variation, förändringspsykologi och pedagogik. Denna kunskap behöver komplettera vårdprofessionernas professionella kunskap, som omfattar ämneskunskap och färdigheter i hur man botar, lindrar och tröstar samt värderingar och etik.”⁶³³

Vårdanalys konstaterar också att det finns ett övergripande behov att arbeta med ledningssystem.⁶³⁴

Vårdanalys konstaterar vidare i rapporten från 2017 att patientlagen i låg grad har påverkat hälso- och sjukvårdens organisation och verksamhet. Man konstaterar att det är ett s.k. verksamhetsperspektiv som styr och detta innefattar inte ett patientperspektiv.⁶³⁵ Av den empiriska utvärderingen framgår i sig att chefer inom hälso- och sjukvården anser att bl.a. patientdelaktighet är ett prioriterat område, men att det i praktiken inte genomförs i någon större utsträckning.⁶³⁶ Förklaringar som lyfts fram är att regionerna och även vårdgivarna har en ansträngd ekonomi.⁶³⁷ Särskilt viktig är slutsatsen att om lagens olika delar ska etableras i praktiken så måste de integreras i regionernas styrsystem.⁶³⁸ I detta sammanhang blir det särskilt tydligt att det krävs vad vi diskuterar som rättsliga handlingssystem. Ett särskilt intressant sådant exempel lyfts fram i rapporten från 2017. Vårdanalys förklarar att det föreligger behov av att arbeta med ledningssystem. Detta är handlingssystem för att ”planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten för att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård.”⁶³⁹

⁶³² Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 12.

⁶³³ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 173.

⁶³⁴ a.a. s. 198.

⁶³⁵ a.a. s. 170.

⁶³⁶ a.a. s. 171.

⁶³⁷ Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 11. Se även Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 171.

⁶³⁸ Vårdanalys, Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag s. 11.

⁶³⁹ Vårdanalys, Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 198.

I den senaste rapporten från 2021 uppställer Vårdanalys ett antal rekommendationer som är relevanta i detta sammanhang. Vi har redan nämnt att huvudmännen bör använda avtal för att styra vårdgivare och i förhållande följa upp efterlevnaden av avtalen, dvs. följa upp att vårdgivare faktiskt efterföljer patientlagen. Särskilt intressant för detta arbete är att man rekommenderar att regioner och kommuner ”bör skapa förutsättningar för och ställa krav på att vårdgivarna organiserar och bemannar sin verksamhet i enlighet med principer om personcentrerad vård, till exempel så att fler patienter erbjuds en fast läkarkontakt och/eller vårdkontakt.”⁶⁴⁰ Vidare rekommenderar man att regioner och kommuner ska ställa krav på att vårdgivare arbetar med patientmedverkan.⁶⁴¹

11.6 En statsmaktens lagstiftningslära under utveckling?

Den omständigheten att regering och riskdag faktiskt har inrättat en särskild myndighet för vård- och omsorgsanalys talar för att man ser ett behov av en utvecklad förmåga när det gäller hur man ska styra hälso- och sjukvården. I detta sammanhang är det viktigt att lyfta fram att när det gäller hälso- och sjukvården så är det framför allt regionerna, men i viss utsträckning även kommunerna, som är huvudmän. I relationen till staten har regionerna och kommunerna självstyre. Staten kan dock genom lagstiftning styra den regionala och kommunala verksamheten. När vi konstaterar att patientlagen utgör ett inslag i en mer omfattande verksamhets- och systemutveckling, måste vi följaktligen ta detta i beaktande. Lagstiftning är det viktigaste instrument staten har att förfoga över när det gäller att påverka regioner och kommuner. Staten måste rimligen ha ett särskilt ansvar att förstå hur man med lagstiftning utvecklar och styr hälso- och sjukvård. Det är följaktligen också rimligt att man inrättar en särskild myndighet med just detta ansvar.

Inom ramen för regeringsuppdragen skulle Vårdanalys även ringa in och tydliggöra vilka initiativ som har tagits för att möjliggöra patientlagens implementering. Belysande för förevarande situation är hur regeringen formulerar uppdraget. ”I uppdraget ingår även att redogöra för exempel på andra pågående insatser som myndigheter, huvudmän och vårdgivare har tagit initiativ till och som syftar till att stärka patientens ställning i svensk hälso- och sjukvård.”⁶⁴² Lika belysande är hur Vårdanalys förhåller sig till uppdraget: ”I vår nuvarande uppföljning har vi inte systematiskt kartlagt vilka insatser som pågår på olika nivåer med syfte att stärka patientens ställning – men det tycks inte finnas någon samlad strategi eller systematik för detta.”⁶⁴³ Detta kan framstå som märkligt i sammanhanget. Det har pågått och pågår fortfarande ett antal reformer med stor potential vad gäller patientens ställning. Särskilt omfattande är reformen avseende god och

⁶⁴⁰ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 18.

⁶⁴¹ a.a. s. 150.

⁶⁴² Socialdepartementet, Uppdrag att följa upp patientlagens genomslag.

⁶⁴³ Vårdanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 140.

nära vård, samt även reformerna avseende kunskapsstyrning och särskilt den avseende personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (se vidare i kapitel 3).

Vad vi utifrån ovan analys, av regeringens uppdrag i sig såväl som Vårdanalys sätt att ta sig an uppdragen, kan konstatera är att det i dagsläget inte föreligger något utvecklad lagstiftningslära. Detta kan tyckas förvånande med tanke på hur stor betydelse hälso- och sjukvården har. Särskilt förvånande är att det inte finns en mer utvecklad medvetenhet om utmaningarna med lagstiftning som riktar sig till regioner och kommuner som huvudmän för verksamheten. Detta särskilt med beaktande av de just nu pågående reformerna avseende digitalisering och kunskapsstyrning. Samtidigt är det så att när man följer Vårdanalys arbete, utsträckt under ett antal år med fyra rapporter, är det möjligt att urskilja flera moment som när man strukturerar dem har potential att lägga grunden till en lagstiftningslära för hälso- och sjukvården.

11.6.1 Ett helhetsgrepp och samlad styrning

Vårdanalys sammanfattar sina fyra utvärderingar enligt följande:

”Våra aktuella och tidigare uppföljningar visar att det finns ett fortsatt behov av en samlad styrstrategi och insatser som kompletterar och understödjer lagens intentioner. Arbetet med att uppfylla lagens skyldigheter bör integreras än mer i vårdens övergripande utvecklings- och förbättringsarbete och drivas på av aktörer på samtliga nivåer i sjukvårdssystemet. Även ledarskapet, på alla nivåer i hälso- och sjukvården, har en nyckelroll i att möjliggöra en sådan utveckling.”⁶⁴⁴

Detta är givetvis särskilt centralt med beaktande av Patientmaktsutredningens konstaterande att patientlagen syftar till att åstadkomma en makt- och perspektivförskjutning inom hälso- och sjukvården.⁶⁴⁵ Vad som kan tyckas kontroversiellt i sammanhanget är att Patientmaktsutredningen var medvetna om att det kommer att vara svårt att implementera patientlagen såtillvida att det kommer att åstadkomma det påkallade perspektiv- och maktskiftet. Man betraktade patientlagen som ett inspel i en mer omfattande omvandlingsprocess där hälso- och sjukvårdens handlingssystem ska synliggöra patienten och centreras utifrån patientens behov. Redan här stod det rimligen klart att det krävdes ett mer omfattande helhetsgrepp och samlad styrning från statsmaktens sida. Man kan givetvis argumentera för att uppdraget till Vårdanalys var ett inslag i ett sådant helhetsgrepp.

11.6.2 Vårdanalys och sökandet efter modeller

Intressant för förevarande arbete är således hur Vårdanalys förhåller sig metodologiskt och även teoretiskt till statlig lagstiftning i förhållande till regionalt och kommunalt huvudmannaskap. Vi har kunnat konstatera att Vårdanalys i två sammanhang har lyft fram vad som kan beskrivas som teoretiska modeller/ramverk att förhålla sig till. En modell/ramverk använder de när de ska ge rekommendationer till hur lagstiftningsens bristande implementering ska åtgärdas.⁶⁴⁶ Modellen består i tre huvudmoment:

⁶⁴⁴ a.a. s. 156.

⁶⁴⁵ SOU 2013:2 Patientlag s. 158.

⁶⁴⁶ Vårdanalys hänvisar här till företagsekonomen Anell, Vården är värd en bättre styrning.

- Normering och prioritering
- Uppföljning och lärande
- Incitament och ansvarsutkrävande

Detta är en modell som kan användas på statlig såväl som regional och kommunal nivå. Utifrån en statlig lagstiftningslära kan man fråga sig vilka andra normerande åtgärder som måste vidtas från statens sida när det gäller implementeringen av en sådan central lag som patientlagen. Modellen förfaller vara processinriktad. När det gäller normering och prioritering innefattas alla tänkbara normeringsprocesser på alla hälso- och sjukvårdens nivåer. Dessa får sedan kompletteras med processer kring lärande och uppföljning. Centrala är också processerna för att möjliggöra ansvarstagande och utkrävande av ansvar. Förenklat syftar modellen till att skapa processer för att möjliggöra och säkerställa att patientens rättsliga ställning förverkligas i en faktisk ställning.

När det gäller hur staten kan utveckla patientens rättsliga ställning tar Vårdanalys i rapporten från 2017 fasta på en utredning som gjorts av Statskontoret och sedan utvecklats i en offentlig utredning om effektiv vård.⁶⁴⁷ Vårdanalys modifierar och utvecklar modellerna något och uppställer följande kriterier i ett analysramverk:

1. "Är innehållet i skyldigheterna tydligt?
2. Är ansvaret för att fullgöra skyldigheterna tydligt?
3. Förekommer legala rättigheter?
4. Fattas formella beslut?
5. Finns möjlighet till rättslig överprövning?
6. Omfattar klagomålssystemet bestämmelserna i patientlagen?
7. Förekommer tillsyn eller annan kontroll av bestämmelsernas efterlevnad?
8. Finns det sanktionsmöjligheter gentemot myndigheter eller enskilda vid bristande efterlevnad?"⁶⁴⁸

Detta är frågor som kan användas för att analysera patientens rättsliga ställning. Samtidigt är det frågor som kan användas då man planerar en lagstiftning eller ser över en lagstiftning. Använder vi frågorna för att se över patientlagen handlar det om och hur skyldigheterna behöver göras tydligare i de olika bestämmelser, om och hur adressaterna för bestämmelserna behöver klargörs o.s.v. I enlighet med vad som ovan sagts så förefaller Vårdanalys rekommendera regeringen att se över patientlagen på samtliga punkter.

11.6.3 Implementering i hälso- och sjukvården som rättslig ordning och handlingssystem

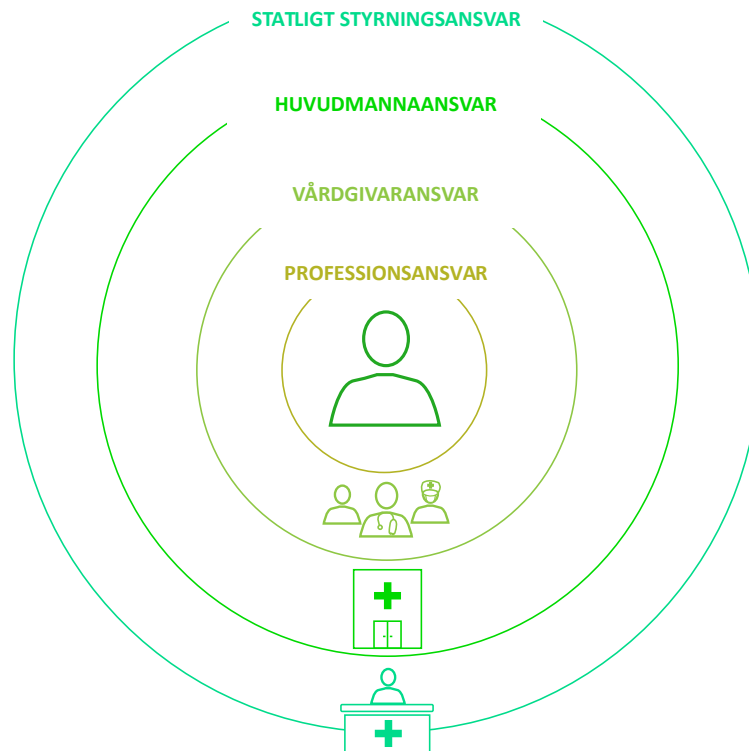
Avslutningsvis kan vi med utgångspunkt i det arbete Vårdanalys bedrivit, och även det arbete de inte bedrivit, lyfta fram vad som kan betraktas som huvudmoment i en sociolegal lagstiftningslära. Som vi redan konstaterat, bör en sociolegal lagstiftningslära fokusera på hur man bedriver hälso- och sjukvårdsreform inom

⁶⁴⁷ Se Statskontoret, Rapport 2005:28 Reglering och andra styrmedel. En studie av hur staten styr kommuner och landsting. SOU 2016:2. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Effektiv vård.

⁶⁴⁸ Vårdanalys, Rapport 2017:2. Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 s. 115.

hälso- och sjukvården som rättslig ordning och handlingssystem. Sociolegalt är det viktigt att skilja mellan implementeringen av lagen i sig i förhållande till det mer omfattande åtgärds paket som krävs för att lagen ska implementeras. Ur detta perspektiv har staten som rättslig aktör och ordning för reform en fortsatt viktig roll för att möjliggöra implementeringen av patientlagen. Av central betydelse är de regionala och kommunala huvudmännen och den rättsliga ordning inom vilken de bedriver hälso- och sjukvårdsreform. Vilka åtgärder behöver hälso- och sjukvårdens huvudman genomföra för att patientlagen ska implementeras och att vården ska vara personcentrerad? Vidare är det avgörande att ha en bild av vårdgivarnas roll och rättsliga ordning när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling. Vårdgivarna kan vara regionala, kommunala, privata och även statliga. Vilka åtgärder måste och bör de enskilda vårdgivarna vidta för att patientlagen ska implementeras och att vården ska vara personcentrerad? Dessutom bör vi fråga oss vad som ska och bör göras inom ramen för den ordning som föreligger i förhållande till hälso- och sjukvårdens professioner. För att vara anställd inom hälso- och sjukvården krävs att du är legitimerad inom specifika professioner. Även här kan vi urskilja en rättslig ordning inom vilken vi bör utvärdera hur lagar implementeras och vilka åtgärder som bör vidtas för att så ska ske. Inom den professionella ordningen är frågan om personcentrad vård särskilt närliggande. En sociolegal lagstiftningslära för hälso- och sjukvården handlar om att tydliggöra vad som utgör den rättsliga ordningen för hälso- och sjukvårdsreform på de olika nivåerna, samt hur dessa samspelar. Härigenom kan vi skapa en förståelse för vilka åtgärder som måste och bör vidtas för att en systemomvandlande lag som patientlagen ska implementeras.

DEL 3



**HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEFORM –
INOM STATLIG, REGIONAL,
KOMMUNAL OCH PRIVAT VERKSAMHET**

”Våra resultat tydliggör att dagens lagstiftning i sig inte är tillräcklig för att stärka patientens ställning. Därför behövs en samlad styrstrategi och insatser som kompletterar och understödjer lagens intentioner. Vi anser att denna strategi bör bestå av tre kompletterande delar: förtydligande av ansvaret för lagens efterlevnad, en förstärkt uppföljning med fokus på lärande och tydliga incitament och ansvarsutkrävande.”

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet s. 6.

KAPITEL 12

IMPLEMENTERING AV PATIENTENS RÄTT OCH MÖJLIGGÖRANDE AV PERSONCENTRERAD VÅRD

12.1 Hälso- och sjukvårdsreform och systemskiftet mot personcentrering

I den här tredje delen ska vi analysera hur hälso- och sjukvården utvecklas och kan utvecklas med utgångspunkt i statlig hälso- och sjukvårdsreform. Vi skiljer mellan implementeringen av patientlagen och vilka reformåtgärder som kommer att behöva vidtas för att patientlagen ska implementeras. Vårt fokus är på samspelet mellan implementeringen av patientlagen och personcentrerad vård. Samtidigt är det, i enlighet med slutsatserna i del 2, tydligt att det krävs ytterligare åtgärder för att möjliggöra och säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. tillämpar patientlagen och tillhandahåller personcentrerad vård. Den övergripande sociolegala ambitionen är att ringa in vad som utgör den rättsliga ordning inom vilken hälso- och sjukvården reformeras och utvecklas. Utgångspunkten är den relativt vedertagna indelningen av hälso- och sjukvård på mikro-, meso- och makronivå. I sammanhanget är vi också intresserad av hur statsmakten i övrigt bedriver hälso- och sjukvårdsreform med relevans för implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen. Vi kommer att lägga särskild vikt vid reformen ”god och nära vård”, vilken främst avser primärvården men samtidigt inbegriper i princip hela hälso- och sjukvårdssystemet. I vår analys kommer vi även att i vissa delar inkludera reformen avseende kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Detta gäller särskilt de s.k. personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen.

Att utvecklingen i hälso- och sjukvårdssystemet är ständigt pågående har vi redan fastslagit. Det är därav av vikt för vårt arbete att belysa tidsperioden för vår analys, särskilt i denna del 3 där en stor mängd styrande dokument har genomarbetats. Analysarbetet påbörjades redan 2019 men har i huvudsak genomförts med tonvikt på 2023 och första halvan av 2024. Det arbetet har bland annat förutsatt en löpande hantering av uppdateringar och förändringar av lagar, regler, föreskrifter och andra styrande dokument. Detta är särskilt fallet när det gäller material som tenderar att utvecklas och uppdateras i en högre takt, där styrande dokument på regionnivå (såsom rutiner och riktlinjer) är ett tydligt exempel. Därtill har analysen innefattat en mängd beslutsprotokoll och liknande från tidsperioden för huvudanalysen. Syftet med att lyfta fram specifika dokument är att visa på exempel och ge substans till en illustration av systemet som helhet. Analysarbetet kommer att fortskrida även efter publiceringen av denna rapport.

12.1.1 Ett uppifrån och ned-perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling

Utmärkande för den sociolegala ansatsen i denna tredje del är alltså att vi fokuserar på reformarbete som iscensatts av statsmakten, dvs. vi använder ett vad vi ovan beskrivit som uppifrån och ned-perspektiv.⁶⁴⁹ I enlighet med den hypotes som presenterades i arbetets första kapitlet ser vi personcentrerad hälso- och sjukvård som ett medel för att implementera patientlagen och vice versa; beroende på vad vi ser som mål respektive medel. Med utgångspunkt i de utvärderingar som gjorts av patientlagens implementering kan vi konstatera att det är utmanande för hälso- och sjukvården att tillgodose patientens rättsanspråk på god vård, integritet, respekt, samtycke, delaktighet, information, jämställdhet m.m. Risken är att patientlagens bestämmelser endast framstår som abstrakta målnormer i stället för systemintegrerade kompetensnormer. För att patientens rätt ska implementeras i hälso- och sjukvården krävs att de översätts i en praktik. Ur detta perspektiv kan följaktligen personcentrerade arbetssätt betraktas som medel för att implementera patientens rätt. Omvänt menar vi att implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen är viktig för att möjliggöra personcentrerad hälso- och sjukvård.

Att det finns en dynamik mellan vad som föreskrivs i patientlagen och utvecklingen mot personcentrerad vård framgår i Patientmaktsutredningen, där man förklarar att stärkandet av patientens ställning är ett led i en mer omfattande omställning av hälso- och sjukvården. Patientmaktsutredningen konstaterar, som vi beskrev i del 2, att syftet är att åstadkomma både en makt- och perspektivförskjutning inom hälso- och sjukvården.⁶⁵⁰ Perspektivförskjutningen innebär som sagt att hälso- och sjukvården som verksamhet och system utvecklas från ett patientperspektiv, i stället för ett verksamhets- och yrkesperspektiv.⁶⁵¹ Maktförskjutningen består i att patientens ställning ska stärkas och att denne ska vara mer delaktig i hälso- och sjukvården.⁶⁵² Det är tydligt att de som gjorde utredningen var väl medvetna om att patientlagens implementering är ett led i en mer omfattande omvandling av hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i de fyra utvärderingar som gjorts av Vårdanalys kan vi konstatera att det uppenbarligen inte är tillräckligt att stifta en i sig tvingande lag. Det krävs mer omfattande hälso- och sjukvårdsreform. Det är ett reformarbete som med största sannolikhet kommer att behöva bedrivas samordnat på alla hälso- och sjukvårdens nivåer.

Även om vi i detta arbete primärt förknippar personcentrerad vård med ett etiskt förhållningssätt bland hälso- och sjukvårdspersonalen så är det inte någon tvekan om, vilket beskrivits i kapitel 3, att begreppet används i ett antal mer policynära sammanhang. Begreppet är också centralt i viss lagstiftningsbaserad hälso- och sjukvårdsreform. Detta är, som redan antytts, mycket tydligt vad gäller reformen ”god och nära vård”. Det är också tydligt inom ramen för kunskapsstyrningsreformen

649 För en introduktion till den sociolegala ansatsen, se kapitel 2.

650 SOU 2013:2 Patientlag s. 158.

651 Jfr Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 35.

652 Se ovan i avsnitt 1.1.

avseende de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Detta av statsmakten initierade reformarbete bör följaktligen inkluderas i en utvärdering av i vilken utsträckning patientens rätt enligt patientlagen implementeras. Det blir också tydligt att en implementering av patientlagen förutsätter ett mer omfattande åtgärds paket på i princip alla av hälso- och sjukvårdens nivåer.

12.1.2 Skyldigheter som realiserar i normbaserade handlingssystem i hälso- och sjukvården

Redan inledningsvis konstaterade vi att patientlagen är en skyldighetslagstiftning snarare än en rättighetslagstiftning. Detta är rimligen ett uttryck för att det föreligger skyldigheter att utveckla hälso- och sjukvård som tillgodoser patientens behov av respekt, information, kompetens att ge samtycke, delaktighet, integritet o.s.v. En sådan skyldighet föreligger givetvis också om patientlagen formulerats som en mer explicit rättighetslagstiftning. Vi har ovan konstaterat att det inte är utmärkande för den svenska patientlagen att den inte kan förstås som rättighetsanspråk i sig. Patientlagen kan svårligen tolkas på annat sätt än att patienten ska kunna ställa anspråk på den kompetens som föreskrivs. Utmärkande är i stället att patienten, enligt patientlagen, inte har förutsättningar att vända sig till domstol om inte hälso- och sjukvården följer sina åtaganden. Hälso- och sjukvården som verksamhet har dock lika fullt ansvar att utveckla sin verksamhet i enlighet med de rättsregler som föreskrivs i patientlagen. I del 2 lyfte vi fram vikten av det normrationella synsättet och vikten av att översätta patientlagens regler i kompetens- och handlingsdirigerande normer inom hälso- och sjukvården som system. I denna del 3 är ambitionen följaktligen att utvärdera den ordning inom ramen för vilket det normrationella synsättet har att implementeras. Detta kräver en djupare förståelse för vad som utgör den rättsliga ordningen för hälso- och sjukvårdsreform och utveckling.

Av analysen i del 2 följer att om patienten ska få den kompetens som föreskrivs i patientlagen förutsätter detta även en kompetensutveckling bland hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och även hälso- och sjukvårdens huvudmän. Skyldigheterna måste översättas i kompetens och ansvarstagande. Vi uppställde följande frågor att utgå ifrån:

- *Vårdprofessionens "skyldigheter"* – vilket ansvar och vilken kompetens följer av rollen som läkare, sjuksköterskor m.fl. och vad innebär det att tillhandahålla en professionell arbetsinsats som tillgodoser "patientens rätt" och är personcentrerad?
- *Vårdgivarens "skyldigheter"* – vilket ansvar och vilken kompetens följer av rollen som vårdgivare och vad innebär det att tillhandahålla och utveckla en verksamhet som tillgodoser "patientens rätt" och är personcentrerad?
- *Huvudmannens "skyldigheter"* – vilket ansvar och vilken kompetens följer av rollen som huvudman och vad innebär det att möjliggöra och organisera hälso- och sjukvård som tillgodoser "patientens rätt" och är personcentrerad?

En inledande slutsats är att vi inte utan vidare kan tala om *ett* hälso- och sjukvårdssystem.⁶⁵³ Hälso- och sjukvården har primärt regionerna, men i viss utsträckning även kommunerna, som huvudmän. Med ett systemperspektiv är det oundvikligt att anlägga ett pluralistiskt perspektiv på hälso- och sjukvården som systembygge. Detta följer inte minst av den omständigheten att varje region och kommun svarar för egna systembyggen.

12.2 Hälso- och sjukvård inom ramen för samspelet mellan statlig, regional, kommunal och privat verksamhet

Vad som gör frågan om att implementera patientens rätt så utmanande är att den svenska hälso- och sjukvården är en verksamhet där styrning, utveckling, finansiering och drift baseras på ett avancerat samspel mellan statlig, regional, kommunal och även privat verksamhet. Hälso- och sjukvården är en verksamhet som är ett högt prioriterat område för politiken på statlig, regional och kommunal nivå. På politisk nivå ägnar man sig åt styrning även inom regioner och kommuner. I ansvarskommitténs utredning från år 2007, där man analyserade hur samhällsorganisationen ska möta framtidens utmaningar, görs följande kryptiska uttalande om regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling:

”Regionkommunerna föreslås också ha ansvar för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård. Genom mer resursstarka huvudmän skapas bättre förutsättningar för långsiktigt utvecklingsarbete inom sjukvårdssystemet. Dessutom bibehålls ett decentraliserat system som bland annat kan främja utveckling genom att olika lösningar prövas hos olika huvudmän. Detta fördelar både kostnader och risker för det nödvändiga utvecklingsarbetet inom systemet.”⁶⁵⁴

Ansvarskommittén är väl medveten om att samspelet mellan stat, region och kommun kan vara svårhanterligt. Man understryker också vikten av att vidareutveckla ”normering som styrform”. Sammantaget kan vi konstatera att den omständighet att vi i Sverige placerat huvudmannaskapet på både region och kommun, vilka är politiskt drivna verksamheter med självstyre som utgångspunkt, påvisar att vi har behov av sociolegala studier som sätter den kommunala/regionala ”rättsordningen” i centrum för den samlade styrningen.

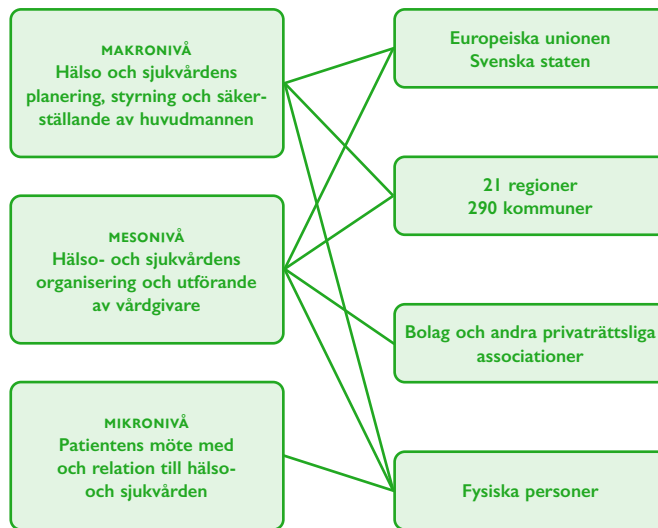
12.2.1 Hälso- och sjukvårdens nivåer och aktörer

En viktig sociolegal utgångspunkt är att det föreligger ett relativt avancerat och utvecklat samspel mellan vad som kan beskrivs som de centrala rättsliga rollerna i hälso- och sjukvården och den möjliga rättsliga aktör som ikläder sig rollen. Detta är särskilt tydligt vad gäller rollen som vårdgivare. Denna kan innehas av staten, regionerna, kommunerna och privaträttsliga bolag m.m. Även om huvudmannaskapet är placerat på regionerna och kommunerna som rättssubjekt är det samtidigt så att detta också måste förstås i relationerna till andra rättssubjekt

⁶⁵³ Det är möjligt att tala om pluralistiska rättssystem avseende hälso- och sjukvård. Jfr Davis som beskriver hur ”legal pluralism refers to the deceptively idea that in any one geographical space defined by the conventional boundaries of nation state, there is more than one “law” or legal system.” Davis, Legal pluralism s. 805.

⁶⁵⁴ SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft s. 86.

inom ramen för hälso- och sjukvården. Särskilt viktigt är givetvis den svenska staten. Staten har en central roll vad gäller det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården. Vad vi inledningsvis kan konstatera är att hälso- och sjukvården består av en rad olika aktörer som ikläder sig olika roller på olika nivåer. Det är i vissa fall också så att en och samma aktör kan ikläda sig roller på flera nivåer.



FIGUR 3.
Hälsa- och sjukvårdens
nivåer.

Viktigt i sammanhanget är det styrningsbaserade samspelet mellan staten å ena sidan och regioner och kommuner å den andra. Intressant är också koordineringen sinsemellan regioner och kommuner. Staten består av en rättslig ordning där regering, riksdag och alla myndigheter ingår. Likaså EU bör, även om det är ett rättssubjekt, ses som ett inslag i den statliga rättsliga ordningen och de handlingssystem som innefattas här. Varje region respektive kommun har sin egen rättsliga ordning. Detta gäller även de privaträttsliga subjekten. Varje bolag har sin egen rättsliga ordning inom ramen för vilken rollen som vårdgivare ska hanteras. Vidare föreligger mängder av samverkansstrukturer m.m. mellan de olika aktörerna inom hälso- och sjukvården. Även dessa, oavsett om de baseras på avtal eller särskilda organisatoriska strukturer som exempelvis SKR, bör ses som en rättslig ordning bestående av handlingssystem. I sammanhanget kan vi också konstatera att uppgiften att behärska hur hälso- och sjukvården fungerar som rättsliga handlingssystem förutsätter omfattande kunskap inom en mängd områden såsom förvaltningsrätt, kommunalrätt, associationsrätt, avtalsrätt, arbetsrätt, arbetsmiljörätt, IT-rätt, offentlig upphandling o.s.v.

En viktig dimension i detta sammanhang är inverkan av digitaliseringen. I samband med regionreformen var det tydligt att kunskapsstyrningen kommer att få allt större betydelse för att hantera behovet av specialisering inom hälso- och sjukvården. Kunskapsstyrningen kan ses som ett medel för att understödja individen i den ökande specialiseringen, men utgör också ett medel för att fördela ansvar för specialiseringen på olika nivåer. Digitaliseringen är i sammanhanget av stor betydelse. Den statliga utredningen kring hållbar vårdinfrastruktur uttrycker att:

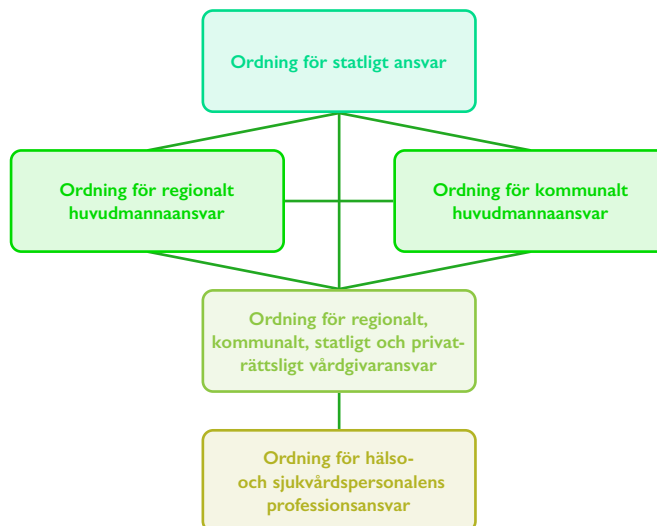
”Regeringens ambitioner på life science-området är också ett uttryck för reformbehov som kräver nationell styrning och samordning gällande vårdinfrastruktur. Genomförandet av precisionsmedicin förutsätter ett sammanhållet och personcentrerat system, hela vägen från den mest avancerade vården till den nära vården, oberoende av geografiska och administrativa gränser. Nya behandlingsmetoder förutsätter nationellt definierade processer med lokal och enhetlig implementering och tillsyn, till exempel komplicerad diagnostik som genomsekvensering eller beslutsstödda AI-modeller.”⁶⁵⁵

När vi analyserar hälso- och sjukvården som rättslig ordning och handlingssystem kommer vi följaktligen att behöva lägga allt större vikt hur denna ordning kommer till uttryck i en digital infrastruktur, bl.a. bestående av digitala vårdrutiner och annan kunskapsstyrning.

12.2.2 Hälso- och sjukvårdens ansvarsfördelning och rättsliga ordning

Med en ambition att tydliggöra hur man ska förstå hälso- och sjukvården som rättslig ordning är slutsatsen att vi bör ta utgångspunkt i vad som kan beskrivas som ett något modifierat rollbaserat ansvarsperspektiv. Även om det är region och kommun som är huvudman för hälso- och sjukvården så är det viktigt att inkluderas statens ansvar, särskilt för styrningen av hälso- och sjukvården. Staten har också fått en allt större roll som finansiär av hälso- och sjukvården. Vidare är det centralt att lyfta fram hälso- och sjukvårdsprofessionerna och ansvaret för dem som innefattas i dessa. Vi utgår i analysen från det statliga, regionala och kommunala ansvaret för hälso- och sjukvården. Detta gör det möjligt att tydliggöra olika strukturella ansvarsnivåer. Vi frågar oss vilka rättssubjekt som ikläder sig rollerna på respektive ansvarsnivå. Därefter frågar vi oss vad som är de avgränsade subjektens rättsliga kompetens och vilket ansvar subjektet har inom ramen för hälso- och sjukvården. På detta sätt kartlägger vi hur hälso- och sjukvården organiseras och ansvarets fördelas.

FIGUR 4.
Hälso- och sjukvårdens
rättsliga ordning



655 SOU 2021:71 Rikspolisstyrelsen i hälso- och sjukvården – en stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. Betänkande av utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtiden hälso- och sjukvård s. 21.

När vi på respektive systemnivå gjort denna mer generella kartläggning av hälso- och sjukvårdens aktörer och det ansvar de besitter kommer vi att analysera inom ramen för vilken rättslig ordning och vilka rättsliga handlingssystem som de styr och bedriver hälso- och sjukvård, samt vilka styrmedel de använder. Vi använder begreppet ordning för att fånga något av en helhet, medan vi använder begreppet handlingssystem för mer avgränsade institutionella lösningar. En ordning såväl som ett handlingssystem är som sagt i någon mening alltid relaterad till specifika aktörer.⁶⁵⁶ Det kan exempelvis vara frågan om verksamhet inom Västra Götalandsregionen. Ett första steg är därför att avgränsa de aktörer som det specifika handlingssystemet avser. Ett andra steg är att precisera vad handlingssystemet avser och vad som bestämmer handlingssystemets rättsliga karaktär. Är det ett organisatoriskt handlingssystem, ett avtalsbaserat handlingssystem eller ett handlingssystem som endast baseras på anspråk på en viss rättslig status och kompetens, exempelvis att man är patient och har viss rätt enligt patientlagen?⁶⁵⁷ Även de organisatoriska och avtalsbestämda handlingssystemen styrs, som vi ovan diskuterat, av mängder av rättsregler. De påverkas även av icke-bindande föreskrifter, rekommendationer, rutiner m.m. i den utsträckning man väljer eller är ålagd att implementera dessa genom organisatoriska beslut och avtalsöverenskommelser.

Särskilt viktigt att utvärdera är vilka aktörer som fattar vilka beslut. Det är genom beslut som patientlagens bestämmelser implementeras och hälso- och sjukvård bedrivs. Inom ramen för organisatoriska handlingssystem fattas rättsliga beslut. För detta arbete är det följaktligen centralt att förstå hur beslut fattas och hur beslutsfattande på olika nivåer samspelar. Hälso- och sjukvården utvecklas och drivs genom politiska beslut på statlig, regional och kommunal nivå. Viktiga utifrån ett rättsligt perspektiv är också alla de beslut som fattas av förvaltningar på dessa nivåer. Inom ramen för hälso- och sjukvården är det ett stort antal statliga myndigheter inblandade. Det regionala och kommunala huvudmannskapet förutsätter, för att man ska kunna hantera sitt rättsliga ansvar, en relativt omfattande förvaltning. Av central betydelse är det beslutsfattande som sker inom ramen för hälso- och sjukvårdens utförande. Uppgiften att utveckla en fördjupad förståelse för hur beslutsfattande sker är för detta arbete en av de mest prioriterade.

12.2.3 Samverkan för hälso- och sjukvårdsreform

Vårt huvudsakliga intresse i förevarande studie är således att förstå hur man inom ramen för hälso- och sjukvårdens som rättslig ordning implementerar centrala lagar och bedriver hälso- och sjukvårdsreform. Vi är mer intresserade av hur själva implementeringsarbetet bedrivs än hur ansvarskrävande kan ske om implementering uteblir. Samtidigt är vi medvetna om att möjligheten till ansvarsutkrävande inte utan vidare kan hållas isär från implementeringsarbetet.

656 Jfr Del II Motmaktens betingelser – om kollektivt handlande mot maktutövning i Mathiesen, *Makt och motmakt* s. 79 och framåt.

657 Om betydelsen av kontrakt och organisationer som rättsliga handlingssystem se Hydén, *Sociology of law as the science of norms* s. 161.

Redan tidigt i vårt arbete insåg vi vikten av att åtminstone i delar försöka kartlägga hur det mer proaktiva och mjukare reformarbetet bedrivs och kan bedrivas. En viktig ordning inom ramen för hälso- och sjukvårdsreform är den avseende samverkan.

Betydelsen av samverkan som en ordning för offentlig verksamhet har också fått stort intresse under senare tid:

”Samverkan mellan staten och kommunalsektorn är nödvändig för att få de olika nivåerna av samhällsapparaten att fungera demokratiskt, effektivt och rättssäkert. En ändamålsenlig samverkan fyller en viktig funktion i den offentliga sektor som utmärks av både demokrati på tre nivåer – nationell, regional och lokal – och förvaltning på motsvarande tre nivåer. Samverkan är ett sätt att hantera utmaningarna med en fragmentisering och sektorisering inom den offentliga sektor och en förutsättning för en fungerande flernivåstyrning.”⁶⁵⁸

Att samverkan är särskilt betydelsefull vad gäller hälso- och sjukvården följer redan av den omständigheten att hälso- och sjukvården ska vara jämlik samtidigt som dess huvudmän är 21 regioner och 290 kommuner. Mycket talar för att ett implementeringsarbete vad gäller patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård förutsätter omfattande samverkan både inom ramen för hälso- och sjukvårdens olika strukturella nivåer och mellan dem. Hälso- och sjukvårdens huvudmän, både regioner och kommuner, behöver samverka sinsemellan. Vårdgivare behöver samverka. Dessutom krävs förmodligen en mer långsiktig samverkan mellan staten och hälso- och sjukvårdens huvudmän. Reformarbetet avseende god och nära vård och kunskapsstyrning påvisar, vilket vi kommer att utveckla, vikten av att ett sådant arbete bedrivs kontinuerligt. Inom ramen för detta har SKR givits en särskild roll och verkar som avtalspart i förhållande till staten. Ambitionen till ett mer utvecklat samverkansarbete mellan staten och den kommunala/regionala sektorn har också resulterat i vissa ifrågasättandet om lämpligheten att använda mer privaträttsliga samverkansformer.⁶⁵⁹

I den studie som ligger till grund för presentationen i denna tredje del var vi särskilt intresserade av att kartlägga hur samverkan sker med patientorganisationer och civilsamhället när det gäller hälso- och sjukvårdsreform. Hur sker samverkan med dessa aktörer på statlig styrningsnivå, huvudmannanivå och vårdgivarnivå?

⁶⁵⁸ SOU 2024:43 Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn s. 17.

⁶⁵⁹ Vi kommer att nedan lyfta fram den kritik som framförs i SOU 2024:43 Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn.

12.3 Del 3 och dess innehåll

I denna tredje del ska vi följaktligen utvärdera inom ramen för vilken rättslig ordning patientlagens implementering ska säkerställas och personcentrerad vård ska möjliggöras. Utmärkande för detta arbete är som sagt det sociolegala perspektivet.⁶⁶⁰ Detta kan i enlighet med vad som ovan diskuterats förklaras med att vi fokuserar på hälso- och sjukvården som rättslig ordning och handlingssystem. Det är frågan om att kartlägga de rättsliga förutsättningarna för att implementera patientens rätt enligt patientlagen och att möjliggöra personcentrerad vård.

12.3.1 Disposition baserad på hälso- och sjukvårdens ansvarsfördelning

I enlighet med vad som ovan sagts menar vi att hälso- och sjukvårdens rättsliga ordning ska förstås med utgångspunkt i hur ansvaret för hälso- och sjukvården fördelas. Det är denna ansvarsfördelning som ligger till grund för dispositionen av bokens tredje del:

- *Ordning för statligt styrningsansvar:* Den rättsliga ordningen för hur svenska staten, EU och de statliga myndigheterna *möjliggör och styr* den svenska hälso- och sjukvården (kapitel 13).
- *Ordning för huvudmannaansvar:* Den rättsliga ordningen för hur regionerna och kommunernas *erbjuder* hälso- och sjukvård (kapitel 14).
- *Ordning för vårdgivaransvar:* Den rättsliga ordningen för hur offentliga och privata vårdgivare *bedriver* hälso- och sjukvård (kapitel 15).
- *Ordning för professionsansvar:* Den rättsliga ordningen för hur hälso- och sjukvårdspersonalen *utför* hälso- och sjukvårdsåtgärder i förhållande till patienten (kapitel 16).

Vi fokuserar på hur ansvarstagande för hälso- och sjukvården hanteras och fördelas på hälso- och sjukvårdens olika nivåer. Det har redan konstaterats att denna del av arbetet är den mest utmanande. Omständigheten att hälso- och sjukvården är uppdelad på dessa olika systemnivåer gör att det krävs en särskilt sofistikerad förståelse för den rättsliga logik enligt vilken den rättsliga ordningen och de däri innefattande handlingssystemen utvecklas.⁶⁶¹ Ju mer vi förstår om samspelet mellan hälso- och sjukvårdsområdets rättskällor och hur hälso- och sjukvården utvecklas som rättsliga handlingssystem, desto större förutsättningar har vi att implementera patientens rätt enligt patientlagen och att möjliggöra

660 Strävan om att utveckla en sociolegal förståelse av hälso- och sjukvårdsreform baser utifrån ett rättsvetenskapligt perspektiv, på ambitionen att knyta samman tre metodologiska förhållningssätt och även diskurser: 1) rätts-teoretisk analys, reflektion och diskussion om de rättsliga fenomenens natur m.m. 2) analys av tillämpliga rättskällor etc., 3) rättempirisk analys av beslut, styrdokument, avtal m.m. Det är det teoretisk förhållningssättet som håller samman helheten. Galligan konstaterar: "Legal theory, while philosophical in method, still has as its subject a social phenomenon, created and practiced for social ends. It must, then, have a footing in social reality and be true to the social practices about which it theorizes." Galligan, Legal theory and empirical research s. 979.

661 En lärobok som ger en klargörande och praktiskt användbar överblick är Sverne Arvill och Printz, Patientens rätt och vårdens ansvar.

personcentrerad vård. Det har varit en iterativ process att utveckla en analysmodell samtidigt som vi genomför själva analysen.

12.3.2 Sociolegal analysmodell

När man utvärderar både de rättsliga förutsättningarna för implementering av lagstiftning och för möjliggörande av en personcentrerad vård på respektive systemnivå för sig, så blir det tydligt att man också måste ta utgångspunkt i det arbete som bedrivs där. Vi har redan antytt att det bedrivs politiska processer med relevans för hälso- och sjukvården på fyra nivåer. Den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken bedrivs i samspelet mellan riksdag och regering. Den regionala hälso- och sjukvårdspolitiken har sin bas i regionfullmäktige, medan den kommunala hälso- och sjukvårdspolitiken har sin bas i kommunfullmäktige. Dessutom bedrivs det politik med relevans för hälso- och sjukvården i samspelet mellan EU-parlamentet och de andra EU-institutionerna. Redan härav förstår vi att det krävs en mer utvecklad analys. Karakteristiskt är att vi kommer att genomföra en sociolegal analys av hur hälso- och sjukvården utvecklas utifrån ett uppifrån- och ned perspektiv. Vi börjar som sagt med statens roll och jobbar oss nedåt i hälso- och sjukvården som rättslig ordning.

12.3.2.1 Implementering, reform och utveckling

Med ett fokus på hälso- och sjukvårdens systemkomplexitet har vi kommit fram till att vi ska analysera tre sammanlänkade forskningsfrågor:

- Hur implementeras lagar avseende hälso- och sjukvård på respektive systemnivå?
- Hur bedrivs hälso- och sjukvårdsreform och annat utvecklingsarbete på respektive systemnivå?
- Hur sker samverkan inom en systemnivå och mellan olika systemnivåer?
- I vilken utsträckning och hur planeras, styrs, utförs och utvärderas hälso- och sjukvård på respektive systemnivå?

Något förenklat kan man förstå samspelet mellan frågorna så att implementering av lagstiftning, åtminstone om den är av mer ingripande natur, kommer att förutsätta hälso- och sjukvårdsreform eller åtminstone utvecklingsarbete på alla systemnivåer. På huvudmannanivå betyder det ett reform- och utvecklingsarbete inom 21 regioner och 290 kommuner. Reform och utvecklingsarbetet i sin tur måste realiseras i det konkreta handhavandet av hälso- och sjukvården.

Vi har redan konstaterat att när det gäller implementeringen av patientlagens rättsregler, särskilt sett i ljuset av utvecklandet av personcentrerad vård, är detta processer som kommer att vara integrerade i en mer omfattande systemomvandling av hälso- och sjukvården. I denna del utgår vi från att implementeringen av patientlagen kommer att förutsätta reformarbete. Som ovan sagts kommer vi i denna tredje del att lägga stor vikt vid det reformarbete och den omställning av primärvården som betecknas ”god och nära vård”. Ur vårt perspektiv är det rimligt att se detta reformarbete och den därtill kopplade omställningen som försök att möjliggöra personcentrerad vård och även att i vissa delar implementera patientens rätt enligt patientlagen. Detta är ett ambitiöst reformarbete som

inbegriper mängder av initiativ och åtgärder på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Utmärkande är de omfattande samverkansinitiativ som föreligger mellan olika aktörer. Samtidigt som det fortfarande pågår ett omfattande utvecklingsarbetet på olika systemnivåer så sker det åtminstone i viss utsträckning en omställning av den operativa hälso- och sjukvården.

12.3.2.2 Hälso- och sjukvårdens rättsliga ansvar, ordning och beslut

Vår ambition i denna del 3 är således att tydliggöra och även utvärdera hur hälso- och sjukvårdsreform bedrivs inom ramen för hälso- och sjukvården som rättslig ordning. Detta gör vi utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv, dvs. vi fokuserar primärt på hälso- och sjukvårdsreform som iscensatts av staten. I någon mening är det självklart att det krävs en särskild rättslig ordning för hur hälso- och sjukvård utvecklas i förhållande till den rättsliga ordning för hur hälso- och sjukvård bedrivs. Statens rättsliga roll är, utifrån denna distinktion, primärt att styra hälso- och sjukvården och bedriva utvecklingsverksamhet. Det är endast i begränsad omfattning som staten tillhandahåller hälso- och sjukvård. För de övriga aktörerna i hälso- och sjukvården är utvecklingen av hälso- och sjukvården och själva utförandet av hälso- och sjukvården mer sammanflätat.⁶⁶²

På en övergripande nivå utgår vi från följande frågor:

- *Statligt styrningsansvar:* Hur styr staten hälso- och sjukvården och hur kan staten möjliggöra/säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?
- *Huvudmannansvar:* Hur utövar regioner och kommuner sitt huvudmannaskap och hur kan de möjliggöra/säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?
- *Vårdgivaransvar:* Hur organiserar och leder vårdgivare hälso- och sjukvårdens utförande och hur kan de möjliggöra/säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?
- *Professionsansvar:* Hur utvecklar hälso- och sjukvårdens olika professioner sitt professionella ansvar och hur kan de möjliggöra/säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?

En första viktig fråga är givetvis vilka rättsliga målnormer som föreligger i förhållande till en viss hälso- och sjukvårdsreform. Att implementeringen av en lag, exempelvis patientlagen, ställer krav på en utveckling av de rättsliga normer som tillämpas säger sig självt. Inte lika uppenbart är i vilken utsträckning implementeringen av lagar ställer krav på utveckling av rättsliga ordningen i sig. Krävs det en utveckling av hur huvudmän och vårdgivare organiserar sin verksamhet? Är det möjligen så att det behöver utvecklas en avtalsbaserad samverkansordning mellan huvudmän? När det gäller reformer som initierats av staten föreligger genom utredningsväsendet en relativt omfattande diskussion kring vad som är bakomliggande mål, se ovan i del 2. Vi kan samtidigt konstatera att det ofta krävs

⁶⁶² Detta blir särskilt tydligt då man tillämpar ett nedifrån och upp-perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling. Se nedan i del 4.

en mer omfattande sociolegal utvärdering för att skaffa sig en konkret bild av hur hälso- och sjukvården ska vara rättslig organiserad etc. då reformen genomförts. Det är långt ifrån alltid detta är tydliggjort inom ramen för lagstiftningsarbete m.m.⁶⁶³ Beträffande patientlagen har vi i del 2 åtminstone påbörjat en dylik sociolegal utvärdering. I enlighet med vad som sagts i del 2 handlar det i stor utsträckning att tydliggöra målnormerna för hur patientlagens rättsregler omsätts i konkreta kompetensnormer och handlingsdirigerande normer inom ramen för hälso- och sjukvården som rättslig ordning.

När vi har en mer utvecklad bild av vad som ska åstadkommas med en specifik hälso- och sjukvårdsreform kan vi påbörja utvärderingen av själva hälso- och sjukvårdsreformen i sig. Med ett sociolegalt perspektiv är en rimlig första uppgift att tydliggöra vilket rättsligt ansvar de olika aktörerna har när det gäller delaktigheten i hälso- och sjukvårdsreform. Här måste vi gå bortom vad som följer av den specifika lagstiftningen. Rent förståelsemässigt kan det vara viktigt att t.o.m. ta utgångspunkt i grundlagsbestämmelser om regional och kommunal frihet. Generellt krävs en relativt utvecklad rättslig förståelse för de krav som föreligger på statlig, regional, kommunal och privaträttslig verksamhet.⁶⁶⁴ Det är genom denna rättsliga analys som vi kan kartlägga det rättsliga beslutsfattande ett reformarbete består i och rimligen borde bestå i. Att en ordning är just rättslig baseras ofta på att den avser ett rättsligt beslut. Med ett sociolegalt fokus på hälso- och sjukvårdsreform kan vi avgränsa ytterligare relevanta frågor att utvärdera närmare. Det är möjligt att närmare utvärdera hur samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer bedrivs och kan bedrivas.

Vi börjar som sagt med statens roll och ansvar när det gäller hälso- och sjukvårdsreform (kapitel 13). Forskningsmässigt har vi avgränsat ett antal frågor som ligger till grund för vår studie. Det är samtidigt dessa övergripande frågor som man, enligt vår mening, bör förhålla sig till då man bedriver hälso- och sjukvårdsreform på statlig nivå.

- Vilka mål ska staten uppfylla vad gäller sin delaktighet i reformarbetet?
- Hur fördelas ansvaret för reformarbetet inom staten?
- Inom ramen för vilken rättslig ordning bedriver staten hälso- och sjukvårdsreform?
- Vilka beslut kan staten fatta och vilka övriga åtgärder kan staten vidta som ett led i hälso- och sjukvårdsreform?
- Hur samverkar staten med andra som inom ramen för hälso- och sjukvårdsreform?

663 Här är SOU 2024:43 Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn en intressant offentlig utredning då den i stor utsträckning karaktäriseras som sociolegal. I utredningen kartlägger man hur staten bedriver samverkan i förhållande till den kommunala sektorn. Man beskriver relativt ingående i enlighet med vilken rättslig ordning samverkan sker. Begrepp som sociolegal eller rättssociologisk används emellertid inte. När man själva beskriver vad själva utredningen består i säger man att "(f)okus ligger på fördjupade analyser av de rättsliga ramarna för de olika formerna för samverkan och om samverkansformerna är ändamålsenliga för tillförsäkrandet av en gemensam problembild i offentlig sektor." Se sid. 53.

664 Vi har följaktligen delat upp frågorna i förhållande till hälso- och sjukvårdens olika roller, varför de kommer att behandlas i respektive kapitel nedan.

- I vilken utsträckning kan staten utkräva ansvar av andra och i vilken utsträckning kan andra utkräva ansvar av staten för bristande implementering?

En särskilt viktig nivå att utvärdera här hur huvudmannen hanterar sitt ansvar vad gäller hälso- och sjukvårdsreform (kapitel 14). På motsvarande sätt som för staten har vi utformat ett antal forskningsfrågor som vi utgår ifrån.

- Vilka mål ska huvudmannen uppfylla vad gäller sin delaktighet i reformarbetet?
- Hur fördelas ansvaret för reformarbetet inom huvudmannens verksamhet?
- Inom ramen för vilken rättslig ordning bedriver huvudmannen hälso- och sjukvårdsreform?
- Vilka beslut kan huvudmannen fatta och vilka övriga åtgärder kan huvudmannen vidta som ett led i hälso- och sjukvårdsreform?
- Hur samverkar huvudmannen med andra som inom ramen för hälso- och sjukvårdsreform?
- I vilken utsträckning kan huvudmannen utkräva ansvar av andra och i vilken utsträckning kan andra utkräva ansvar av huvudmannen för bristande implementering?

Vi kommer även att utvärdera vårdgivarens ansvar inom ramen för hälso- och sjukvårdsreform. Här är det mer frågan om att utvärdera vad som kan ses som ett implementeringsarbete.

- Vilka mål ska vårdgivaren uppfylla vad gäller sin delaktighet i reformarbetet?
- Hur fördelas ansvaret för reformarbetets implementering inom vårdgivarens verksamhet?
- Inom ramen för vilken rättslig ordning implementerar vårdgivaren hälso- och sjukvårdsreform?
- Vilka beslut kan vårdgivaren fatta och vilka övriga åtgärder kan vårdgivaren vidta som ett led i hälso- och sjukvårdsreform?
- I vilken utsträckning kan vårdgivaren utkräva ansvar av andra och i vilken utsträckning kan andra utkräva ansvar av vårdgivaren för bristande implementering?

Även när det gäller den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens roll och ansvar i arbetet med hälso- och sjukvårdsreformen applicerar vi ett sociolegal modell. Utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling så är detta det sista steget vad gäller att säkerställa hälso- och sjukvårdens omställning i praktiken. Här handlar det följaktligen också om implementering.

- Vilka mål ska hälso- och sjukvårdens professioner uppfylla vad gäller sin delaktighet i reformarbetet?
- Vilken roll har professionernas organisationer i hälso- och sjukvårdsreform?
- Hur fördelas ansvaret för implementering av hälso- och sjukvårdsreform inom ramen för hälso- och sjukvårdens olika professioner?
- Inom ramen för vilken rättslig ordning implementerar personalen hälso- och sjukvårdsreform?

- Vilka beslut kan personalen fatta och vilka övriga åtgärder kan vårdgivaren vidta som ett led i hälso- och sjukvårdsreform?
- I vilken utsträckning kan hälso- och sjukvårdspersonalen ställas till svar för bristande implementering av hälso- och sjukvårdsreform?

Redan genom att formulera dessa sociolegala forskningsfrågor har vi utvecklat något av en övergripande modell för vad som krävs för att, med ett uppifrån och ned-perspektiv, implementera patientlagen och att möjliggöra personcentrerad vård. Att bestämma de relevanta frågorna har i sig varit en forskningsuppgift. Det har varit en iterativ process där den ökande förståelsen av hur hälso- och sjukvården utvecklas och kan utvecklas utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv möjliggjort en ökande kunskap om vilka frågor som är relevanta. Vi kommer att på respektive nivå utveckla denna modell som analysmodell. Härigenom är det också vår ambition att dessa modeller ska kunna bidra till det praktiska arbetet att implementera hälso- och sjukvårdslagstiftning, bedriva hälso- och sjukvårdsreform och utvecklingsarbete, samt att operativt hantera hälso- och sjukvård som verksamhet.

KAPITEL 13

STATLIGT ANSVAR FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

13.1 Ansvar att möjliggöra och styra hälso- och sjukvård

I detta kapitel ska vi analysera statens ansvar för att styra hälso- och sjukvården och hur staten har åtagit sig detta ansvar.⁶⁶⁵ Vi kommer att utvärdera statens rättsliga ordning för hälso- och sjukvårdsreform. Med utgångspunkt i denna kartläggning ska vi utvärdera vad som görs och kan göras på statlig nivå för att implementera patientens rätt och möjliggöra personcentrerad hälso- och sjukvård. I detta avseende kommer vi särskilt att följa det reformarbete som bedrivs avseende god och nära vård. Vi kommer även i delar att utvärdera det reformarbete som staten bedriver avseende kunskapsstyrning.

13.1.1 Statens roll och systembaserade ställning i hälso- och sjukvården

Den centrala forskningsfrågan i detta kapitel är således hur staten som rättslig ordning styr hälso- och sjukvården, utan att för den skull vara huvudman. En viktig utgångspunkt då man diskuterar statens ansvar för hälso- och sjukvården är nämligen att det inte är staten som är huvudman för hälso- och sjukvården. Huvudmän för den svenska hälso- och sjukvården är som sagt regioner och i vissa delar kommuner, 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. I Sverige finns idag 21 regioner och 290 kommuner, vilka har ansvar för att organisera sina egna system och även beskattar sina invånare för att kunna uppfylla detta ansvar.⁶⁶⁶ Det är som framgått framför allt regionerna som har ansvar för hälso- och sjukvården. Kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård som utgör en naturlig del av den sociala omsorgen. I sammanhanget kan vi dock inte bortse från statens ansvar avseende hälso- och sjukvården. Staten har visserligen inte ett huvudmannansvar för sjukvården, men jämväl ett omfattande styrningsansvar. Dessutom har staten en viss roll som vårdgivare och utförare av hälso- och sjukvården (se nedan i kapitel 15). I sammanhanget bör man även notera att Sveriges medlemskap i EU åtminstone i vissa fall påverkar svenska statens arbete med hälso- och sjukvård.⁶⁶⁷

Utmärkande för hälso- och sjukvårdens makronivå är följaktligen samspelet mellan staten, regionerna och kommunerna som rättssubjekt.⁶⁶⁸ Ett skäl till att hälso- och sjukvården är komplex till sin natur är just detta styrningsbaserade samspel mellan riksdag/regering och statliga myndigheter å ena sidan och regionerna och kommunerna å den andra. Det är heller ingen tillfällighet att hälso- och

⁶⁶⁵ Se avsnitt 12.1 gällande tidsperioden för vår huvudanalys, där tonvikten legat på 2023 och första halvan av 2024.

⁶⁶⁶ Utifrån en övergripande ansvarsfördelning är det landsting/region som har det huvudsakliga ansvaret att finansiera, planera och driva hälso- och sjukvården, samt i viss utsträckning kommunerna. Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag s. 75.

⁶⁶⁷ Se även diskussion i t.ex. regeringens proposition 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag s. 22.

⁶⁶⁸ I en analys av hur statens styrning har utvecklats har följande utvecklingssteg ringats in: den *reglerande* staten, den *förhandlande* staten, den *planerande* staten och den *möjliggörande* staten. Sjöblom, Den starka statens styrningsproblem s. 20.

sjukvården förmodligen är den mest reglerade verksamhet vi har. Det är inte endast frågan om lagar och förordningar från regering och riksdag, utan även författningarna m.m. som utfärdats av Socialstyrelsen och andra myndigheter.⁶⁶⁹ Det är också den verksamhet som har flest antalet statliga myndigheter inblandade. För en oinvigd kan detta framstå som ett uttryck för att verksamheten är överdrivet byråkratisk och svårmanövrerad. För dem som är mer insatta är det tydligt att reglering och normgivning är avgörande, inte bara för att åstadkomma just systematisk ordning i en så komplex verksamhet som hälso- och sjukvård faktiskt är, utan även för att möjliggöra verksamhetsutveckling och förbättring. Exempel i detta avseende är Socialstyrelsen arbete med nationella riktlinjer, vilka är tänkta att vara ett stöd vid prioriteringar och ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på.⁶⁷⁰ Det är också centralt för att möjliggöra jämlik vård i hela landet. Socialstyrelsen förklarar att man för att följa upp utvecklingen och kvaliteten i vården och omsorgen tar fram målnivåer och utvärderingar, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna. Det finns såklart också exempel på där utfärdandet av författningar och användandet av andra statliga styrmedel hindrar och begränsar önskvärd verksamhetsutveckling.

När man tar sig an den rättsliga ordningen för hur staten agerar i förhållande till hälso- och sjukvården är det viktigt att lyfta fram tre rättsliga omständigheter:

- att det föreligger kommunalt och regionalt självstyre,
- att det är staten i sig som utgör rättssubjekt,
- att det är otillåtet med ministerstyre av statliga myndigheter.

Det är tre omständigheter som påverkar hur staten fungerar som rättslig ordning internt, såväl som i förhållande till region och kommun som hälso- och sjukvårdens huvudmän. De påverkar hur regering och riksdag som utövare av politisk makt förhåller sig till regionernas och kommunernas politiska maktutövning inom fullmäktige och styrelse. De påverkar också hur framför allt regeringen agerar i förhållande till relevanta statliga myndigheter och landets länsstyrelser. Vi kommer att närmare beskriva innebörden av dessa tre omständigheter nedan. Som utgångspunkt kan vi dock konstatera att det kommunala och regionala självstyret sätter upp gränser för hur långtgående statsmaktens styrning över hälso- och sjukvården kan vara. Den omständigheten att det är staten i sig som utgör rättssubjekt betyder att statliga myndigheter är en del av rättssubjektet staten.⁶⁷¹ Innebörden är bl.a. att intern statlig verksamhet, utifrån ett rättsligt perspektiv, inte bedrivs genom avtalsbaserade handlingssystem. Den omständigheten att

669 ”Det nuvarande svenska hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket är omfattande. Förutom ett flertal lagar och förordningar finns närmare tvåhundra föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen och andra myndigheter som rör hälso- och sjukvården.” Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 1.

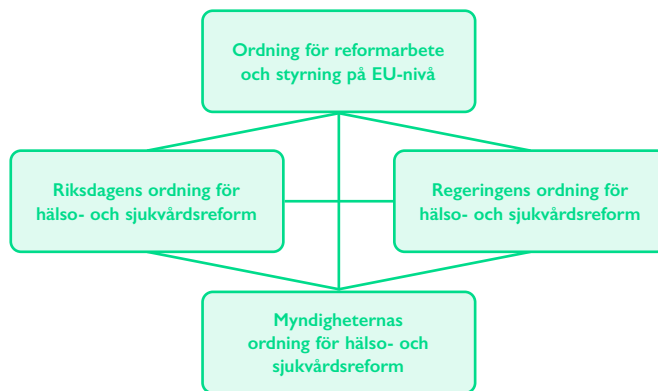
670 Socialstyrelsens webbsida, Nationella riktlinjer.

671 Se bl.a. HDF 2021 ref. 35 p. 16 där domstolen i en upphandlingstvist konstaterar att Socialstyrelsen och Umeå universitet är båda statliga myndigheter under regeringen, varför de ingår i ett och samma rättssubjekt, dvs. staten. Innebörden är bl.a. att de som myndigheter inte kan ingå bindande avtal mellan varandra.

regeringen inte ägnar sig åt ministerstyre betyder att regering genom instruktioner och regleringsbrev bestämmer vilken verksamhet en myndighet ska ägna sig åt, men kan normalt sätt inte involvera sig i hur myndigheten utför sitt uppdrag.

13.1.2 Rättslig ordning för statens hälso- och sjukvårdsansvar

Forskningsmässigt är det således en huvuduppgift att tydliggöra inom ramen för vilken rättslig ordning som patientens rätt kan implementeras och personcentrering möjliggöras. En viktig utgångspunkt är, som vi lyft fram ett antal gånger, att implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen är ett led i ett mer omfattande systemskifte, vilket innefattar både ett perspektiv- och ett maktskifte. När man i Patientmaktsutredningen konstaterade att så är fallet förklarade man i vart fall indirekt att lagens implementering förutsätter ett reformarbete, så även på statlig nivå. Den forskningsmässiga huvuduppgiften kan således förstås som en uppgift att klargöra hur man bedriver hälso- och sjukvårdsreform.



FIGUR 5.
Övergripande rättslig
ordning för statliga styrning
av hälso- och sjukvård.

Ambitionen har varit att på ett övergripande plan precisera vad statsmaktens styrningsansvar består i och hur det utförs inom ramen för vad som kan beskrivas som statens rättsliga ordning. Viktigt att tydliggöra är utgångspunkten att huvudmannaskapet är placerat på regioner och kommuner, samt att dessa har självstyre (se avsnitt 13.2). Därefter kommer vi att fokusera på hur det statliga arbetet är organiserat och vad som konkret görs med relevans för implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård. Vi menar att vi behöver utvärdera statlig hälso- och sjukvårdsreform på tre nivåer:

- Vad är riksdagens och regeringens organisation och ordning för styrning av hälso- och sjukvården (avsnitt 13.3)?
- Vad är statliga myndigheters roll, organisation och styrning av hälso- och sjukvård (avsnitt 13.4)?
- Vad är EU:s roll och styrning av hälso- och sjukvården (avsnitt 13.5)?

Vi har valt att lyfta fram EU som en aktör vad gäller den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Detta trots att EU som sagt i förhållande till svenska staten är ett självständigt rättssubjekt. I förhållande till hälso- och sjukvården, som har

regionalt och kommunalt huvudmannaskap, agerar EU på statlig nivå. Viktigt i sammanhanget är att hälso- och sjukvården i sig inte innefattas i EU:s rättsliga mandat.⁶⁷² Hälso- och sjukvården är primärt en nationell angelägenhet. Detta hindrar inte, vilket redan framgått, att EU har ett mandat avseende områden som påverkar hälso- och sjukvården. Det är dessa som vi kommer att kortfattat beröra i avsnitt 13.5. Vår uppfattning är också att EU, i och med den digitala omvandlingen av hälso- och sjukvården, kommer att få en alltmer central roll.

Huvudfokus i kapitlet är på den hälso- och sjukvårdsreform som bedrivs av den svenska staten. Den svenska staten är som sagt ett rättssubjekt. Samtidigt är det viktigt att skilja mellan riksdag, regering, de centrala statliga myndigheterna och länsstyrelserna som egna organisationer med egna handlingsystem för beslutsfattande m.m. Några bindande avtal ingås inte inom staten. Detta hindrar inte att man mellan de olika organisationerna ingår olika former av icke rättsligt bindande överenskommelser. Dessa får betraktas som inslag i statens interna organisatoriska handlingsystem. Som föremål för organisatoriska beslut kan de mycket väl betraktas som rättsligt bindande.

Vi kommer i kapitlet att lägga särskild vikt vid att utvärdera statens avtal med SKR för att styra hälso- och sjukvården. Skälet är att detta är en så central del i det reformarbete som nu bedrivs. Betraktat som rättslig ordning är arbetet också särskilt intressant. Staten ingår här särskilda avtal med SKR som ett led i arbetet med hälso- och sjukvårdsreform. SKR är ett självständigt rättsobjekt i förhållande till staten, men mer intressant är att det också är ett självständigt rättssubjekt i förhållande till regionerna och kommunerna. SKR är en ideell förening där alla Sveriges regioner och kommuner är medlemmar. SKR är också en arbetsgivarorganisation. Som medlemmar är kommunerna och regionerna som utgångspunkt inte bundna av avtal som SKR ingår med staten. För att så ska vara fallet krävs särskilda avtal och särskilda åtaganden inom ramen för föreningens verksamhet.⁶⁷³

Utmärkande för vår sociolegal studie är att vi eftersträvar att kartlägga statens ansvarstagande vad gäller hälso- och sjukvården och dess utveckling. Vi skiljer som framgått mellan den rättsliga ordningen för att driva hälso- och sjukvårdsreform i förhållande till den rättsliga ordningen för ansvarsutkrävande då hälso- och sjukvårdsreform inte implementeras. Det är som kommer att framgå inte självklart att göra en sådan distinktion. Att driva hälso- och sjukvårdsreform kan mycket väl anses innefatta ett ansvar för att utkräva ansvar av andra som inte implementerar de beslut som fattats. Den ordning i enlighet med vilken ansvar tas inbegriper ofta en ordning för att utkräva ansvar. I ett avslutande avsnitt 13.6 kommer vi att mer explicit utvärdera ordningen för tillsyn och granskning. Vi är här särskilt intresserade av i vilken utsträckning mer oberoende och självständig tillsyn kan aktualiseras.

⁶⁷² Se avsnitt 13.5.2.

⁶⁷³ SKR:s roll inom ramen för statligt reformarbete har utretts i SOU 2024:43 Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn. Se vidare nedan i avsnitt 13.2.2.

13.1.3 Reformerna ”god och nära vård” och ”ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård”

I kapitlet kommer vi som sagt att särskilt fokusera på två i sig relativt omfattande hälso- och sjukvårdsreformer, vilka vi menar har särskild betydelse då det gäller implementering av patientens rätt och möjliggörande av personcentrerad vård. Det ena är primärvårdsreformen ”god och nära vård”. Den andra reformen avser utvecklandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Detta är reformer som har betydelse på i princip samtliga nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Ett huvudskäl till att de är så viktiga för detta arbete är just att de handlar om att utveckla den rättsliga ordningen för hälso- och sjukvården. Ett annat huvudskäl är att båda reformerna är av stort intresse både när det gäller att möjliggöra personcentrerad vård och att implementera patientlagen. I detta kapitel kommer vi att fokusera på statens roll som både styrande av själva reformen och som aktör inom ramen för det reformen avser att åstadkomma. Detta är inte de enda reformer och initiativ som är relevanta. När det gäller arbetet på EU-nivå kommer vi att kortfattat lyfta fram ytterligare statlig styrning som är av central vikt, se vidare EU-avsnittet nedan.

13.2 Statlig hälso- och sjukvårdsreform och det regionala/kommunala självstyret

När man utvärderar hur staten bedriver hälso- och sjukvårdsreform är det, som vi redan sagt ett antal gånger, viktigt att konstatera att det inte är staten, utan region och kommun som är huvudmän för hälso- och sjukvården. Utmärkande för svenska regioner och kommuner är att de har s.k. självstyre. Huvudmannarollen och den rättsliga kompetensen att tillhandahålla hälso- och sjukvård är på så vis kopplad till de svenska grundlagarna – regeringsformen – och den grundläggande maktfördelningen i Sverige.⁶⁷⁴ Varje region och kommun har ett politiskt sammansatt styrande organ – ett fullmäktige – som utses genom demokratiska val. Regionerna har dessutom egen beskattningsrätt, vilken ska finansiera bl.a. hälso- och sjukvården. Det är alltså respektive regions och kommuns fullmäktige som med utgångspunkt i inhämtade skattemedel har uppgiften att organisera, planera och finansiera hälso- och sjukvården.

⁶⁷⁴ I Sverige har vi kommunalt självstyre på kommunal och regionalnivå. Det kommunala självstyret innebär att folkvalda församlingar har ansvar och inflytande över frågor som typiskt sätt är lokala eller regionala. Självstyret kommer till uttryck i 1 kap. 1 § regeringsformen där det i ett första stycke förklaras att all offentlig makt utgår ifrån folket, medan det i andra stycket stadgas att den svenska folkstyrelsen bygger på fri åsiktsbildning och på allmän och lika rösträtt, vilken förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. I 14 kap. 1 § regeringsformen stadgas vidare att beslutanderätten i kommunerna utövas av valda församlingar och i 14 kap. 2 § att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund.

13.2.1 Hälso- och sjukvårdsreform genom lagstiftning

Innebörden av självstyret är att staten inte utan vidare kan bestämma över regionerna och kommunerna. Riksdagen har till uppgift att både värna om det kommunala självstyret och att, om nödvändigt, inskränka densamma.⁶⁷⁵ Regeringen och riksdagen styr regionerna och kommunerna med lagar. Kärnan i regeringens och riksdagens styrning av hälso- och sjukvården är hälso- och sjukvårdslagen. Lagen riktar sig till dem som ansvarar för hälso- och sjukvården och innehåller bestämmelser om hur verksamhet ska organiseras och bedrivas, se 1 kap. 1 §. Hälso- och sjukvårdslagen beskrivs ofta som en ramlag som innehåller övergripande rättsregler för hälso- och sjukvården. I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen konstateras att ”med en målinriktad ramlag menas att den huvudsakligen ska innehålla bestämmelser om övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för verksamheten.”⁶⁷⁶ Viktigt i sammanhanget är att lagen lämnar relativt stort utrymme för regionerna att utforma hälso- och sjukvården efter varierande regionala och kommunala behov.⁶⁷⁷ Samtidigt föreligger det krav på att vården ska vara jämlik oavsett var den tillhandahålls i landet. Detta skapar både begränsningar och utmaningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän.

Dessutom styr staten regionerna och kommunerna genom myndigheternas arbete. Som vi kommer att utveckla är det många myndigheter som i olika avseenden styr och påverkar hälso- och sjukvården. Det är svårt att frigöra sig från att det är frågan om en detaljstyrning av den regionala och kommunala verksamheten. Utöver lagstiftning och de statliga myndigheternas verksamhet riktar staten vissa finansiella medel till viss verksamhet, s.k. statsbidrag. Ett betydelsefullt exempel är statens bidrag för läkemedelsförmåner, vilket syftar till att bistå regionerna att uppfylla ansvaret att ge den enskilde skydd mot höga kostnader.⁶⁷⁸ I sammanhanget ska också nämnas det s.k. utjämningsystemet, enligt vilket staten ger statsbidrag för att det ska föreligga likvärdiga möjligheter att uppfylla huvudmannaansvaret för hälso- och sjukvården.

13.2.2 Hälso- och sjukvårdsreform genom samverkan

Utifrån vårt perspektiv förefaller staten ha ett omfattande utrymme att bedriva relativt långtgående hälso- och sjukvårdsreform. Det är också rimligt att om patientlagen ska implementeras krävs det något av ett åtgärdsprogram från statens sida. Givetvis finns det alla förutsättningar att genom lag och förordning förstärka patientens rätt i olika avseenden, exempelvis vad gäller förutsättningarna att åberopa legala rättigheter och att vända sig till domstol. Härigenom skulle

⁶⁷⁵ I 14 kap. 6 § regeringsformen tydliggörs att riksdagen sätter gränserna för den kommunala självstyrelsen, men att riksdagen har också beslutat om vissa bestämmelser som skyddar självstyrelsen. I paragrafen tydliggörs vidare att det är enbart riksdagen som kan fatta beslut om grunderna för kommunernas organisation, verksamhet och beskattning och om deras befogenheter och skyldigheter. I 14 kap. 3 § förklaras att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

⁶⁷⁶ Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag s. 80.

⁶⁷⁷ a.a. s. 28.

⁶⁷⁸ Jfr a.a. s. 75.

staten onekligen öka det normerande trycket på region och kommun att implementera patientens rätt. I detta arbete fokuserar vi dock på vilka åtgärder som staten bör vidta för att implementera patientlagen. Vi utesluter i sig inte att det kräver ytterligare lagstiftning. Vår ambition är, som framgått ovan, att utvärdera hur lagen kan implementeras och hur reformarbete kan se ut. Vi kommer att utvärdera hur ansvar är placerat, vilka åtgärder respektive aktör kan besluta om och enligt vilken rättslig ordning detta ska ske.

Särskilt intressant är som framgått hur patientlagens implementering utgör och kan utgöra ett led i hälso- och sjukvårdsreformerna om god och nära vård respektive kunskapsstyrning. Med ett fokus på dessa reformer blir det tydligt hur viktigt det är att kartlägga det samverkansarbete som bedrivs. Att det krävs samverkan mellan regioner och kommuner är i någon mening uppenbar vad gäller hälso- och sjukvård. När det gäller statens styrande roll är det inte självklart vad ett mer samverkansbaserat arbetssätt innebär och hur detta hanteras som rättslig ordning. I en offentlig utredning av statens samverkan med den kommunala/ regionala-sektorn reflekterar man över sitt uppdrag enligt följande:

”Någon självklar gräns i förhållande till begreppet styrning finns inte. Uppdraget är inte i sig inte inriktat på statens styrning av kommuner och regioner. Samverkan används dock i många fall som ett alternativ till tvingande lagstiftning för kommuner och regioner eller utgör ett steg på vägen mot en starkare styrning, t.ex. som ett led i lagstiftningskedjan. Flera av de exempel som nämns i utredningen direktiv, t.ex. överenskommelser med SKR, nationella strategier och handlingsplaner, är mjukare styrmedel som regeringen använder för att påverka områden som staten till följd av reglering eller eget val har ett begränsat inflytande över.”⁶⁷⁹

I utredningen gör man en distinktion mellan frivillig samverkan och mer skyldighetsdriven samverkan. När det gäller frivillig samverkan konstaterar man i utredningen att detta ur ett rättsligt perspektiv endast förutsätter att den ligger inom en myndighets kompetens respektive inom den kommunal kompetensens ram.⁶⁸⁰ Beträffande skyldigheten att samverka, med beaktande av det kommunala självstyret, konstaterar man bl.a. följande:

”En skyldighet för stat och kommun att samverka förutsätter att detta kommer till uttryck som en uppgift eller uppdrag för båda sidor och att sakfrågan omfattas av bägge parter kompetens. Den kommunala självstyrelsen sätter emellertid vissa gränser för vad staten får begära vad gäller samverkan. Enbart bestämmelser om en skyldighet att samverka är inte nödvändigtvis tillräckliga för en effektiv sådan, utan det krävs en tydlighet i vad som förväntas. Behovet av och målet med samverkan bör vara tydligt angivet, liksom respektive aktörs roll och ansvar.”⁶⁸¹

Betraktat som rättslig ordning är avtalet och gemensamma associationer särskilt ifrågasatt. SKR är som sagt en ideell förening. Staten ingår avtal med SKR, vilket därefter utgör den rättsliga ordning där mycket av samverkan sker. Utredningen ifrågasätter lämpligheten av denna utveckling. Generellt sett ser man i sig inte några rättsliga hinder till att man använder sig av avtalsbaserad ordning för

679 SOU 2024:43 Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn s. 18.

680 a.a. s. 19.

681 a.a.

samverkan. ”Avtal kan vara en lämplig form av samverkan under förutsättning att frågor om tvistlösning, ansvarsfördelning, uppföljning och revision uppställs i avtalet. Grundläggande åtaganden av nationellt intresse bör dock inte regleras genom avtal.”⁶⁸² När det gäller bildande av privaträttsliga subjekt konstaterar man att detta inte är en lämplig metod för att åstadkomma samverkan med kommunsektorn, ”när det gäller starka nationella intressen eller då behovet av likvärdighet gör sig särskilt gällande bedriva samverkan inom denna.”⁶⁸³

13.3 Riksdagens och regeringens ordning för styrning av hälso- och sjukvården

Redan utifrån vad som sagt ovan är det fullt möjligt att hävda att det är den svenska staten, genom riksdag och regering, som åtminstone i någon mening har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdspolitiken och därmed också ansvaret att säkerställa förutsättningarna för en fungerande hälso- och sjukvård. I detta avsnitt ska vi utvärdera hur ansvaret för hälso- och sjukvårdsreform är placerat och organiserat i samspelet mellan regering och riksdag.

13.3.1 Politiskt ansvar för och organisering av hälso- och sjukvårdsreform

Hälso- och sjukvårdsreform är i grunden en politisk process och drivs av politiskt valda personer. Det politiska hälso- och sjukvårdsarbetet på statlig nivå bedrivs i riksdag och regering i enlighet med bestämmelserna i regeringsformen. En central rättslig utgångspunkt för den statliga styrningen av den svenska hälso- och sjukvården är det demokratiska folkstyret och partipolitiken. Det är i riksdagen som de viktigaste besluten fattas. Samtidigt råder det ingen tvekan om att det är regeringen som är den drivande aktören i arbetet med hälso- och sjukvårdsreform. I det skede vi befinner oss i dag är det förmodligen avgörande att det fortfarande är ett tydligt politiskt mål att patienternas ställning ska stärkas och att detta mål behöver omsättas i politiskt beslutsfattande i olika avseenden.

13.3.1.1 Riksdagens politiska roll och ansvar i hälso- och sjukvårdsreform

Genom demokratiska val väljer svenska medborgare 349 politiska förtroendevalda som ska representera folket, 3 kap. 1 § regeringsformen. Sveriges riksdag är ”folkets främsta företrädare”, vilket följer av 1 kap. 4 § regeringsformen. Riksdagen har som primära uppgifter att lagstifta och besluta om hur statens finanser ska användas. En viktig uppgift är också att kontrollera regeringens arbete. Detta är också de tre mest centrala uppgifterna när det gäller riksdagens roll och ansvar för hälso- och sjukvårdsreform. Det är i riksdagen som beslutar om att stifta ny lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Vidare är det riksdagen som fattar beslut om hur stor del av statsbudgeten som ska riktas till hälso- och sjukvården. Det är i kammaren, dvs. när riksdagens 349 förtroendevalda sammanträder, som riksdagen primärt utövar sin exklusiva beslutskompetens för dessa uppgifter, se vidare 4 kap. regeringsformen. Den nationella politiska makten över hälso- och

⁶⁸² a.a. s. 25.

⁶⁸³ a.a.

sjukvårdsreform är följaktligen placerad här. Det är därför riksdagen som i förhållande till svenska folket har det yttersta ansvaret för att lagar som patientlagen faktiskt implementeras.

Det är flera delar av riksdagens organisation som är aktiva i samband med hälso- och sjukvårdsreformer.⁶⁸⁴ Centrala är riksdagens utskott och nämnder.⁶⁸⁵ Viktiga inslag i hälso- och sjukvårdsreform är bl.a. socialutskottets berednings- och uppföljningsarbete.⁶⁸⁶ Socialutskottet arbetar med riksdagsärenden som bl.a. innefattar områden för hälso- och sjukvård, omsorgsfrågor m.m.⁶⁸⁷ Utskottens ledamöter representeras av medlemmar från de förtroendevalda inom riksdagspartierna, vilka bereder och följer upp riksdagens beslut som rör hälso- och sjukvårdsreform. Riksdagens arbete innefattar att besluta om en EU-nämnd för samråd med regeringen gällande EU-samarbetet, vad gäller frågor kring folkhälsa m.m.⁶⁸⁸

13.3.1.2 Regeringens politiska roll och ansvar

När det gäller statlig hälso- och sjukvårdsreform är det som nämnts tidigare regeringen som är drivande i det politiska arbetet. En viktig omständighet som bestämmer vilken hälso- och sjukvårdspolitik som regeringen kommer att driva är dess sammansättning. Som bekant styr riksdagsvalet vilken regering som bildas. Den utsedda statsministern väljer sedan sina statsråd (ministrar), vilka tillsammans utgör regeringen.⁶⁸⁹

De rättsliga grunderna för regeringens arbete fastställs i kap. 6 och 7 i regeringsformen. Regeringen och deras statsråd har i sitt arbete stöd av Regeringskansliet och ett antal departement.⁶⁹⁰ Det handlar exempelvis om att utse tjänstemän inom staten som generaldirektörer och landshövdingar, företräda Sverige i EU, ingå avtal med andra stater, besluta i ärenden som ingen annan myndighet ansvarar för.⁶⁹¹ En särskilt viktig uppgift som rör reformarbetet är att utarbeta samt lägga fram propositioner till riksdagen för statliga hälso- och sjukvårdsangelägenheter. I detta arbete kommer vi i att titta närmare på hur regeringen genom budgetpropositionen och lagförslag bidrar till reformarbetet på statlig nivå.⁶⁹²

Regeringen har beslutskompetens i ärenden som inte tillhör riksdagens exklusiva beslutskompetensområde, s.k. restkompetens.⁶⁹³ För detta arbete är regeringens

684 Mer detaljerade bestämmelser för riksdagsarbetet återfinns riksdagsordning (2014:801), se t.ex. 3 kap. ledning och planering av riksdagsarbetet, 9–11 kap. ärendenas väckande, beredning och avgörande.

685 Riksdagsordningen uppställer detaljerade bestämmelser kring val av utskott och nämnder för riksdagens arbete, se exempelvis 3 kap. och 9–11 kap.

686 Vilka utskott som riksdagen ska utse framgår av tillägsbestämmelse 7.2.1 riksdagsordning.

687 Se bilaga (tillägsbestämmelse 7.5.1) p. 9 riksdagsordningen

688 Se kap. 7 kap. 3 § riksdagsordning.

689 Se vidare 6 kap. regeringsformen.

690 Se 1 § förordning (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet. Den politiska ledningen innefattar statsråd och statssekreterare som arbetar med att planera, utföra och följa upp departementets verksamhet. Inom departementet finns opolitiskt tillsatta tjänstemän som är resurser för statsrådets arbete vilka ser till att departementets ärenden handläggs enligt gällande lagar och regler.

691 Se vidare Regeringskansliets webbsida, Så arbetar regeringen.

692 Se avsnitten 13.3.1.2 och 13.3.1.3.

693 Regeringen får inte heller besluta i frågor som hör till domstolsprövning eller hur en annan myndighet ska använda sina maktbefogenheter i enskilda fall.

beslutskompetens i förhållande till de statliga myndigheterna särskilt intressant. Regeringen utfärdar förordningar med myndighetsinstruktioner inom ramen för vilka man därefter fattar beslut om regleringsbrev och även uppdrag. Regeringen tydliggör på detta sätt vad som är myndigheternas ansvar i förhållande till hälso- och sjukvården. Regeringen styr på detta sätt hälso- och sjukvården genom ärendehantering och beslut vid regeringssammanträde.⁶⁹⁴

13.3.1.3 Politiskt samspel mellan riksdag och regering i hälso- och sjukvårdsreform

Inom ramen för reformarbetet avseende hälso- och sjukvården finns en dynamik och ett samspel mellan riksdag och regering avseende ärende- och beslutsprocesser för statsbudget och lagstiftningsprocesser. Exempelvis tar socialutskottet emot regeringens propositioner för riksdagsbeslut i hälso- och sjukvårdsfrågor. Det innebär att ledamöterna går igenom propositionen innan hela riksdagen beslutar i ärendet. Ärenden kan exempelvis innefatta frågor om hälso- och sjukvårdens organisation och prioriteringar.⁶⁹⁵ Samtidigt arbetar socialutskottet också med att följa upp de beslut som riksdagen fattat avseende hälso- och sjukvårdsärenden, se serien Rapporter från riksdagen (RFR). Motsvarande dynamik råder i relation till budgetpropositionen och finansutskottet.

En uppenbar dynamik är att riksdagen beslutar om de propositioner regeringen lägger fram rörande hälso- och sjukvårdsreform. Samtidigt krävs att regeringen verkställer riksdagens beslut så att de beslutade åtgärderna operationaliseras vidare i systemet. Riksdagen utövar en parlamentarisk kontrollmakt över regeringen och kan ytterst avsätta regeringen genom en misstroendeförklaring. Därigenom illustreras också att reformarbete kräver riksdagens stöd.

13.3.2 Förvaltningens ansvar för och organisering av hälso- och sjukvårdsreform

Både riksdagens och regeringens arbete med hälso- och sjukvårdsreform understöds av en förvaltningsorganisation.⁶⁹⁶ Ansvaret för att ärenden avseende hälso- och sjukvården i olika avseenden bereds och hanteras är placerat på dessa organisationer.

13.3.2.1 Riksdagsförvaltningens roll och ansvar

Riksdagsförvaltningen är en myndighet under riksdagen och som biträder riksdagen i dess arbete, vilket följer av 1 § lag (2011:745) med instruktion för Riksdagsförvaltningen. Myndigheten ger förvaltningsstöd till kammaren, utskotten och EU-nämnden.⁶⁹⁷ Förvaltningen utfärdar bl.a. anvisningar för utarbetandet av förslag till anslag på statens budget och finansiella villkor för respektive myndigheter.⁶⁹⁸ Myndigheten leds av en styrelse som ansvarar inför riksdagen gällande förvaltningsverksamheten och styrelsen har beslutskompetens om myndighetens

⁶⁹⁴ Det specifika ärendet arkiveras i departementets arkiv. För att regeringsbesluten ska vara rättsligt giltiga finns minimiregler för närvaro vid regeringssammanträdet, se vidare 7 kap. regeringsformen. För att beslut, förslag till riksdag m.m. ska bli gällande krävs underskrift av behörig tecknare å regeringens vägnar.

⁶⁹⁵ Se betänkanden 2023/24:SoU14 och 2023/24:SoU16.

⁶⁹⁶ Se 12 kap. regeringsformen.

⁶⁹⁷ 14 kap. 2 § riksdagsordningen

⁶⁹⁸ 2 § lagen med instruktion för Riksdagsförvaltningen.

framställningar och redogörelser till riksdagen m.m.⁶⁹⁹ Det operativa arbetet leds av riksdagsdirektören som är chef över förvaltningen och direktörens arbete ska ske enligt de direktiv som styrelsen beslutar.⁷⁰⁰ Däribland ska direktören fortlöpande följa upp och pröva myndighetens verksamhet m.m. som eventuellt rör statliga hälso- och sjukvårdsangelägenheter.⁷⁰¹ I sammanhanget kan nämnas att myndighetens beslut överklagas enligt en särskild ordning.⁷⁰²

13.3.2.2 Regeringskansliets roll och ansvar

Regeringskansliet är motsvarande förvaltningsstöd för regeringens arbete. Kansliets roll och funktion är enligt 7 kap. 1 § regeringsformen att ”bereda regeringsärenden och... att biträda regeringen och statsråden i deras verksamhet.” Regeringskansliets organisering för förvaltningsstöd utgår från statsrådsberedningen, Regeringskansliets förvaltningsavdelning och ett antal departement, se 2 § förordningen med instruktion för Regeringskansliet.⁷⁰³

Det är statsministern som är chef över Regeringskansliets verksamhet och därmed ansvarig för kansliets arbete.⁷⁰⁴ Statsministern leder också arbetet i statsrådsberedningen som innefattar bl.a. statsministerns kansli, kansliet för krishantering, förvaltningschefens kansli, rättschefens kansli, kansliet för samordning av EU-frågor och Regeringskansliets internrevision. I den löpande ledningen av verksamheten har statsministern stöd av statssekreteraren i Statsrådsberedningen, förvaltningschefen samt rättschefen i statsrådsberedningen.⁷⁰⁵ Det är rättschefen som ansvarar för att regeringsarbetet resulterar i enlighet och hög kvalitet avseende lagstiftning och förvaltning inom hälso- och sjukvårdsområdet, se 5c § förordningen med instruktion för Regeringskansliet.

13.3.3 Placering och fördelning av ansvaret för hälso- och sjukvården mellan departement

När det gäller Regeringskansliets arbete med hälso- och sjukvårdsreform är departementen av särskild betydelse. Departementen är indelade utifrån olika ansvarsområden. Varje departement ansvarar också för ett antal myndigheter inom sina respektive ansvarsområden. Det är inom ramen för departementen som regeringens politiska och förvaltningsbaserade arbete vävs samman till konkreta åtgärdsprogram. Den politiska ledningen innefattar statsråd och statssekreterare som arbetar med att planera, utföra och följa upp departementets verksamhet. Departementschefer är de statsråd som statsministern utsett och chefstjänstemän

699 8–10 §§ lagen med instruktion för Riksdagsförvaltningen.

700 Se 14 kap. 4 § riksdagsordningen, samt 18 § lagen med instruktion för Riksdagsförvaltningen.

701 20 § lagen med instruktion för Riksdagsförvaltningen.

702 Se lag (1989:186) om överklagande av administrativa beslut av Riksdagsförvaltningen och riksdagens myndigheter.

703 Se vidare i avsnitt 13.3.2.2.

704 5 § förordningen med instruktion för Regeringskansliet.

705 5a § förordningen med instruktion för Regeringskansliet. Chefstjänstemän i Statsrådsberedningen är statssekreterarna, förvaltningschefen, rättschefen, EU-chefen, HR-direktören, den särskilda chefstjänstemannen för krishantering och den nationella säkerhetsrådgivaren, 9 §. Chef för Regeringskansliets förvaltningsavdelning är förvaltningschefen i Statsrådsberedningen, 8 §.

i departementen är statssekreterarna m.fl.⁷⁰⁶ Inom departementet finns även tillsatta tjänstemän som är resurser för statsrådets arbete, vilka ser till att departementets ärenden handläggs enligt gällande lagar och regler. Tjänstemän är regelmässigt tillsatta på professionell grund och är anställda tills vidare, s.k. opolitiskt tillsatta tjänstemän. Detta gäller inte statssekreterarna som är politiskt tillsatta tjänstemän, dvs. de lämnar regeringen då en ny regering med annan politisk sammansättning väljs.

En uppgift för detta arbete är att tydliggöra vilka departement som har ansvar för hälso- och sjukvårdsreform och vad detta ansvar innebär. Departementsindelingen framgår av 2 § förordningen med instruktion för Regeringskansliet.⁷⁰⁷ Det är framför allt Socialdepartementet som ansvarar för hälso- och sjukvården. Andra departement som i olika omfattning som också ansvarar för frågor som direkt eller indirekt rör hälso- och sjukvården är finansdepartementet, justitiedepartementet och försvarsdepartementet.⁷⁰⁸ Även andra departement kan i mer begränsade delar vara delaktiga.

13.3.3.1 Socialdepartementet

Det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården är således placerat på Socialdepartementet. Socialdepartementets ansvar innefattar ärenden avseende ”hälso- och sjukvård eller annan medicinsk verksamhet, hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning, medicintekniska produkter och läkemedel m.m.”⁷⁰⁹ Man ansvarar också för förvaltningsarbete avseende lagstiftningsärenden inom nämnda områden.⁷¹⁰ Arbetet inom Socialdepartementet leds, såsom det organiserats av den nuvarande statsministern, av fyra statsråd – socialministern, sjukvårdsministern, socialtjänstministern och socialförsäkringsministern. Socialministern är också utsedd departementschef. Nämnda statsråd har följande av socialdepartementets sakfrågor och ansvarsområden fördelat mellan sig.⁷¹¹

- *Socialministern* ansvarar för följande frågor: folkhälsopolitiken (inbegripet främjande av hälsa, förebyggande av ohälsa samt suicidprevention), psykiatri och psykisk hälsa, tandvård, smittskydd, idrott, ungdomspolitik, civila

706 Se vidare 6 och 9 §§ förordningen med instruktion för Regeringskansliet.

707 Se Statsrådsberedningen (SB), Justitiedepartementet (Ju), Utrikesdepartementet (UD), Försvarsdepartementet (Fö), Socialdepartementet (S), Finansdepartementet (Fi), Utbildningsdepartementet (U), Klimat- och näringslivsdepartementet (KN), Kulturdepartementet (Ku), Arbetsmarknadsdepartementet (A), Landsbygds- och infrastrukturdepartementet (LI), och Regeringskansliets förvaltningsavdelning (FA).

708 Jfr förordningen med instruktion för Regeringskansliet bilaga p. 2, 4, 5 och 6.

709 Bilaga p. 5 förordningen med instruktion för Regeringskansliet.

710 Generellt beskriver Socialstyrelsen på sin hemsida att man ansvarar för frågor som rör samhällets välfärd, såsom folkhälsan, sjukvården och äldre omsorgen. Man lyfter fram att det inom ramen för deras ansvarsområde ingår frågor om socialförsäkringar och som rör människors ekonomiska trygghet när de är sjuka, äldre eller när barnen är små. Vidare lyfter man fram ansvaret för frågor om individ- och familjeomsorg, äldreomsorg, stöd till och rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Ytterligare ansvarsområden är frågor avseende idrott, ungdomspolitik, civilsamhället, trossamfund och begravningsväsendet, se Regeringskansliets webbsida, Statsrådets ansvarsområden på Socialdepartementet.

711 a.a.

samhällets villkor och statsbidrag, trossamfund, begravningsväsendet, antimikrobiell resistens, hälsodata/e-hälsa och life science, missbruksfrågor, global hälsa, samt friluftsliv.

- *Sjukvårdsministern* ansvarar för följande frågor: hälso- och sjukvård med undantag för frågor om psykiatri, hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning, hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, läkemedel och medicintekniska produkter, apoteksväsendet, samt hälso- och sjukvårdens krisberedskap.
- *Socialtjänstministern* ansvarar för följande frågor: socialtjänst (innefattande omsorgen om barn och ungdom, omsorg om funktionshindrade, missbrukarvård, samt annat socialt bistånd), funktionshinderpolitik, barnrättspolitik (innefattande samordning och utveckling av frågor som rör barnets rättigheter och andra barnfrågor), samt svenska och internationella adoptioner.
- *Äldre- och socialförsäkringsministern* ansvarar för följande frågor: äldreomsorg, sjukförsäkring, arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd, pensionsfrågor, ekonomiskt stöd åt barnfamiljer, samt bostadsbidrag och bostads-/boendetillägg.

Det är följaktligen primärt sjukvårdsministern som rimligen tar ansvar för att driva hälso- och sjukvårdsreformer avseende patientens rättsliga ställning och personcentrering. Samtidigt är det tydligt att man ganska snart kan komma in på de andra statsrådets ansvarsområden. Särskilt intressant i sammanhanget är socialtjänstministerns explicita ansvar att driva en barnrättspolitik, vilken innefattar att samordna och driva frågor om barns rättigheter. Barn är ju också patienter, varför barnens ställning i hälso- och sjukvården mycket väl kan innefattas i detta ansvarsområde.

På departementet finns därutöver politiskt tillsatta statssekreterare med ansvar för de olika områdena. Dessutom finns en stab med ytterligare politiskt sakkunniga tjänstemän. Centrala opolitiska tjänstemän är expeditionschefen, rättschefen och den administrative chefen. Verksamheten på departementet drivs inom ramen för följande enheter:

- Expeditionschefens kansli
- Rättssekretariatet
- Enheten för samordning och stöd
- Enheten för EU- och internationella frågor
- Enheten för socialtjänst och funktionshinderspolitik
- Enheten för hälsa och civilsamhälle
- Enheten för sjukvård och läkemedelsfrågor
- Socialförsäkringsenheten

Det förefaller vara rimligt att enheten för sjukvård och läkemedelsfrågor har ett särskilt ansvar för att driva frågor avseende personcentrering och patientens rättsliga ställning.

13.3.3.2 Finansdepartementet

Ett annat departement som är viktigt att inkludera då det gäller hälso- och sjukvårdsreform är finansdepartementet. Detta egentligen av flera skäl. Ett skäl är att det är finansdepartementet som, genom arbetet i budgetavdelningens enheter som rör frågor kring sjukvård, är ansvarig för statens ekonomi.⁷¹² Sedan har finansdepartementet genom avdelningen för offentlig förvaltning och kommunenheten ett särskilt ansvar för statens relation till regioner och kommuner.⁷¹³ Av särskild betydelse är besluten avseende statsbidrag till region och kommun. Vidare har finansdepartementet genom enheten för digital infrastruktur och säkerhet ett särskilt ansvar för:

”sektorsövergripande frågor om den digitala omställningen av samhället inklusive infrastruktur för informationsteknik. Detsamma gäller departementets arbete genom enheten för digitalisering av den offentliga förvaltningen som avser offentlig förvaltning av informations- och dataförvaltning, digital teknik samt utveckling och förvaltning av infrastrukturer, plattformar och tjänster.”⁷¹⁴

Departementets lagstiftningsärenden innefattar nämnda områden.⁷¹⁵

13.3.3.3 Justitiedepartementet

Ett ytterligare departement som bör lyftas fram är Justitiedepartementet. Detta departement hanterar frågor kring integritetsskydd, säkerhet och allmän ordning och behandling av personuppgifter, vilket i sin tur är en fundamental del i digitaliseringen och personcentrering av hälso- och sjukvården.⁷¹⁶

13.3.3.4 Försvarsdepartementet

Även försvarsdepartementet har ett visst ansvar för hälso- och sjukvården. Detta eftersom man ansvarar för förvaltningsärenden som rör ”informations- och cybersäkerhet, i den mån sådana ärenden inte hör till något annat departement.”⁷¹⁷ Departementets lagstiftningsärenden omfattar samma område samt också ”skydd för samhällsviktig verksamhet”.⁷¹⁸ För hälso- och sjukvården är arbete som utförs

⁷¹² Andra avdelningar innefattar finansmarknadsavdelningen, internationella och ekonomiska avdelningen, rätts- och stabsavdelningen, skatte- och tullavdelningen, avdelningen för bolag med statligt ägande samt avdelningen för offentlig förvaltning, se Regeringskansliets webbsida, Budgetavdelningen på Finansdepartementet.

⁷¹³ Regeringskansliets webbsida, Avdelningen för offentlig förvaltning.

⁷¹⁴ a.a.

⁷¹⁵ Se vidare bilaga p. 6 förordningen med instruktion för Regeringskansliet.

⁷¹⁶ Bilaga p. 2.3 förordningen med instruktion för Regeringskansliet. Inom den beslutade ordningen för departementet framgår att grundlagsenheten ansvarar för nationella frågor om EU:s dataskyddsförordning. Andra enheter är polisenheten, enheten för domstols- och åklagarfrågor, kriminalpolitiska enheten, enheten för brottmålsärenden och internationellt rättsligt samarbete, enheten för fastighetsrätt och associationsrätt, enheten för familjerätt och allmän förmögenhetsrätt, enheten för immaterialrätt och transporträtt, enheten för lagstiftning om allmän ordning och säkerhet, straffrättsenheten, enheten för migrationsrätt, migrationsenheten, EU-enheten samt enheten för ledningsstöd, se Regeringskansliets webbsida, Justitiedepartementets organisation.

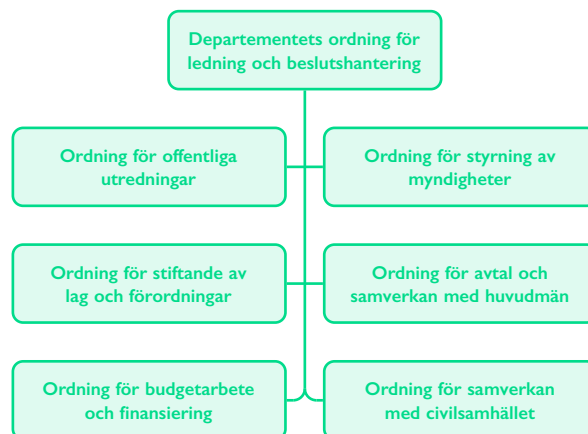
⁷¹⁷ Bilaga p. 4 förordningen med instruktion för Regeringskansliet.

⁷¹⁸ Bilaga p. 4 förordningen med instruktion för Regeringskansliet. Även för försvarsdepartementet har statministern utsett flera statsråd med ansvar för sakfrågor inom departementets verksamhetsområde. I fallet för handen avses försvarsministern som ansvarar för militärt försvar samt ministern för civilt försvar som ansvarar för civilt försvar och krigsberedskap. Försvarsministern utgör departementschef.

inom ramen för departementets avdelningar, försvarsunderrättelser, säkerhets- och cyberfrågor samt civilt försvar av intresse.⁷¹⁹

13.3.4 Departementets rättsliga ordning för hälso- och sjukvårdsreform

Vad vi följaktligen kan konstatera är att hälso- och sjukvårdsreform ytterst handlar om politiska processer som utmynnar i riksdagsbeslut. Rent praktiskt är det dock inom ramen för departementets verksamhet som det konkreta arbetet bedrivs. Särskilt Socialdepartementet har rollen att ta ett samlat grepp kring det reformarbetet som sker och som planeras att ske framledes. I vissa delar, som exempelvis avseende förslag på ny hälso- och sjukvårdslagstiftning, kommer riksdagens både politiska organisation och förvaltningsorganisation att behöva inkluderas. I andra fall kan departementschefen fatta egna beslut. Vår slutsats är att vi bör ta utgångspunkt i Socialdepartementets verksamhet för att tydliggöra enligt vilken rättslig ordning hälso- och sjukvårdsreform bedrivs på en övergripande statlig nivå. Utifrån en sociolegal analys av hur regeringen i allmänhet, och socialdepartementet i synnerhet, verkar när det gäller hälso- och sjukvården har vi ringat in vad vi menar är de centrala momenten i en rättslig ordning för hälso- och sjukvårdsreform.⁷²⁰



FIGUR 6.
Departementets rättsliga ordning för statlig styrning av hälso- och sjukvård

När det gäller riksdagen och regeringens rättsliga ordning för hälso- och sjukvårdsreform är den i huvudsak organisatorisk. Den bedrivs i huvudsak inom ramen för de olika departementen som rättslig ordning. Den rättsliga ordningen kan som framgått delas in i en politisk respektive förvaltningsbaserad ordning. I viss

⁷¹⁹ Se vidare Regeringskansliets webbsida, Försvarsdepartementets organisation.

⁷²⁰ En liknande utvärdering gjordes av "Coronakommissionen". Här konstaterar man bl.a. att regeringens styrmedel som riktar sig till vårdens huvudmän består av: (i) lagstiftning (tvingande), förordningar (tvingande) och föreskrifter (tvingande) (ii) kunskapsstyrning genom nationella riktlinjer, allmänna råd och metodstöd (iii) ekonomisk styrning genom statsbidrag och överenskommelser (iv) kontroll genom tillsyn (v) övrig styrning genom nationella samordnare, öppna jämförelser, nationella handlingsplaner, nationella strategier och nationella samlingar, se SOU 2021:89 Sverige under pandemin Volym 2 s. 404 samt Riksrevisionen, Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet (RiR 2017:3).

⁷²¹ Bilden återfinns i SOU 2020:36 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter s. 60.

utsträckning är den som framgått avtalsbaserad. Detta gäller i viss utsträckning ordningen för samverkan, exempelvis överenskommelserna med SKR. Att vi kartlägger den rättsliga ordningen är följaktligen ett uttryck för att vi fokuserar på den rättsliga bundenheten. Denna baseras i den specifika kontexten på att det föreligger ett bindande styrande dokument, beslut eller avtal. Tillämpningen av lagar och andra tillämpliga rättskällor är alltid relevanta att ta utgångspunkt i. Det intressanta utifrån ett sociolegalt perspektiv är vad som i övrigt konstituerar en rättslig ordning. Beslut är om de fattas på ett rättsligt korrekt sätt bindande för de personer till vilka de riktar sig. Riksdagen fattar bindande beslut för regeringen och myndigheterna. Regeringen fattar bindande beslut för myndigheterna. Regeringen fattar beslut om att ingå avtal med SKR o.s.v. Följer de till vilka besluten riktar sig inte tagna beslut, kan detta beroende på vad besluten avser resultera i olika former av ansvarsutkrävande. På denna högsta nivå är det särskilt intressant att kartlägga Regeringskansliets och de olika departementens beslut.

Vi har redan konstaterat att det inte genomfördes något lagstiftningsbaserat implementerings- och/eller uppföljningsprogram i samband med införandet av patientlagen; annat är det särskilda utvärderingsuppdrag som gavs till Vårdanalys. Detta trots att det åtminstone inom ramen för Patientmaktsutredningen stod klart att patientlagen var ett led i en mer omfattande omställning av hälso- och sjukvården där patienten kommer att vara mer delaktig och behöva en starkare ställning.⁷²² Samtidigt förefaller man på regeringsnivå vara väl medvetna om att mer ingripande förändringsarbete kräver relativt omfattande åtgärder från statsmaktens sida.

13.3.4.1 Regeringskansliets och departementets ordning för ledning och beslutshantering

När man ska tydliggöra vad som utgör den rättsliga ordningen för hälso- och sjukvårdsreform på regeringsnivå är det, enligt vår mening, lämpligt att ta utgångspunkt i den ordning för ledning och beslutsfattande som föreligger inom departementet och Regeringskansliet. Detta är en primärt organisatorisk ordning, dvs. den består i rättsliga handlingssystem inom ramen för regeringsarbetet. Regeringens reformarbete avseende hälso- och sjukvård sker primärt, som vi konstaterat, inom Socialdepartementet. Socialdepartementets ledningsstruktur och den därtill kopplade beslutsordning är den rättsliga ordning som lägger den rättsliga grunden till övriga delar. Det är den omständigheten att där är frågan om en normbaserad ordning för vem som bereder ärenden och fattar bindande beslut, som gör att vi ser den organisatorisk ordningen som just rättslig.

Rättsregler som styr hur den rättsliga ordningen för ledning och beslutsfattande i departementen ska utformas finner vi, utöver reglerna i regeringsformen, i förordningen med instruktion för Regeringskansliet. Statsministern är enligt 5 § chef för Regeringskansliet och har det övergripande ansvaret. Ansvarig chef för departementets ledning är det statsråd som statsministern utser i enlighet med 7 kap. 1 § regeringsformen.⁷²³ Som utgångspunkt är det departementschefen

⁷²² Se avsnitt 7.1 Jfr SOU 2013:2 Patientlag s. 63.

⁷²³ 6 § förordningen med instruktion för Regeringskansliet.

på Socialdepartementet som ansvarar för beredningen av regeringsärenden som rör hälso- och sjukvårdsreform inom departementets verksamhetsområde.⁷²⁴ Det sker ett samspel med chefstjänstemännen som på olika sätt ska understödja departementschefen.⁷²⁵ Vid Socialdepartementet finns också en ledningsgrupp som har ett övergripande ansvar för att verksamheten bedrivs effektivt med hög kvalitet och att resurser används i överensstämmelse med övergripande prioriteringar.

En för hälso- och sjukvårdsreformarbetet viktig chefstjänsteman är rättschefen som har ansvar för departementens lagförslag m.m.⁷²⁶ Denne har bl.a. som uppgift att vaka över lagenlighet, följdriktighet och enhetlighet vid beredning av författningsärenden. Andra relevanta chefstjänstemän är budgetchefen och EU-chefen, vilka inom sina områden hanterar frågor rörande hälso- och sjukvårdsreform. En ytterligare intressant roll är de s.k. huvudmännen som ansvarar för frågor inom departementens sakområden. De kan vara ansvariga för specifika enhetsområden inom departementens olika avdelningar. Huvudmannen fattar bl.a. beslut om att driva processer rörande planering och samordning av arbete inom sitt sakområde, se exempelvis enheten för hälsa och civilsamhälle respektive enheten för EU- och internationella frågor.

När det gäller departementens arbete i förhållande till regering och riksdag utgår man från fördelningen av lagstiftningsärenden respektive förvaltningsärenden, vilket bl.a. följer av 12 § förordningen med instruktion för Regeringskansliet. Det är i stor utsträckning genom att bereda och hantera dessa ärenden som Socialstyrelsen bedriver hälso- och sjukvårdsreform. I avsnitt 5 i bilagan till förordningen med instruktion för Regeringskansliet preciseras vilka förvaltningsärenden och lagstiftningsärenden som Socialdepartementet ansvarar för. Ärenden relevanta för hälso- och sjukvårdsreform är bl.a. sådan som avser hälso- och sjukvård eller annan medicinsk verksamhet, habilitering, hjälpmedelsförsörjning, tandvård, hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning, läkemedel, medicintekniska produkter, apoteksväsendet, barnrättspolitik, samordning av folkhälsopolitiken, främjande av hälsa- och förebyggande av ohälsa, hälsoskydd, smittskydd m.fl.

Det är följaktligen rimligt att dra slutsatsen att ansvaret för det statliga reformarbetet är placerat på ledningen för Socialdepartementet och arbetet i stor utsträckning ska hanteras inom ramen för beredningen av lagstiftningsärenden och hanterandet av förvaltningsärenden. Även om det är regering och, vad gäller lagstiftning, riksdagen som fattar de slutliga besluten är det Socialdepartementet som i sitt lednings- och beredningsarbete måste ta ett samlat ansvar. Uppräkningen av ärenden man har att hantera påvisar vikten av ett relativt välutvecklat arbetssätt vad gäller hälso- och sjukvårdsreformarbete. Vi kan också tydliggöra hur departementet bedriver hälso- och sjukvårdsreform i enlighet med vad som kan beskrivas som underordningar. Det är inom ramen för dessa

724 14 § förordningen med instruktion för Regeringskansliet Vissa undantag gäller, exempelvis där förvaltningschefen ansvarar för regeringsärenden som avser anställning m.m., se 14 a § förordningen med instruktion för Regeringskansliet.

725 27 § förordningen med instruktion för Regeringskansliet.

726 25 § förordningen med instruktion för Regeringskansliet.

det tydliggörs vilka medel ledningen har att använda sig av då man bedriver hälso- och sjukvårdsreform, samt vilka lagstiftnings- och förvaltningsärenden man har att driva. Ett centralt inslag i ett sådant arbetssätt är rimligen att följa hur lagar som patientlagen implementeras.

13.3.4.2 Ordning för offentlig utredning av hälso- och sjukvård

Ett vanligt sätt att iscensätta en hälso- och sjukvårdsreform är att utse en statlig utredning. Vi kan också konstatera att utmärkande för statens hälso- och sjukvårdsreform är det omfattande utredningsarbete som bedrivs. Varje departement har sitt område inom vilket man ansvarar för att bedriva utredningsarbete. I vissa fall bedrivs utredningsarbetet internt inom Regeringskansliet. Ofta tillsätts emellertid externa utredningar. När det gäller hälso- och sjukvården är det som sagt Socialdepartementet som har det huvudsakliga ansvaret. Det bedrivs ett omfattande utredningsarbete inom departementets ansvarsområde.

Då regeringen kommit fram till att det krävs en utredning initieras den med ett beslutat kommittédirektiv. I ett sådant direktiv ger statsråd ett specifikt utredningsuppdrag till en kommitté eller en särskild utsedd utredare. I direktivet tydliggörs vilka frågor som ska utredas och när utredningen ska vara färdig. Utredningsuppdraget redovisar regelmässigt i ett eller flera betänkanden, vilka publiceras i Statens offentliga utredningar (SOU). Innan regeringen tar ställning till de förslag som presenteras i en utredning skickas den regelmässigt på remiss till olika aktörer i samhället. Genom remissförfarandet kan regeringen inhämta synpunkter från dem som berörs av viss lagstiftning. Centralt i sammanhanget är i vilken utsträckning de stödjer förslaget. Regioner och kommuner är alltså viktiga i remisser som avser hälso- och sjukvård.

Det var följaktligen i enlighet med denna process som Patientmaktsutredningen tillsattes och genomförde sitt arbete. Patientmaktsutredningen resulterade i ett betänkande. När det gäller reformarbetet avseende god och nära nivå tillsattes en utredning med en särskild utredare. Denna utredning har resulterat i ett antal betänkanden som publicerats i Statens offentliga utredningar. När det gäller digitaliseringen av hälso- och sjukvården har det vid det här laget tillsatts ett antal olika utredningar.

En generell betraktelse efter att gått igenom många utredningsbetänkanden är att det i mycket begränsad utsträckning sker en utvärdering av utmaningarna vad gäller implementering av de rättsregler som föreslås. Det förefaller som de insikter som vunnits om implementering av lagar inom ramen för bl.a. den rättssociologiska forskningen inte fått något utrymme i vare sig de kommittédirektiv som utformas av regeringen eller i själva utredningarna. Detta är särskilt anmärkningsvärt med beaktande av den systembaserade komplexitet som föreligger avseende hälso- och sjukvården.

13.3.4.3 Ordning för att rättsligt reglera hälso- och sjukvård

Det mest kraftfulla medlet regeringen har när det gäller hälso- och sjukvårdsreform är att med lagstiftning och förordning styra hälso- och sjukvården. Det säger sig självt att den formalistiska lagstiftningsprocessen, dvs. den process enligt vilka nya lagar tas fram, är en väl etablerad rättslig ordning. Det är vanligt att tillsatta utredningar får till uppgift att ge förslag på ny lagstiftning eller att föreslå förändringar i befintlig hälso- och sjukvårdslagstiftning. Det är dock regeringen som skriver propositioner om nya lagar till riksdagen. Om regeringen väljer att gå vidare med förslag som föreslås i en utredning kommer man att skriva en proposition. Denna skickas till riksdagen där den kommer att behandlas i ett utskott. Beträffande lagstiftning avseende hälso- och sjukvård är det som sagt Socialutskottet som har ansvaret. Det är politikerna som utgör utskottets ledamöter som har till uppgift att fördjupa sig i förslaget och därefter lämna ett förslag på hur man menar att riksdagen ska besluta. Lagrådet har till uppgift att granska och yttra sig om lagförslag.⁷²⁷ När riksdagen fattar beslut om att stifta en lag bestämmer de också vid vilken tidpunkt lagen börjar att gälla.

Med utgångspunkt i Patientmaktsutredningens betänkande skrev regeringen en proposition och riksdagen fattade beslut om patientlagens ikraftträdande. Vi har konstaterat att lagen inte resulterat i det reformarbete som eftersträvades. Det är i ljuset av denna situation som vi ska utvärdera det arbete som nu genomförs avseende god och nära vård. Vi kan redan nu konstatera att det arbete som bedrivs har mer omfattande ambitioner än att ge förslag på förändrade eller nya rättsregler. Det är beträffande detta arbete klarlagt att det avser ett mer omfattande reformarbete – ett av staten iscensatt arbete som baseras på mer än lagstiftning. Processen för hur man bedriver ett sådan förändringsarbete förefaller vara långt ifrån så väletablerad som lagstiftningsprocessen är. Frågan är om det t.o.m. inte är så att det arbete som nu bedrivs inom ramen för arbetet med god och nära vård är nytänkande när det gäller att utveckla en dylik process. Vad som gör arbetet så intressant är att det också kan betraktas som en process där man verkar för att möjliggöra personcentrerad vård och att implementera åtminstone vissa delar av patientens rätt. Frågan är t.o.m. om inte implementeringen av patientlagen är beroende av mer omfattande utredningar av detta slag, där ingångsvärdena är att det krävs en mer omfattande reform som påkallar en utveckling på samtliga hälso- och sjukvårdens nivåer.

13.3.4.4 Ordning för att styra hälso- och sjukvård genom stadsbudgeten

Att det krävs medel och resurser för att bedriva förändrings- och utvecklingsarbete säger sig självt. Ordningen för hur man utvärderar, bereder och beslutar om hur staten ska använda sina medel är följaktligen en central ordning för hur

⁷²⁷ Lagrådets granskning ska avse: 1) hur lagförslaget förhåller sig till grundlagarna och rättsordningen i övrigt, 2) hur förslagens föreskrifter förhåller sig till varandra, 3) hur förslaget förhåller sig till rättssäkerhetskrav, 4) om förslaget är så utformat att lagen kan antas att tillgodose angivna syften. Se Lagrådets webbsida, Om Lagrådet.

regeringen styr hälso- och sjukvården.⁷²⁸ Styrning av statlig verksamhet utgår från beslutade budgetar. Budgetpropositionen är regeringens beslutsunderlag för hur statens medel ska användas följande budgetår. Genom att analysera vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som budgetpropositionen (och sedan den beslutade stadsbudgeten) innehåller får vi både en grundläggande och övergripande bild av hur och med vilka medel statsmakten styr rikets hälso- och sjukvård.

Regeringens handlingsordning avseende budgetpropositionen är följaktligen en fundamental rättslig ordning för hälso- och sjukvårdsreform.⁷²⁹ I budgetpropositionen 2023/24:1 kan man utläsa hur regeringen gör tydliga satsningar på specifik hälso- och sjukvårdsreform. Inom utgiftsområde 9 i budgetpropositionen föreslås ytterligare medel för regionernas arbete med hälso- och sjukvården. Det gäller bl.a. arbete som ska leda till fler vårdplatser och kortare vårdköer. Ett annat centralt område är regeringens tilldelning av budgetmedel för hälso- och sjukvårdens omställning till god och nära vård med primärvården som nav. Det innebär ökade förutsättningar för primärvården att överta sjukhusvårdens uppdrag i relevanta delar. Satsningen innefattar även utbyggd primärvård på landsbygden.⁷³⁰ Intressant i sammanhanget är att regeringen i propositionen menar att mycket av omställningsarbetet hitintills bedrivits på en strategisk nivå, där effekterna ännu inte nått vårdens verksamheter. Regeringen menar därför att det strategiska arbetet i högre omfattning behöver omvandlas till handlingar för primärvårdsverksamheterna.⁷³¹

Resurser avsätts också för att förstärka arbetet med en digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. En nationell gemensam digital infrastruktur för tillgängliggörande av hälsodata i vårdkedjan ska införas. Infrastrukturen ska möjliggöra tillgång till hälsodata för både regionala och kommunala huvudmän, vilket ska medverka till vård av god kvalitet. Infrastrukturen ska även hantera nationella kvalitetsregister. För detta föreslår regeringen bl.a. ett sektorsbidrag för hälso- och sjukvården.⁷³² Vidare avsätts medel för jämställd vård och kvinnors möjligheter att få hjälp med tydliga vårdkedjor och remisstillstånd för prioriterade tillstånd och sjukdomar.⁷³³

En ofrånkomlig slutsats vad gäller implementeringen av patientlagen är att det rimligen krävs att man avsätter riktade resurser just till implementeringsarbete. Detta är särskilt uppenbart med beaktande av att man var medveten om att rättsreglerna i patientlagen är förknippade med både ett perspektiv- och maktskifte inom hälso- och sjukvården. Att regeringen är medveten om att det krävs stora satsningar för att åstadkomma mer ingripande hälso- och sjukvårdsreform tydliggörs inte minst av det arbete som just nu bedrivs inom hälso- och sjukvårdsreformen god och nära vård. Beträffande reformen konstateras i ett

⁷²⁸ Inom ramen för budgetstyrningen ingår också att redogöra för det ekonomiska utfallet av budgetåret samt uppföljning av de budgetpolitiska målen, se exempelvis årsredovisning för staten 2022 och uppgiftsområde 9.

⁷²⁹ Se 9 kap. 2 § regeringsformen och regeringens proposition.

⁷³⁰ Prop. 2023/24:1 Utgiftsområde 9 s. 44.

⁷³¹ a.a. s. 40.

⁷³² Se vidare a.a. s. 28.

⁷³³ a.a. s. 45.

pressmeddelande att regeringen beräknar att avsätta 3 miljarder kronor årligen för omställningsarbetet. Dessa medel ska användas för att främja ett långsiktigt ut hålligt utvecklingsarbete med omställningen. Detta är också en reform som är av intresse när det gäller möjliggörandet av personcentrerad hälso- och sjukvård och implementeringen av patientens rätt. Intressant i detta sammanhang är hur regeringen arbetar med indikatorer för att följa upp mål som uppställs inom ramen för budgetarbetet på statlig nivå.⁷³⁴

13.3.4.5 Ordning för att styra myndigheter som i sin tur styr hälso- och sjukvård

Det mest sofistikerade sättet att styra hälso- och sjukvården är genom de statliga myndigheterna. Inom ramen för denna ordning har regeringen både att hantera det s.k. ministerstyret och den kommunala respektive regionala friheten. Regeringen styr myndigheterna genom beslutade förordningar, regleringsbrev och specifika regeringsuppdrag.⁷³⁵ Ett viktigt inslag är också tillsättandet av cheferna för de relevanta myndigheterna. Av särskilt intresse är också den uppföljning och granskning som sker av myndigheternas verksamhet. Regeringen har beslutat om att myndigheternas arbete ska följas upp och granskas enligt en särskild ordning i enlighet med internrevisionsförordningen (2006:1228).⁷³⁶ Själva organiseringen av granskningsarbetet sker inom ramen för myndighetens internrevision och leds av en anställd myndighetschef, men det är Socialstyrelsens styrelse, med generaldirektör och övriga styrelsemedlemmar utsedda av regeringen, som är uppdragsgivare till internrevisionen och beslutar om riktlinjer, revisionsplan, åtgärder med anledning av iakttagelser m.m. för granskningsarbetet.⁷³⁷ Regeringen har även beslutat att de statliga myndigheterna årligen ska upprätta årsredovisning och budgetunderlag som utgör underlag för regeringens uppföljning av verksamheten.⁷³⁸ I detta fall beslutar samtliga myndigheter om årsredovisning, inklusive Socialstyrelsens årsredovisning för 2023.

734 Inom ramen för stadsbudgeten anges även indikatorer och bedömningsgrunder för de olika angivna målen, se stadsbudgetens utgiftsområde 9 i budgetpropositionen för 2023 Prop. 2022/23:1. Måluppfyllelse för hälso- och sjukvårdspolitiken bedöms enligt följande indikatorer: (i) påverkbar slutenvård och sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall (ii) dödlighet efter diagnos i några av de stora sjukdomsgrupperna (iii) omdömen avseende centrala aspekter inom hälso- och sjukvården (iv) väntetider inom hälso- och sjukvården och besöksfrekvens inom tandvården. Av särskilt intresse är indikator (iii) eftersom denna avser ”patientupplevd kvalitet i primärvården och upplevd tillgång till hälso- och sjukvård”. Se Prop. 2022/23:1 Utgiftsområde 9 s. 11. Andra resultatindikatorer avser folkhälsopolitiken, se: (i) medellivslängd och självskattad hälsa (ii) insjuknade och dödlighet i folksjukdomar (iii) förekomsten av smittsamma sjukdomar (iv) levnadsvanor, Prop. 2022/23:1 Utgiftsområde 9 s. 74. I sammanhanget kan även resultatindikatorer för funktionshinderpolitiken vara av intresse: (i) sysselsättningsgrad (ii) utbildningsnivå (iii) antalet anmälningar hos Diskrimineringsombudsmannen (DO), Prop. 2022/23:1 Utgiftsområde 9 s. 111.

735 SOU 2022:6 Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga Del 1 s. 70.

736 Se även 25 § förordning med instruktion för Socialstyrelsen.

737 2 och 10 §§ internrevisionsförordningen. Socialstyrelsens internrevisionsprocess är en del av myndighetens arbete för intern styrning och kontroll. Denna innefattar granskning och förslag till åtgärder för verksamhetens bedrivande. Granskningen syftar till analys av verksamhetens risker och huruvida myndigheten uppfyller sina uppgifter, se 3–4 §§ internrevisionsförordningen. Internrevisionen ska följa god internrevisionsd och god internrevisord och resultatet av granskningen ska rapporteras till styrelsen, se 7 § och 9 § internrevisionsförordningen.

738 Se vidare 1 och 3 § förordning (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag.

Att gå längre än att använda dessa styrmedel riskerar som sagt att utgöra ministerstyre.⁷³⁹ Nedan kommer vi att närmare att analysera vilka myndigheter som verkar, och hur de verkar, i förhållande till hälso- och sjukvården. Det är, som vi kommer att visa, ett stort antal myndigheter som har ansvar med relevans för hälso- och sjukvårdens styrning. Det är primärt denna analys som också påvisar hur långtgående och detaljorienterad statens styrning är av hälso- och sjukvården.

Vad vi redan här kan konstatera är att om patientlagen ska implementeras kommer det krävas att man på myndighetsnivå får tydliga uppdrag i detta avseende. Vad sådana uppdrag kan komma att innefatta kommer vi att närmare utvärdera nedan. Intressant i sammanhanget är hur myndigheternas arbete med nuvarande reformer, framför allt den om god och nära vård respektive den om kunskapsstyrning, kan betraktas som uppdrag att åtminstone i delar verka för patientlagens implementering. Det finns också all anledning att följa upp och granska hur de statliga myndigheterna generellt arbetar med styrningen av hälso- och sjukvården. Särskilt bör man granska hur myndigheterna hanterar det inom hälso- och sjukvården komplexa samspelet mellan statlig, regional, kommunal och privat verksamhet. Vi har redan förklarat att vi menar det vara avgörande att myndigheter har bättre kunskap och förmåga vad gäller lagars implementering och behovet av åtgärder för att säkerställa de mål som uppställs i förhållande till hälso- och sjukvårdens utveckling.

13.3.4.6 Ordning för avtalsstyrning av hälso- och sjukvårdens huvudmän

En alltmer förekommande ordning, inom vilken regeringen styr hälso- och sjukvården, är de ingångna avtalen mellan å ena sidan staten och å andra sidan regionerna och kommunerna representerade av SKR. Överenskommelser mellan staten och SKR kan beskrivas som ett avtalsbaserat handlingssystem. Samtidigt är det överenskommelser som baseras på beslut inom ramen för både statlig, regional och kommunal organisation. I flera av överenskommelserna tydliggörs att dessa används inom områden där regeringen och SKR gemensamt har identifierat ett utvecklingsbehov.⁷⁴⁰ Tanken är att man genom överenskommelsen ska ge förutsättningar för att insatser kan ske samordnat på nationell, regional och lokal nivå. Man lyfter i detta sammanhang också fram vikten av ett tillitsbaserat förhållningssätt. Särskilt viktig är också jämlikhetsperspektivet.

Detta är en ordning som inte nödvändigtvis kan hållas isär från de andra delarna av den rättsliga ordningen.⁷⁴¹ Den kan snarare karaktäriseras som ett komplement och medel att implementera vad som föreskrivs i lagstiftning m.m. Samtidigt är det viktigt att ta utgångspunkt i de initiativ som sker på huvudmannanivå, dvs. det är inte nödvändigtvis så att ett reformarbete baseras enbart på statliga initiativ. Nedan kommer vi att närmare utvärdera hur avtalet används för

⁷³⁹ Se ovan avsnitt 13.1.1.

⁷⁴⁰ Se bl.a. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

⁷⁴¹ Den avtalsbaserade samverkansformen har som framgått varit föremål för en statlig utredning där viss kritik framförts avseende lämpligheten av att staten använder sig av denna. Se SOU 2024:43 Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn.

implementeringen av reformen god och nära vård. Vi kommer även att fokusera på hur avtalslösningen används för att driva kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvård. Detta är ett reformarbete som primärt baseras på en regionalsamverkan, men som samtidigt är beroende av statlig finansiering och även styrning.

Vår uppfattning är att implementeringen av patientlagens rättsregler bör tydligt uttryckas i överenskommelsen mellan staten och SKR. Mycket talar för att ett sådant tydliggörande kommer att stärka det reformarbete som nu genomförs bl.a. avseende god och nära vård och kunskapsstyrningen.

13.3.4.7 Ordning för samverkan med civilsamhället

Ett för detta arbete intressant inslag, i den rättsliga ordningen för hur regeringen bedriver hälso- och sjukvårdsreform, är ordningen för samverkan med patientorganisationer och övriga civilsamhället. En viktig slutsats är att med en strävan att stärka patientens ställning är det utifrån ett systemperspektiv viktigt att parallellt stärka patientorganisationernas ställning och förutsättningarna för samverkan. På departementsnivå är två initiativ av särskilt intresse. År 2018 inrättade Socialdepartementet ett särskilt Patientråd. Detta initiativ ska ses i ljuset av det mer omfattande initiativ som samma år togs för att etablera en bredare samverkan mellan det offentliga och civilsamhället – Nationellt organ för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället.

13.3.4.7.1 Ett Patientråd för samverkan mellan regering och civilsamhällesorganisationer avseende hälso- och sjukvårdsfrågor

Patientrådet är ett forum för en direktdialog mellan regeringen och de av civilsamhällets organisationer som företräder patienters och deras närståendes intressen.⁷⁴² Rådet består av ledamöter från ett tiotal patient- och närståendeorganisationer.⁷⁴³

”Syftet med Patientrådet är att fördjupa och bredda regeringens kunskap och perspektiv i olika frågor som rör patientens intressen. Dialogen ska underlätta och effektivisera kunskapsinhämtning och kommunikation mellan regeringen och patientorganisationer samt bidra till en mer effektiv samordning av kontakterna mellan regeringen och dessa organisationer.”⁷⁴⁴

Rådet leds av sjukvårdsministern och träffas tre gånger per halvår. Till ett av dessa tre möten bjuds även patient- och närståendeorganisationer som inte är förordnade ledamöter i Patientrådet in. Detta råd, till skillnad från exempelvis Lagrådet, har inte någon formell roll i riksdagens- och regeringens författningsbaserade styrning av hälso- och sjukvården. Det hindrar inte att rådet kan ha en informellt viktig påverkan på arbetet i Regeringskansliet. Ur vårt perspektiv är det rimligt att frågan om implementeringen av patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård är en stående punkt på Patientrådets möten.

⁷⁴² Regeringskansliets webbsida, Patientrådet för in viktiga perspektiv.

⁷⁴³ Se Patientrådet (2018:C) regeringsbeslut 2018-04-26 I:II (S2018/02680/FS). Ändrades senast 2023-07-01 avseende ledamöternas sammansättning.

⁷⁴⁴ Socialutskottets betänkande 2019/20:SoU II Hälso- och sjukvårdens organisation m.m. s. 54.

13.3.4.7.2 Nationellt organ för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället

År 2018 kom regeringen överens med det s.k. civila samhället om att inrätta en stödstruktur för dialog och samråd – Nationellt organ för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället (NOD).⁷⁴⁵ Till grund för organet ligger en överenskommelse, vilken ersätter en tidigare överenskommelse från 2008.⁷⁴⁶ I bemyndigandet som ligger till grund för regeringens undertecknande av överenskommelsen konstateras att överenskommelsen syftar till att främja dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället på nationell nivå.⁷⁴⁷ Det framgår också att regeringen bjuder in organisationer som samlar riksorganisationer inom det civila samhället att ansluta sig till överenskommelsen.

De organisationer som regeringen vänder sig till är s.k. paraplyorganisationer, vilket är organisationer på nationellt plan som representerar en strukturerad ordning av underorganisationer. Funktionsrätt Sverige är en av de anslutna paraplyorganisationerna. Man kan se Funktionsrätt Sverige som en del av funktionsrättsrörelsen där rikstäckande funktionsförbund skapat en gemensam aktör för dialog på nationell nivå. Funktionsrätt Sverige är en ideell förening med funktionsförbunden som medlemmar.⁷⁴⁸ Högsta beslutande organ är kongressen.⁷⁴⁹ Inom ramen för Funktionsrätt Sverige är ett antal organisationer anslutna som medlemmar.⁷⁵⁰ Organisationerna bedrivs exempelvis genom ideella föreningar som fokuserar på särskilda sjukdomar, funktionshinder m.m. Det finns även regionala och lokala representationer i vardera organisationen, se exempelvis

⁷⁴⁵ Överenskommelse om en stödstruktur för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället på nationell nivå, Dnr Ku2018/00152/D.

⁷⁴⁶ Överenskommelsen ersätter den år 2008 ingångna Överenskommelsen mellan regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting, Dnr Skr. 2008/09:207.

⁷⁴⁷ Bemyndigande att underteckna överenskommelse om dialog med civila samhället 2018-02-01 Ku2018/00152/D.

⁷⁴⁸ Funktionsrätt Sverige har beslutade stadgar, värdegrunder samt idéprogram, se Funktionsrätt Sveriges webbsida, Vår organisation.

⁷⁴⁹ På regional nivå finns självständiga samarbetsorganisationer som exempelvis Funktionsrätt Västra Götaland. Nämnade samarbetsorganisationer är inte organisatoriskt sammankopplade med Funktionsrätt Sverige utan kan ses som regionala aktörer inom funktionsrättsrörelsen som samarbetar med Funktionsrätt Sverige.

⁷⁵⁰ Afasiförbundet i Sverige, Astma- och Allergiförbundet, Autism- och Aspergerförbundet, Blodcancerförbundet, Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation, Elöverkänsligas Riksförbund, Fibromyalgiförbundet, Förbundet Blödarsjuka i Sverige, Förbundet Funktionshindrade Med Läs- och Skrivsvårigheter, Föräldraföreningen för Dyslektiska barn, HIV-Sverige, Hjärnskadeförbundet-Hjärnkraft, Hjärtebarnsförbundet, Migränförbundet, Mun- och halscancerförbundet, Neuroförbundet, Njurförbundet, Parkinsonförbundet, Primär Immunbrist Organisationen, Prostatacancerförbundet, Psoriasisförbundet (PSO), Reumatikerförbundet, RG Aktiv rehabilitering, Riksförbundet Attention, Riksförbundet Balans, Riksförbundet Cystisk Fibros, Riksförbundet DHB, Riksförbundet för ME-patienter, Riksförbundet för stomi- och reservoaropererade, Riksföreningen Grunden, Mag- och tarmförbundet, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Personskadeförbundet RTP, Riksförbundet FUB, Riksförbundet HjärtLung, Riksförbundet Sällsynta diagnoser, Schizofreniförbundet, Stamningsförbundet, STROKE-Riksförbundet, Svenska Celiakiförbundet, Svenska Diabetesförbundet, Svenska Downföreningen, Svenska Epilepsiförbundet, Svenska OCD-förbundet Ananke, Sveriges Fibromyalgiförbund, Svenska Ångestsyndromsällskapet samt Tandhälsöförbundet.

Njurförbundet Västsverige, som interagerar och för dialoger med hälso- och sjukvårdens huvudmän i Västsverige. Både njurförbundet och de lokala njurförbunden är ideella föreningar.⁷⁵¹

Den paraplyorganisation som ansluter sig till överenskommelsen får avge en avsiktsförklaringen där man förklarar att man värnar om värden som *stark demokrati, egenmakt och delaktighet i samhället* m.m.⁷⁵² De som ingått överenskommelsen ska i sin samverkan tillämpa principer och målnormer som självständighet och oberoende, dialog, kvalitet, långsiktighet, öppenhet och insyn och mångfald.⁷⁵³ I överenskommelsen framgår också att verksamheten har tre övergripande syften: (i) dialog och samråd (ii) stöd och vägledning (iii) kunskapsspridning med samverkansaktiviteterna. Som underlag för samverkansarbetet ska man även tillämpa Europeisk kod för idéburna organisationers medverkan i beslutsprocessen.⁷⁵⁴ Denna innefattar bland annat principer för hur civilsamhället ska medverka i politiska processer.

NOD som organisation innefattar en styrgrupp och ett kansli. Styrgruppen består av tjänstemän från Regeringskansliet samt representanter från civilsamhällets aktörer. Ansvarigt statsråd för NOD är socialministern. Civilsamhällets representerar i styrgruppen omväls årligen. Kansliet är organiserat hos vårdorganisationen den ideella föreningen Forum – Idéburna organisationer med social inriktning. I det beslutet som fattades avseende att ingå samverkansstrukturen finns även riktlinjer för genomförandet av överenskommelsen och med en organisation som innefattar en styrgrupp och kansli.⁷⁵⁵ Det finns även en arbetsordning för NOD som syftar till att reglera deras arbetssätt, mötesformer och handlingar i samverkansarbetet. Arbetsordningen fastställs av representanter från civilsamhällesparten och fastställs vid det årliga mötet.

Sammantaget kan vi konstatera att NOD lägger grunden för en övergripande samverkanstruktur på regeringsnivå. Det är uppenbart att man ser denna struktur som ett viktigt inslag i den svensk demokratisk modell. Samverkan ska ske med civilsamhället på alla politiska nivåer – EU-nivå, statlig nivå, regional nivå och kommunal nivå. Hälso- och sjukvården är ett av de områden där det behövs en sådan samverkan.

751 Även organisationen Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa är anslutna.

752 Se vidare NOD:s avsiktsförklaring, Ett starkt civilsamhälle för en stark demokrati.

753 För mer information se 6 kap. Prop. 2009/10:55 En politik för det civila samhället.

754 Se Europeisk kod för idéburna organisationers medverkan i beslutsprocessen. Antagen av INGO-Konferensen vid möte den 30 oktober 2019 2.

755 Se bilaga B Överenskommelse om en stödstruktur för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället på nationell nivå.

13.3.5 Utredning och lagstiftning om god och nära vård

I detta underavsnitt ska vi utvärdera hur reformen god och nära vård iscensattes genom statliga utredningar och därpå följande regeringspropositioner om lagförslag.⁷⁵⁶ Det råder inte någon tvekan om att det inom ramen för detta reformarbete sker implementeringsåtgärder i förhållande till centrala delar av patientlagen. Dessutom är det som konstaterats ett uttalat syfte att reformarbetet ska möjliggöra personcentrerad vård. Vi menar att det är möjligt att urskilja en stomme i själva reformarbetet. I förhållande till denna har det efterhand genomförts ett antal ytterligare utredningar som får anses innefattas i reformarbetet. Vår ambition är att översiktligt åskådliggöra denna utveckling.

13.3.5.1 Regeringens direktiv till utredningen av en samordnad utveckling för en god och nära vård

I förhållande till reformarbetet för en god och nära vård har regeringen utarbetat tre kommittédirektiv till en särskilt utsedd utredare. Det första direktivet från 2017 baserades på förslagen som gjorts i SOU 2016:2 Effektiv vård och fokuserade i stor utsträckning på just primärvårdens roll. Utredaren fick bl.a. i uppdrag att i dialog med företrädare för samtliga regioner, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan för en ökad närhet till patienten.⁷⁵⁷ I ett tilläggsdirektiv utvidgades utredarens uppdrag till att också undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras.⁷⁵⁸ Enligt tilläggsdirektivet ska utredaren också se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt (numera dokumenterad överenskommelse) i form av en övergripande vårdplan för patienters samtliga vårdinsatser, oavsett aktör eller huvudman. I detta sammanhang ska man även klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till en samordnad individuell plan, s.k. SIP. I direktivet tydliggörs att man vid utarbetande av förslag ska beakta ett patient-, brukar- och jämställdhetsperspektiv. I ett ytterligare tilläggsdirektiv utvidgades uppdraget till att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa.⁷⁵⁹

⁷⁵⁶ Genomgående har vi tillämpat en metod där vi tar utgångspunkt i hur reformarbetet sker genom statliga uppdrag utredningar. Genom kommittédirektiven skaffar vi oss en bild avseende utgångspunkterna för uppdragen och reformarbetet. Vidare analyserar vi statliga offentliga utredningar och annat relevant utredningsmaterial. Vi är i denna del särskilt intresserade av utredningarna som rättsliga instrument för bedrivande av reformarbete. Regeringens propositioner är av särskild rättslig betydelse som underlag för ny lagstiftning som sedan implementeras genom riksdagsbeslut. Reformarbetet kommer även att behandlas utifrån regionernas och kommunernas ansvar som huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, se avsnitt 14.2.5.

⁷⁵⁷ Kommittédirektiv 2017:24 Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården s. 1.

⁷⁵⁸ Kommittédirektivet 2018:90 Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård s. 3.

⁷⁵⁹ Kommittédirektivet 2019:49 Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård s. 1.

13.3.5.2 Utredningens arbete och förslag till en samordnad utveckling för god och nära vård

Efterhand som utredningen bedrevs blev det allt tydligare att man efterlyser en mer omfattande reform. Utredningens arbete resulterade i fem delbetänkanden:

- SOU 2017:53 God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild
- SOU 2018:39 God och nära vård – en primärvårdsreform
- SOU 2019:29 God och nära vård – vård i samverkan
- SOU 2020:19 God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem
- SOU 2021:6 God och nära vård – rätt stöd till psykisk hälsa

Ambitionen är inte att ge en rättvisande bild av innehållet i dessa betänkanden. Inte heller är ambitionen att beskriva de lagstiftningsförslag m.m. som de mynnar ut i. I stället är ambitionen, i enlighet med vad som sagts ovan, att påvisa hur man i utredningen strävar efter att skapa något av en process för reformarbete avseende hälso- och sjukvård.

SOU 2017:53 God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild

Ett centralt bidrag i det första delbetänkandet SOU 2017:53 God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild är att man menar att det behövs en målbild och även en färdplan för reformarbetet. Utgångspunkten för arbetet är konstaterandet att primärvården är den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov.⁷⁶⁰ En viktig utgångspunkt är också att forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen. En styrande slutsats är att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser styrs dit man har förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd.⁷⁶¹

Det är uppenbart, redan i det första betänkandet, att man eftersträvar mer än att presentera ett väl underbyggt lagförslag. Man har en tydlig ambition att iscensätta ett omfattande omställningsarbete, vilket kräver delaktighet inom ramen för hela hälso- och sjukvårdssystemet. Detta tydliggörs genom ambitionen med en målbild och färdplan för reformarbetet. I betänkandet tydliggörs att man i det fortsatta utredningsarbetet kommer att arbeta med både målbild och färdplan. Som ett första förslag på målbild anges: ”En hälso- och sjukvård med primärvården som bas. I samspel med sjukhus och kommunala insatser och tydligt utgående från patientens behov. En målbild baserad på god och nära vård.”⁷⁶² Färdplanen riktar sig till staten, regioner och kommuner, vårdens medarbetare och i viss utsträckning också till patienter/brukare/medborgare. Den avser en tioårsperiod och omfattar intressant nog även tiden för regeringsuppdraget.

⁷⁶⁰ SOU 2017:53 God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild s. 9.

⁷⁶¹ a.a. s. 10.

⁷⁶² a.a. s. 79.

”Utredningens uppfattning är att en så omfattande omställning som det här är frågan om, om den ska uppfattas och vara realistisk, kräver ett sådant tidsspann. Utredningen uppfattning är också att, givet den stora önskan till förändring och det stora behovet av förändring som såväl patienter som inte minst många av vårdens medarbetare vittnar om, är längre tid än ett tioårigt perspektiv inte rimligt att omfatta i färdplanen.”⁷⁶³

Färdplanen ska innehålla åtgärder för en samordnad omställningen till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården. Målbild, såväl som färdplan, ska under utredningen stegvis fördjupas och uppdateras. Ett prioriterat inslag i färdplanen är ett nationellt uppdrag till primärvården. Ett annat centralt inslag är åtgärder för att föra över olika typer av resurser (kompetens, ekonomiska resurser m.m.) från sjukhusen till primärvården.

Utredningsarbetet framträder på detta sätt som ett självpåtaget och aktivt inslag i själva omställningsarbetet av hälso- och sjukvården. Detta får anses vara relativt unikt. I sammanhanget lyfter man också fram hur utredningen måste vara en aktiv del i att förhindra motstånd mot reformarbetet.

”Sammantaget betyder detta att de förändringar hälso- och sjukvården står inför kommer att påverka många, och även ha en påverkan på individnivå. Detta är något som kommer att behöva belysas fortlöpande under utredningens gång. Risker är annars att föreslagna förändringar kommer att ifrågasättas av olika aktörer och grupper, kanske med hänvisning till gällande lagutrymme, författning eller praxis, när det många gånger kanske handlar om en oro för förändringar som påverkar den egna situationen. Detta är naturligt i ett förändringsarbete, och något som måste tas på stort allvar. Utredningen har för avsikt, och har redan inledningsvis strävat efter, stor transparens och nära dialog med vårdens olika intressenter och aktörer. Något som sannolikt kommer att vara en framgångsfaktor i det fortsatta arbetet.”⁷⁶⁴

I detta sammanhang lyfter man också fram utredningens roll i att motverka brist på tillit mellan olika aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet.

SOU 2018:39 God och nära vård – en primärvårdsreform

I det andra betänkandet SOU 2018:39 God och nära vård – en primärvårdsreform föreslås att den föreslagna målbilden och färdplanen fördjupas.⁷⁶⁵ Ett centralt inslag i denna fördjupning är tydliggörandet avseende ett personcentrerat arbetssätt och att patientens delaktighet betonas. Inom ramen för fördjupningen utvecklar man också varför patientens ställning är viktig för att utveckla en god och även effektiv vård.

”Om vården utgår från patientens behov, förutsättningar och preferenser skapas förutsättningar för patientens delaktighet, självbestämmande och integritet. Det är en grund för att patienten ska känna trygghet och tillit till vården. Att en patient aktivt engagerar sig och deltar i sin sjukvårdssituation och behandling har positiv effekt på både vårdresultat och patientens hälsa. En mer individanpassad vård bidrar även till en jämlikare vård. Samordning mellan och kontinuitet i vårdkontakter är centralt för att skapa helhetssyn i vården av patienten. Kontinuitet och samordning i vården är viktiga faktorer för att uppnå patientsäkerhet och god vård. Det leder även fram till att vården blir mer effektiv.”⁷⁶⁶

⁷⁶³ a.a.

⁷⁶⁴ a.a. s. 84.

⁷⁶⁵ SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform s. 17.

⁷⁶⁶ a.a. s. 184.

I utredningen görs en relativt omfattande genomlysning av pågående initiativ, bl.a. vad gäller kunskapsstyrning, som drivs på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Som förslag på en fördjupad målbild föreslår man följande:

”Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.”⁷⁶⁷

Andra förslag som lyfts fram i utredningen är att definitionen av primärvård behöver moderniseras. Även i denna utredning lyfter man fram att primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas. Här föreslås att det nationella uppdraget ska regleras i förordning. I utredningen lämnas också förslag om de behov som primärvården ska kunna möta kompetensmässigt.⁷⁶⁸ Man ger också förslag kring primärvårdens samordnande roll.⁷⁶⁹ Ytterligare förslag avser utbildning och forskning inom primärvårdens områden.⁷⁷⁰

Även i detta delbetänkande är det tydligt att man ser själva utredningsarbetet som en integrerad process i den mer omfattande omställning som man föreslår. När det gäller den mer omfattande omställningen konstaterar man bl.a. följande.

”Utredningen vill liksom tidigare betona vikten av att de förändringar som görs utifrån utredningens förslag genomförs strukturerat och i flera steg. Förändringarna bör följas på myndighetsnivå utifrån olika myndigheters ansvarsområden, men också med fördel via följeforskning. Utredningens uppfattning är att alltför många förändringar i hälso- och sjukvården sker utan strukturerade beslut, uppföljning eller utvärdering.”⁷⁷¹

SOU 2019:29 God och nära vård – Vård i samverkan

Det tredje betänkandet SOU 2019:29 God och nära vård – Vård i samverkan består i stor utsträckning av en beskrivning av hälso- och sjukvårdens framväxt och en utvärdering av förutsättningarna för omställningen av hälso- och sjukvården, bl.a. utifrån vad som utgör slutet och öppen hälso- och sjukvård.⁷⁷² Av särskilt intresse är redogörelsen för centrala begrepp som man förhåller sig till vad gäller omställningen till god och nära vård.

Det första begrepp man lyfter fram är personcentrerad vård. Här konstaterar man att det inte finns någon enkel definition av personcentrerad vård.⁷⁷³ Man hänvisar till Vårdanalys rapport Från mottagare till medskapare och den beskrivning som görs där. När det gäller nära vård konstaterar man att det inte är någon ny organisationsnivå och inte heller är det en ny benämning på dagens primärvård. Här förklarar man att nära vård är ”ett sätt att tänka, ett förhållningssätt, kring hur man organiserar hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares

⁷⁶⁷ a.a. s. 285.

⁷⁶⁸ a.a. s. 322–336.

⁷⁶⁹ a.a. s. 336.

⁷⁷⁰ a.a. s. 340.

⁷⁷¹ a.a. s. 50.

⁷⁷² Se sammanfattningen SOU 2019:29 God och nära vård – Vård i samverkan.

⁷⁷³ a.a. s. 29.

individuella behov, förutsättningar, preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas.”⁷⁷⁴ Andra begrepp som diskuteras är primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, vård och omsorg, särskilda boendeformer m.fl. I ett påföljande avsnitt diskuterar man ytterligare begrepp och koncept som är relevanta i förhållande till ”ett nytt sätt att bygga hälso- och sjukvård”. Här lyfter man bl.a. fram ”en integrerad vård”. När det gäller innebörden av begreppet ”en integrerad vård” hänvisar man till WHO:s arbete. ”Primärvården framhålls tydligt som basen för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster på det önskade sättet.”⁷⁷⁵ Vidare konstaterar man att framtidens utmaningar inte kommer att kunna lösas av hälso- och sjukvården i sig, utan det måste ske i samverkan med andra samhällssektorer, inklusive civilsamhället.

Samverkan är överhuvudtaget ett centralt tema i delbetänkandet. Man lyfter särskilt fram s.k. ”personcentrerad samverkan”. Här utgår man från uppgiften i tilläggsdirektivet att utreda hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras.⁷⁷⁶ Man konstaterar bl.a. följande:

”För att skapa en sammanhängande hälso- och sjukvård utifrån varje patients behov, förutsättningar och preferenser krävs att samtliga aktörer som är inblandade i insatserna, inklusive patienten själv, har samsyn om hur patientens vårdprocess ska se ut. Det är viktigt att sätta mål utifrån patienten, inte efter organisatorisk indelning av hälso- och sjukvården, när man utformar en personcentrerad vårdprocess.”⁷⁷⁷

Det är också i detta sammanhang som man utvärderar vårdplanen som fenomen och förutsättningarna att använda sig av ett patientkontrakt.

Även i detta betänkande utvecklas hur utredningsarbetet är integrerat i den mer omfattande omvandlingsprocessen. Här lyfter man fram betydelsen av SKR. SKR kan tillsammans med regioner och kommuner förmedla målbilder. SKR kan även bedriva ledarskapsutbildning, tillhandahålla mötesplatser, kommunicera och förmedla begrepp. Under 2019 har styrelsen för SKR (då SKL – Sveriges Kommuner och Landsting) beslutat att vara delaktig i arbetet med att förankra reformarbetet avseende god och nära vård.⁷⁷⁸ Inför framtiden ser utredningen hur SKR kan ha en framträdande roll, vilken kan styras genom en statlig överenskommelse. I betänkandet lyfter man även fram Socialstyrelsen som 2019 fått ett regeringsuppdrag att ta fram en strategisk plan för hur myndigheten kan stödja omställningen mot en god och nära vård.⁷⁷⁹ I betänkandet lyfter man också fram behovet av dialog med medborgare och medarbetare som en del av förändringsarbetet.⁷⁸⁰

⁷⁷⁴ a.a. s. 29–30.

⁷⁷⁵ a.a. s. 34.

⁷⁷⁶ a.a. s. 121–122.

⁷⁷⁷ a.a. s. 129.

⁷⁷⁸ a.a. s. 249–250.

⁷⁷⁹ a.a. s. 250.

⁷⁸⁰ a.a. s. 251.

SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Det fjärde delbetänkandet SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem fokuserar i stor utsträckning på att identifiera vad som utgör framgångsfaktorer respektive hinder när det gäller omställningen till en god och nära vård. Som framgångsfaktorer lyfter utredningen fram:

- Personcentrering och involvering av invånare och patienter i hälso- och sjukvårdens utveckling
- Interprofessionellt lärande och arbetssätt
- Salutogent förhållningssätt
- Fungerande samverkan och samordning för ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem
- Prehospital och mobil vård – en integrerad del i vårdkedjan
- Samordnad styrning av kompetensförsörjningen
- Logistiklösningar och infrastruktur som understödjer omställningen
- Digitalisering utifrån patienternas och vårdens behov
- Samverkan med aktörer utanför vård och omsorg⁷⁸¹

Det är med fokus på dessa s.k. framgångsfaktorer som utredningen utformar sina förslag. När det gäller hinder för omställningsarbetet lyfter man fram följande:

- Bristande uthållighet
- Bristande helhetsperspektiv och systemkunskap
- Stor variation i uttolkningen och implementering av befintliga regelverk
- Ekonomiska utmaningar för kommuner och regioner
- Bristande inkludering av medarbetarna
- Utmaningar med kompetensförsörjning och kompetensutveckling
- Investeringsbehov i vårdens byggnader och infrastruktur
- Bristande tillgång till kvalitetssäkrade data och kunskap om primärvårdsnivån
- Bristande arbete med ledarskapsfrågor
- Regelverk och arbetssätt som utestänger de mest behövande⁷⁸²

I betänkandet presenterar man också mer utvecklade förslag avseende patientkontraktet, vilket man menar utgör patientens stöd för en sammanhållen vård.⁷⁸³ När det gäller det mer omfattande omställningsarbetet konstaterar man att det är en långsiktig process i flera steg.⁷⁸⁴ Man lyfter särskilt fram processer man behöver fokusera på för att uppnå uthållighet i den nationella färdplanen mot målbilden.⁷⁸⁵ Här innefattas stöd till huvudmän från regering, myndigheter

⁷⁸¹ SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem s. 105–130.

⁷⁸² a.a. s. 131–148.

⁷⁸³ a.a. s. 205–216.

⁷⁸⁴ a.a. s. 385.

⁷⁸⁵ a.a. s. 377–385.

och SKR.⁷⁸⁶ Det krävs dialog med medarbetare och invånare. I betänkandet lyfter man också fram betydelsen av ett sammanhängande system för att följa omställningen. Vidare lyfter man fram betydelsen av omfördelningen av resurser i systemet och att det avsätts resurser för omställningen.⁷⁸⁷

SOU 2021:6 God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa

Det femte och avslutande delbetänkandet SOU 2021:6 God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa fokuserar på tilläggsdirektivet att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa. I sammanfattningen lyfter man särskilt fram betydelsen av den personcentrerade hälso- och sjukvården och hur patientberättelser varit viktiga pusselbitar i utredningsarbetet.

13.3.5.3 Regeringens propositioner till riksdagen om lagstiftning om en god och nära vård

Det är två av delbetänkandena som har varit föremål för remiss; SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform och SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.⁷⁸⁸ Regeringen har därefter, med utgångspunkt i utredningsarbetet och remissvaren, skrivit två propositioner till riksdagen.

Regeringens Prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti

Den första propositionen 2017/18:83 gavs beteckningen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti. I propositionen förklaras att en omstrukturering av hälso- och sjukvården är nödvändig.⁷⁸⁹ Med utgångspunkt i utredningens arbete presenteras ett antal förslag. Ett första förslag är att det behövs en gemensam målbild för en god och nära vård:

”Alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.”⁷⁹⁰

Ett andra förslag avser styrande principer för vårdens organisering.⁷⁹¹ En första princip, enligt regeringens förslag, är att regionerna (då landstingen) ska organisera

⁷⁸⁶ a.a. s. 385–386.

⁷⁸⁷ a.a. s. 387–396.

⁷⁸⁸ Remisserna finns samlade, se Regeringskansliet, Remiss SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform, Diarienummer: S2018/03436/FS, samt Regeringskansliet, Remiss av SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, Diarienummer: S2020/02841/FS.

⁷⁸⁹ Prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti s. 16.

⁷⁹⁰ a.a.

⁷⁹¹ a.a. s. 19–24.

hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. En andra princip är att om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt. En ytterligare princip är att vården bör ges som öppen vård i första hand. Regeringen föreslår vidare en förstärkt vårdgaranti inom primärvården. Härvidlag föreslås att patienten, inom en viss tid, ska få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.⁷⁹²

För att iscensätta förslagen föreslår regeringen lagändringar i hälso- och sjukvårdslagen och i patientlagen. Regeringens förslag resulterade också i lagändringar. Genom lag (2019:973) har riksdagen fattat beslut om att det i hälso- och sjukvårdslagens 7 kap. införs en ny 2 a § där det stadgas: ”Regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- och effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.” Det gjordes även en förändring avseende vårdgarantin i 9 kap. 1 §. Den tidigare lydelsen att vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får ”besöka läkare inom primärvården” har ersatts med att patienten inom viss tid får ”en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.” Motsvarande ändring av bestämmelserna om vårdgarantin har också gjorts i 2 kap. 3 § patientlagen.

Regeringens Prop. 2019/2020:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform

En andra proposition 2019/2020:164 gavs beteckningen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Av framställningen i propositionen framgår att man i huvudsak köpt in sig i att det krävs en reformbaserad omställningsprocess för att kunna tillhandahålla en god och nära vård, vilken, även vad gäller statens inblandning, kräver mer än välavvägd lagstiftning. I propositionen tydliggörs att det för reformarbetet föreligger tre övergripande mål:

1. Tillgängligheten till primärvården ska öka.
2. En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.
3. Kontinuiteten i primärvården ska öka.⁷⁹³

Särskilt mål två, men även de övriga målen, är av intresse när det gäller implementeringen av patientens rätt och möjliggörandet av personcentrerad vård. När det gäller innebörden av tillgängligheten hänvisar man också till patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen, samt underliggande förarbeten.

”Enligt 5 kap. 1 § HSL och 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska hälso- och sjukvården vara lätt tillgänglig. Av förarbetena till motsvarande bestämmelse i 1982 års HSL framgår att med lätt tillgänglig främst avses de geografiska förhållandena, men att denna närhet måste förenas med lättillgänglighet även i andra avseenden. Därmed avses främst vårdmottagningarnas öppethållandetider, jourtjänstgöring och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården (prop. 1981/82:97 s. 117).”⁷⁹⁴

⁷⁹² a.a. s. 28.

⁷⁹³ Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform s. 17–32.

⁷⁹⁴ a.a. s. 18.

Regeringen understryker att det handlar om ett reformarbete som måste innefatta så mycket mer än lagstiftning. Man beskriver hur regeringens samlade tillgänglighetsarbete omfattar flera delar. Särskilt lyfter man fram de statliga satsningar som görs inom ramen för överenskommelser mellan staten och SKR som särskilda handlingssystem.

När det gäller mål två lyfter man fram både vikten av att stärka patientens ställning och av personcentrering.

”Att stärka patientens ställning och förbättra möjligheterna till delaktighet är viktigt för att kunna uppnå en god och jämlik vård. Det är viktigt i all hälso- och sjukvård men har en särskilt stor betydelse när det gäller den vårdnivå som varje år möter en stor del av befolkningen – primärvården. För att möta utvecklingen med en ökad förekomst av kroniska sjukdomar och ökad ojämlikhet i hälsa är det avgörande att lyckas skapa bättre förutsättningar för människor att vara medskapande i sin egen vård och hälsa. Ökad patientdelaktighet är därmed en förutsättning för att kunna klara hälso- och sjukvårdens utmaningar på sikt. Hur man kan stärka patients ställning och öka möjligheten till delaktighet har diskuterats under en längre tid och ett antal initiativ har tagits på området.”⁷⁹⁵

I propositionen hänvisas också till patientlagen som en viktig insats för att stärka och tydliggöra patientens ställning, samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Man lyfter fram att flera studier och enkätundersökningar visar att det finns områden där patienter systematiskt har en alltför svag ställning.⁷⁹⁶ Beträffande den personcentrerade vården hänvisar man till Vårdanalys rapport Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård:

”En personcentrerad hälso- och sjukvård utgår från patientens behov, preferenser och resurser... Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård- och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, men även i utformningen av hälso- och sjukvården.”⁷⁹⁷

Regeringen konstaterar också att hälso- och sjukvården befinner sig i ett paradigmskifte mot ökad patientdelaktighet.⁷⁹⁸ Även beträffande detta mål beskriver man vilka åtgärder som regeringen vidtar, utöver lagstiftning. Man lyfter fram inrättandet av ett nationellt patientråd (se avsnitt 13.3.4.7.1) och hur man i en överenskommelse med SKR beslutat att regionerna ska utveckla och implementera patientkontraktet som stöd för samordning och vårdplanering i vård och omsorg, oavsett huvudman (se vidare i avsnitt 13.3.7.2.2.).

Beträffande det tredje målet är det framför allt betydelsen av fast vård- och läkarkontakt som lyfts fram, 6 kap. 2–3 §§ patientlagen. I propositionen förklaras att det finns ett tydligt behov av att regionerna arbetar med utvecklingen av fast vård- och läkarkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar.⁷⁹⁹ Man konstaterar också att det finns

⁷⁹⁵ a.a. s. 21–22.

⁷⁹⁶ a.a. s. 22.

⁷⁹⁷ a.a. s. 23.

⁷⁹⁸ a.a. s. 21–22.

⁷⁹⁹ a.a. s. 28.

ett behov av en lagstadgad skyldighet om att informera om möjligheten till fast vård- och läkarkontakt. I 3 kap. 2 § 3–4 p. finns nu en sådan skyldighet.⁸⁰⁰

Propositionen utmynnar i ett antal lagförslag för en stärkt primärvård. Ett första förslag är att definitionen av vad som utgör primärvård ska moderniseras.⁸⁰¹ I enlighet med propositionens förslag fattade riksdagen beslut (lag 2020:1043) om följande definition, vilken nu återfinns 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen:

”Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.”

Ett övergripande förslag för hela reformarbetet, i enlighet med utredningen, är att förtydliga primärvårdens grunduppdrag.⁸⁰² Ett nytt kapitel 13 a har i enlighet med propositionens förslag införts i hälso- och sjukvårdslagen. Genom lag (2020:1043) beslutade riksdagen om följande grunduppdrag:

- ”1 § Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt
1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
 2. se till att vården är lätt tillgänglig
 3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
 4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
 5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.”

I och med en ytterligare lagändring har det lagts till en punkt, vilken trädde i kraft den 1 jan 2024. Primärvården ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.

I sammanhanget blir den nära vården en viktig faktor för att genomföra primärvårdens uppdrag. I regeringens proposition 2019/2020:164 nämner man att nära vård kan exempelvis ”...ges i form av mobila team, genom vård i hemmet, digitalt eller på en traditionell hälso- eller vårdcentral – allt utifrån patientens behov.”⁸⁰³ Vidare förklaras i propositionen att den nära vården behöver anpassas utifrån de förutsättningar som råder i region och kommun. Detsamma gäller samordningen av nära vård mellan huvudmännen och vårdgivare.⁸⁰⁴

800 Då en pågående utredning Styrning för en mer jämlik vård även utvärderade hur systemet för hur läkar- och vårdkontakt bör utvecklas, valde regeringen att avvakta med författningsförslag till dess att denna avslutat sitt arbete. Regeln infördes genom lag (2022:272).

801 Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform s. 67–73.

802 a.a. s. 73–88.

803 a.a. s. 77.

804 a.a. s. 38.

13.3.5.4 Något om regeringens reformarbete avseende vård och omsorg för äldre

Inom ramen för reformarbetet kan även nämnas utredningsarbetet för ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer.⁸⁰⁵ Ett av regeringens uppdrag syftade till att bl.a. stärka tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen, vilket var tänkt att genomföras genom en äldreomsorgslag.⁸⁰⁶ I utredningen kommer man fram till att det finns ett särskilt behov avseende personcentrerad äldreomsorg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, stärkt tillgång till medicinsk kompetens i kommunens primärvård, stärkt tillgång till läkarresurser, stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå m.m.⁸⁰⁷ Efter en remissrunda, där särslagstiftning inom omsorgsområdet kritiserades, lades förslaget om en äldreomsorgslag ned.⁸⁰⁸

Parallellt har det skett ett reformarbete avseende god och nära vård inom ramen för kommunal omsorg. Nämda arbete utgår från regeringens uppdrag om översyn av socialtjänstlagen. Uppdraget innefattar en översyn och framtagande av förslag för bl.a. tillgång till jämlik och likvärdig socialtjänst, en kompetens- och kunskapsbaserad socialtjänst m.m.⁸⁰⁹ Genom utredningarna kom man fram till att det finns behov för samordnad kunskapsutveckling och kunskapspridning samt evidensbaserade metoder.⁸¹⁰ Detsamma gäller behovet av en ny lag om socialtjänstdataregister.⁸¹¹ I regeringens förslag till en ny socialtjänstlag framgår krav på att Socialtjänstens verksamhet ska uppfylla en viss kvalitet. Det handlar bl.a. om att verksamheten ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt kontinuerligt följas upp och utvecklas. I sak innebär det kvalitetskrav avseende insatserna i sig, personalens utbildning och erfarenhet m.m. Betraktat som rättslig ordning handlar det om att kvaliteten ska säkras genom strukturerad och kontinuerlig uppföljning och förbättringsarbete.⁸¹² Sammantaget närmar sig socialtjänsten genom en ny socialtjänstlag de krav som uppställs avseende kvalitet och kvalitetsarbete för hälso- och sjukvårdens aktörer och den samverkan som krävs mellan regionala och kommunala huvudmän.

805 SOU 2022:41 Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer.

806 Kommittédirektiv 2020:142 En äldreomsorgslag s. 1.

807 Se vidare avsnitt 8 SOU 2022:41 Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer.

808 Remiss av betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer Dnr SOU 2022:41. Se exempelvis remissyttrande från regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022-03371.

809 Se kommittédirektiv Dir. 2017:39 Översyn av socialtjänstlagen s. 1. Se kommittéberättelse Framtidens socialtjänst (S 2017:03). I ett tilläggsdirektiv utökades uppdraget till att omfatta frågan huruvida en särreglering av äldreomsorgen (äldreomsorgslagen enligt ovan) är ändamålsenlig eller om äldreomsorgen fortsatt ska regleras genom socialtjänstlagen. Se kommittédirektiv Dir. 2018:69 Tilläggsdirektiv till Utredning Framtidens socialtjänst (S 2017:3). Som framgått ovan landade man i det sistnämnda.

810 SOU 2018:32 Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst.

811 SOU 2020:47 Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag del 1 och 2. S2023/03181 Ett förtydligt brottsförebyggande ansvar för socialnämnden och Ds 2024:13 Bättre förutsättningar för att utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst.

812 Se Lagrådsremiss En förebyggande socialtjänstlag – för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter s. 244.

13.3.5.5 Något om regeringens reformarbete avseende samverkan vid utskrivning från slutenvård till öppenvård

Ett annat reformarbete avser god och nära vård i samband med utskrivning av patienter från slutenvård. Nämnade reformarbete kan anses utgöra en central del i förhållande till hälso- och sjukvårdens omställningsarbete och det ökade fokuset på primärvården som möjliggörare för personcentrering och sammanhållna vårdförlopp. Reformarbetet kan spåras tillbaka till ett regeringsbeslut om en översyn av dåvarande betalningsansvarslagen.⁸¹³ Ett av syftena med uppdraget var att åstadkomma god vård genom förkortade ledtider för utskrivningsklara patienter i slutenvården.⁸¹⁴ Ambitionen var att patienter i högre grad skulle kunna flyttas över till öppenvård med vård- och omsorgsaktiviteter inom det egna hemmet eller på särskilda boenden. Detta ligger i linje med patientlagens krav på implementering avseende nära vård och vårdplanering m.m. Överflyttningen av patienter mellan vårdenheterna innebär också en överföring av hälso- och sjukvårdsansvar till primärvården. Det är också primärvården som bär huvudansvaret för att samverkansprocesserna fungerar mellan regionala och kommunala huvudmän och vårdgivare.

I det vidare utredningsarbetet lyfter man även fram ett antal samordningsutmaningar avseende patienter med sammansatta vårdbehov. Aspekter som lyfts fram avser bl.a. bundenhet av huvudmännens ekonomiska styrning, inga ekonomiska incitament till samverkan, bristande verksamhetskulturer där inblandade inte prioriterar samverkan m.m.⁸¹⁵ Man kan dra slutsatsen av reformarbetet att det finns svårigheter att koordinera insatser och åtgärder avseende den samordning av insatser som ska genomföras i enlighet med patientlagen, hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen m.fl. Det handlar exempelvis om att möjliggöra en samordning av vårdinsatser från både regionala och kommunala vårdaktörer.

Vidare tar utredningen upp behovet av att säkra patientens medicinska behandling vid övergång från slutenvård till öppenvård, dvs. det handlar om att i högre grad möjliggöra sammanhållna vård. Utredningen konstaterar att patienter upplever glapp i vårdkedjan när man byter vårdnivå. Även i denna del är primärvården en nyckelaktör för att säkerställa sammansatta vårdbehov i vårdkedjan.⁸¹⁶ Av utredningen följer också att det vid vårdövergång finns behov av en modern och flexibel planering av patientens vård och omsorg. Reformarbetet innefattar således utredningar avseende ändamålsenliga vårdövergångar med krav på informationsöverföring, fast vårdkontakt, planering av insatser och samordnad

813 Lag (1990:1404) om betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Betalningsansvarslagen var i sin tur en del av ÄDEL-reformen där kommunerna övertog ansvaret för somatisk långtidssjukvård. Vidare fick kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilda boenden och i dagverksamheter samt möjlighet att driva hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med regionala huvudmän. Ansvaret innefattade innefattar inte läkarresurs, se vidare hälso- och sjukvårdslagen.

814 Uppdraget omfattade somatisk, geriatrisk och psykiatrisk vård. Se Dir. 2014:27 Betalningsansvarslagen s. 1.

815 SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård – Betänkande av Utredningen om betalningsansvarslagen s. 155.

816 a.a. s. 157.

individuell planering. I regeringens proposition föreslås att huvudmännen ska fastställa gemensamma riktlinjer för att uppnå ändamålsenlig samverkan.⁸¹⁷ Vidare föreslår regeringen att den regionala huvudmannen har ansvaret för att utse en fast vårdkontakt i samband med utskrivning från slutenvård.⁸¹⁸ Reformarbetet i denna del resulterade i lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård och rättsregler avseende samverkan mellan regionala och kommunala huvudmän avseende fast vårdkontakt, samordnad individuell planering m.m.⁸¹⁹

13.3.5.6 Något om regeringens reformarbete avseende sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Ett ytterligare reformarbete som bör lyftas fram är det som avser sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och frågor om rör integritetsskydd och tillgång till patienters personuppgifter i samband med vårdprocesser. Reformarbetet drivs med utgångspunkt i den europeiska dataskyddsförordningen och patientdatalagen. Flera av frågorna i reformarbetet var vid tidpunkten en del av patientdatalagens bestämmelser. Regeringen beslutade 2019 om ett uppdrag för att utvärdera möjligheterna till att vissa verksamheter inom vård och omsorg ska få direktåtkomst till personuppgifter. Uppdraget avsåg även utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan vårdgivare och kommunala nämnder samt införande av sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård. Inom ramen för uppdraget fanns även en utredning avseende rättsliga förutsättningar för att ge ombud åtkomst till patientjournaler.⁸²⁰

Bakgrunden till uppdraget var enligt regeringen att digitaliseringen har genererat informations- och kommunikationsteknologi som möjliggör för enskilda patienter att i högre grad vara delaktiga i sin egen vård. Utvecklingen i detta avseende är sammanflätat med att vårdgivare i allt högre utsträckning tillhandahåller effektiva och ändamålsenliga stödsystem. Hälso- och sjukvården har sedan länge integrerat digitala stöd i sin dagliga verksamhet såsom exempelvis patientjournalshantering m.m. En av utredningarna föreslår möjligheter för vård- och omsorgsgivare att elektroniskt tillgängliggöra dokumentation avseende patienter och omsorgsmottagare om dessa inte motsätter sig det.⁸²¹ I utredningarna föreslås även en sekretessbrytande bestämmelse som gör det möjligt att lämna uppgifter till privata vårdgivare. Det nämnda ligger i linje med att skapa förutsättningar för sammanhållen vårddokumentation.

Regeringen föreslår sedan i sin proposition att vård- och omsorgsgivare, under vissa förutsättningar och genom ett elektroniskt system, ska få tillgång till personuppgifter hos andra vård- och omsorgsgivare.⁸²² Detta ska bl.a. ske genom direktåtkomst via elektroniskt utlämnande av den sammanhållna dokumentationen. I propositionen tydliggörs också att tillämpning ska ske i enlighet

817 Prop. 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård s. 87.

818 a.a. s. 46.

819 Lag (2017:162) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

820 Kommittédirektiv Dir. 2019:37 Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet s. 1.

821 SOU 2021:4 Informationsöverföring inom vård och omsorg.

822 Prop. 2021/22:177 Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation s. 76.

med kraven på sekretess och dataskydd i rådande lagstiftning. Vidare uppställs i propositionen även en informationsskyldighet för vård- och omsorgsgivare. Patienten eller omsorgsmottagaren ska därmed kunna samtycka eller motsätta sig att deras personuppgifter görs tillgängliga mellan vård- och omsorgsgivare.⁸²³ En annan viktig del i förslaget rör integritetsstärkande åtgärder. Det rör behandling av personuppgifter och frågor som avser samtycke eller vad som gäller när samtycke inte kan ges.

En viktig del i regeringens proposition rör begränsningen att vård- eller omsorgsgivare endast får behandla personuppgifter som avser patient eller omsorgsmottagare genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i enlighet med vad som anges i lag. Begränsningen gäller även om patient eller omsorgsmottagare uttryckligen samtycker till behandling som ligger utanför lagens gränser.⁸²⁴ I propositionen föreslår regeringen även sekretessbrytande bestämmelse i offentlighets- och sekretesslagen för att möjliggöra delning av personuppgifter för detta ändamål. I lagrådsremissen som regeringen sedan överlämnar till Lagrådet framgår också att patendatalagens bestämmelser om sammanhållen journalföring överförs till den nya lagen om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation.⁸²⁵ Den nya lagen är kompletterande lagstiftning till EU:s dataskyddsförordning, lagen om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, patientdatalagen, lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten och föreskrifter som har meddelats i anslutning till dessa lagar, se 2 §.

13.3.5.7 Något om regeringens reformarbete avseende egenvård

Ett annat intressant reformarbete som rör god och nära vård avser egenvård. Regeringen beslutade om ett uppdrag som rör frågor avseende nära vård samt en förstärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård. Inom uppdraget fanns den viktiga frågan vad som utgör egenvård respektive hälso- och sjukvård samt hur denna gränsdragningsfråga ska regleras.⁸²⁶ Genom en tydlig gränsdragningsfråga kan man hantera frågor som rör god vård i meningen att säkerställa patienters trygghet, säkerhet m.m. Genom att stärka nämnda element ökar förutsättningarna för att genomföra en god egenvård i hemmiljö.

Utredningsarbetet avsåg möjligheterna att föreslå en egenvårdslag för att ersätta Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter. I utredningsarbetet utvärderas egenvårdslagen som ett instrument för att reglera hälso- och sjukvårdens ansvar avseende samverkan, planering, instruktioner och uppföljning i förhållande till egenvård.⁸²⁷ Utredningen förtydligar vilka vårdåtgärder som ligger inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagens ansvar respektive egenåtgärder som i stället kan utföras av patient eller annan via assistans. En viktig del av utredningen rör frågor avseende förändrade förhållande som påkallar ny egenvårdsbedömning

823 a.a. s. 87.

824 a.a. s. 128.

825 Lagrådsremiss Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation.

826 Kommittédirektiv Dir 2020:3 Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn s. 1.

827 Se vidare SOU 2021:37 Stärkt rätt till personlig assistans – Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser.

av hälso- och sjukvårdens personal. Andra frågor rör vilka vårdåtgärder som kan utföras som egenvård. Av utredningen följer att det inte finns någon egentlig gräns, dvs. egenvård kan utgöras av alltifrån enklare såromläggning till mer avancerade egenvårdsåtgärder som dialys, blodprov m.m.⁸²⁸ Andra viktiga delar av utredningen rör frågor avseende rätten till personlig assistans för tillsyn samt rätten till personlig assistans vid vissa hjälpbehov.⁸²⁹

Som ett led i reformarbetet föreslår regeringen i sin proposition att man i lag definierar vad som utgör egenvård och hur det relaterar till hälso- och sjukvårdslagen.⁸³⁰ Detta implementerades genom antagandet av den nya egenvårdslagen. Andra viktiga delar i regeringens proposition rör frågor om rätt till assistans och stöd. Det avser rätt till stöd som enskild behöver löpande under större delen av ett dygn pga. ett medicinskt tillstånd där det finns fara för den enskildes liv eller annan överhängande och allvarlig risk för dennes fysiska hälsa. Sådant stöd ska enligt propositionen utgöra ett grundläggande behov för stöd till vissa funktionshindrade enligt lagen om stöd och service.⁸³¹ Andra förslag avser ansvarsfördelning såsom exempelvis att personlig assistans inte får lämnas för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.⁸³² I propositionen framgår även ett förslag på en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen. Det gäller hälso- och sjukvårdens skyldigheter avseende vård till personer som har stora och varaktiga funktionsnedsättningar. Förslaget innebär en bestämmelse om särskilda överväganden för om vård kan ges på ett sätt som möjliggör för den enskilde att delta i samhällslivet och att leva som andra.⁸³³ Bestämmelsen implementerades i 5 kap. 9 § hälso- och sjukvårdslagen.

13.3.6 Utredning och lagstiftning om nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Ett annat reformarbete som kommer att beskrivas närmare är det som avser kunskapsstyrning och kunskapsstöd. I detta avsnitt kommer vi på motsvarande sätt som ovan att utvärdera utredningsarbetet och hur regeringen iscensätter reformen genom arbetet med propositioner. En skillnad är att vi endast kommer att fokusera på vissa valda delar av det omfattande arbete som just nu pågår. Vi fokuserar på de delar som enligt vår mening är, eller snarare kan vara, av central betydelse vad gäller att implementera patientens rätt och att möjliggöra personcentrerad vård.

13.3.6.1 Regeringens direktiv till utredningen av hur staten ska stödja utvecklingen av kunskapsbaserad vård

I kommittédirektiv 2018:95 får en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet SOU 2017:48 Kunskapsbaserad och jämlik vård ”stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård där statens och sjukvårdshuvudmännens arbete förstärker varandra och tillsammans

828 a.a. avsnitt 9.

829 a.a. s. 219–227. Se även avsnitt 10.

830 Prop. 2021/22:244 Stärkt rätt till personlig assistans vid behov av egenvård s. 19.

831 a.a. s. 30.

832 a.a. s. 47.

833 a.a. s. 69.

ger förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte.”⁸³⁴ Att detta är ett utmanande uppdrag som är sammanflätat med ett omfattande reformarbete på i princip samtliga av hälso- och sjukvårdens systemnivåer framgår redan av hur direktivet till utredningen skrevs och sedan ändrades. Enligt direktivet ska utredaren bl.a.:

- ”stödja utformandet av nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård
- stödja utvecklingen av nära och regelbundna samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen
- stödja utvecklingen av en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården
- ytterligare analysera och utveckla valda förslag och bedömningar i betänkandet i kunskapsbaserad och jämlik vård.”⁸³⁵

Vidare tydliggörs i direktivet att man i utredningen ska utgå från betänkandet SOU 2017:48 Kunskapsbaserad och jämlik vård – förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Med utgångspunkt i detta får utredningen i uppdrag att:

- analysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas
- utveckla förslaget om en nationell digital kunskapstjänst
- analysera de statliga myndigheternas roll i ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård
- utreda hur förslaget om ett strukturerat stöd till regelbundna samråd mellan regering och sjukvårdshuvudmännen ska utveckla
- föreslå hur den kommunala hälso- och sjukvårdens ska inkluderas⁸³⁶

I ett tilläggsdirektiv 2019:78 ersätts detta uppdrag med ett uppdrag där utredarens ska:

- ”analysera och lämna förslag på en funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen, med syfte att följa regeringens reformer och satsningar på området samt analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård.”⁸³⁷

Uppgiften att vidareutveckla vad som föreslås i betänkandet 2017:48 bedöms enligt tilläggsdirektivet vara för omfattande, varför någon ytterligare utredning i detta avseende inte ska ske.⁸³⁸

Redan av ambitionen som uppställs i förhållande till patienterna följer att det är frågan om ett mer omfattande reformarbete. I det ursprungliga direktivet tar man avstamp i det faktum att hälso- och sjukvård är en kunskapsintensiv verksamhet och att patienterna ska få en kunskapsbaserad vård.

⁸³⁴ Kommittédirektiv 2018:95 Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.

⁸³⁵ a.a. s. 1.

⁸³⁶ a.a. s. 14–17.

⁸³⁷ Tilläggsdirektiv till utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning s. 2.

⁸³⁸ a.a. s. 3.

”Att varje patientmöte baseras på bästa kunskap är en grundförutsättning för jämlik vård. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvården under tio års tid visar dock att oönskade variationer inte minskat i den omfattning som krävs för att uppnå god vård på lika villkor. I uppföljning efter uppföljning ses en bristande och varierande följsamhet till nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer. Det är en utmaning att nå ut med ny kunskap och förändra praxis i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården behöver vara ett lärande system som tar till sig och skapar ny kunskap, ständigt förbättrar verksamheten och skapar förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte.”⁸³⁹

När det gäller kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården konstateras i direktivet att den är snabb och för att förtydliga detta anges att den medicinska databasen Pubmed innehåller över 26 miljoner referenser till biomedicinska litteratur och att det varje år tillkommer ca 1,4 miljoner medicinska artiklar. Man lyfter i sammanhanget fram Socialstyrelsens utvärderingar som visar att det finns brister i följsamheten till de nationella riktlinjerna och att det föreligger stora skillnader mellan regionerna. Detta är också en bild som bekräftas av Vårdanalys.⁸⁴⁰

I det första direktivet tydliggörs att kunskapsstyrningen ska ses utifrån skyldigheten i 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen att kvaliteten i verksamheterna ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Man lyfter också fram 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen där det stadgas att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att patienterna ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Dessutom lyfter man fram Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.⁸⁴¹ Man förklarar att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I denna kontext menar man att en utvecklad uppföljning och ett aktivt förbättringsarbete på lokalnivå är en central faktor för att göra vården mer kunskapsbaserad.⁸⁴² Det är samtidigt tydligt att man är medvetna om att det relativt omfattande förbättringsarbete man efterlyser är svårt och kommer att behöva engagera hela hälso- och sjukvården.

”Forskare menar att hälso- och sjukvården inte kommer att nå sin fulla potential om inte förändringsarbete blir en integrerad del av allas arbete varje dag och i alla delar av systemet.”⁸⁴³

Att det är frågan om ett omfattande reformarbete, där det sker initiativ inte enbart på statlig nivå, tydliggörs i det första direktivet såtillvida att man lyfter fram ett antal processer viktiga att förhålla sig till i utredningsarbete. En särskilt viktig process är att regionerna (då landstingen) är i färd med att bygga upp ett gemensamt nationellt kunskapsstyrningssystem i syfte att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.⁸⁴⁴ Arbetet med kunskapsstyrningssystemet leds av Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS). En annan viktig process baseras på

839 Kommittédirektiv 2018:95 Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård s. 2.

840 a.a. s. 3.

841 a.a. s. 4.

842 a.a.

843 a.a.

844 a.a. s. 8.

förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, vilken trädde i kraft 2015. I förordningen tydliggörs att den statliga styrningen med kunskap ska vara ett stöd för huvudmännen i arbetet med att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet, samt bidra till att vård m.m. bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Styrningen med kunskap ska enligt förordningen vara samordnad. Med syftet att möjliggöra samverkan med ett stort antal aktörer inrättas nya strategiska forum. Centralt är Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Inom ramen för Rådet verkar de statliga myndigheter som har relevanta uppgifter avseende kunskapsstyrning. En annan konstellation är Huvudmannagruppen, vilken är ett rådgivande organ och består av representanter från huvudmännen. Statskontoret har regeringens uppdrag att utvärdera om syftet med förordningen uppnås.⁸⁴⁵

En ytterligare process är det partnerskap som utvecklats mellan myndigheter och regionernas kunskapsstyrningssystem. Det ingicks år 2018 en överenskommelse mellan Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) och Rådet för statlig styrning med kunskap. Överenskommelsen avsåg ökad samverkan, dialog och samordning.

”Huvudsyftet är att bidra till att resurserna i vården ska användas på bästa sätt och att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient för att uppnå en effektiv och jämlik vård med hög kvalitet.”⁸⁴⁶

I tilläggsdirektivet klargörs att utredaren ska samråda med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, SKR, samt samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget, Rådet för styrning med kunskap, partnerskapet och andra berörda aktörer såsom patientorganisationer, professionsföreningar m.fl.

13.3.6.2 Utredningens arbete och förslag avseende ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

I utredningens sammanfattning förklaras att de förslag som presenteras har primärt två syften.⁸⁴⁷ Ett första syfte är att öka förutsättningarna för staten att göra de insatser som mest effektivt bidrar till att de mål som föreligger för hälso- och sjukvården faktiskt uppfylls. Ett andra syfte är att öka förutsättningarna för hälso- och sjukvårdsprofessionerna att arbeta kunskapsbaserat. I detta sammanhang konstaterar man att hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet med många olika aktörer.

”För att få ihop hälso- och sjukvården till en fungerande helhet behövs strukturerade och väl fungerande samarbeten. Utredningens uppdrag handlar i grunden om att utveckla och stärka strukturer, förutsättningar och samarbeten för att nå en god vård.”⁸⁴⁸

I utredningen definierar man kunskapsstyrning som:

⁸⁴⁵ a.a. s. 8–9.

⁸⁴⁶ a.a. s. 10.

⁸⁴⁷ SOU 2020:36 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter s. 15.

⁸⁴⁸ a.a. s. 15.

”alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa möjliga kunskap”.⁸⁴⁹ Den mest centrala utgångspunkten är följaktligen patientmötet. ”Bästa möjliga, eller tillgängliga, kunskap i patientmötet definierar vi som kunskap baserad på aktuell vetenskap och/eller beprövad erfarenhet, dvs. forskningsbaserad eller systematiskt utvecklad kunskap. När denna kunskap i patientmötet kombineras med patientens situation, önskemål och erfarenheter samt den professionella bedömning och kliniska expertis tillämpas vad man kallar för evidensbaserad praktik.”⁸⁵⁰

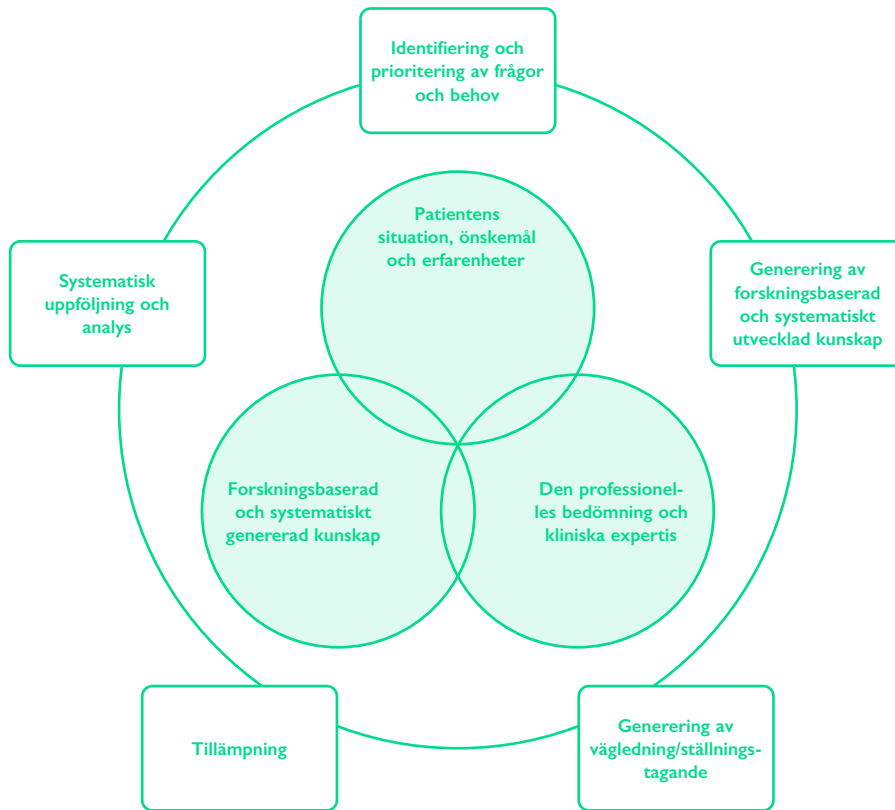
Som utgångspunkt relaterar man vikten av att patientmötet ska vara grundat på bästa möjliga kunskap till målen för hälso- och sjukvården, exempelvis vad gäller kvalitet och jämlikhet. När det gäller de bakomliggande utvecklingsbehoven lyfter utredningen bl.a. fram att det behövs ett större fokus på patientupplevelser. Det behövs, enligt utredningen, en utveckling vad gäller patientrapporterade mått på effektivitet och kvalitet i vården.⁸⁵¹ En andra utgångspunkt för utredningen är att man fokuserar på samspelet mellan staten, regionerna och kommunerna som aktörer. En tredje utgångspunkt är att man ser utredningsuppdragen som delar av en större helhet. Den större helheten är utvecklandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.⁸⁵² I utredningen presenteras också en modell över vad som utgör de centrala komponenterna i ett sådant sammanhållet system.

849 SOU 2020:36 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter s. 53.

850 a.a. s. 52.

851 SOU 2020:36 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter s. 263.

852 a.a. s. 55.



FIGUR 7.
Huvudsakliga komponenter i
ett sammanhållet system
för kunskapsbaserad vård.⁸⁵³

Ett centralt inslag i utredningen är kartläggningen av de aktörer som redan etablerats för att öka samordningen i kunskapsstyrningsområdet. I enlighet med utgångspunkterna fokuserar man på statens, regionernas och kommunernas arbete med kunskapsstyrning och den samverkan som sker. Utifrån denna kartläggning och analys av de aktiviteter som sker preciserar utvärderingen ett antal förslag. Mycket av vad som kartlagts kommer att beröras i den fortsatta framställningen i detta arbete.

En statlig funktion för nationell uppföljning

I enlighet med direktivet lägger utredningen särskild vikt vid hur en statlig funktion för nationell uppföljning av kunskapsstyrningen bör utvecklas. Utredningen förklarar att man tolkar ordet funktion som en funktionalitet inom ramen för existerande myndighetsstruktur.⁸⁵⁴ Den statliga funktionen föreslås ha två huvudsakliga uppgifter: 1) att följa regeringens reformer och satsningar på området, och 2) analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård. Den första uppgiften att följa upp regeringens satsningar och reformer m.m. föreslås samlas på Vårdanalys. Den andra uppgiften att analysera var behoven

853 Bilden återfinns i a.a. s. 60.

854 a.a. s. 257.

att statliga insatser är som störst föreslås hanteras av en myndighetsgemensam arbetsgrupp och av ett kansli vid Socialstyrelsen.⁸⁵⁵

I sitt förslag lyfter man också fram vikten av att det årligen genomförs en strategisk myndighetsgemensam dialog mellan myndighetscheferna för berörda myndigheter och regeringen. Det är den inrättade funktionens uppgift att ta fram underlag för dialogen. Dialogen kan enligt utredningen ses som ett viktigt bidrag i utformningen av statens hälso- och sjukvårdspolitik.⁸⁵⁶

Förstärkt stöd till kunskapsbaserat arbete i regioner och kommuner

Utredningens förslag är att staten ska fortsätta stödja och utveckla sitt stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete i regioner och kommuner.⁸⁵⁷ Utredningen föreslår att staten ska lägga större vikt vid att stödja den kommunala hälso- och sjukvården. Detta ska ske i nära samarbete med representanter för denna. Avgörande är, enligt utredning, att regioner och kommuner fortsätter att utveckla sin samverkan avseende kunskapsstyrning. Utgångspunkten är också att det förstärkta stödet ska riktas till befintliga strukturer. Staten bör enligt utredningen bidra till att förstärka de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS).

”Även om strukturen varierar i utformning och funktion i olika delar av landet så är RSS den i kommunerna mest utvecklade befintliga strukturen i vilken kommunerna samverkar med varandra och regioner om kunskapsstyrning inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. RSS utgör genom detta en resurs även för staten. Dels är det en kanal genom vilken staten kan föra dialog med kommunerna, dels kan staten kanaliseras stöd avsett för kommunerna till eller genom dessa.”⁸⁵⁸

Statens förstärkta stöd i detta avseende bör ske genom att man avsätter särskilda resurser inom ramen för överenskommelser om en god och nära vård, då RSS-strukturerna redan används i överenskommelsen om god och nära vård. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att till regeringen årligen samlat rapportera om arbetet i RSS. Rapportering bör ge en bild av insatser som sker, utmaningar som föreligger, särskilt vad gäller kunskapsstyrningen.⁸⁵⁹

I utredningen föreslås vidare att det Nationella vårdkompetensområdet vid Socialstyrelsen bör stödja professionernas praktiska förutsättningar för livslångt lärande. I sammanhanget konstateras att också hälso- och sjukvårdspersonalen har ett personligt ansvar för vårdens kvalitet och att det är ”till syvende och sist i den operativa verksamheten som ny kunskap implementeras och förbättringsarbete sker.”⁸⁶⁰ Utredningen menar att professionernas praktiska förutsättningar att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet måste uppmärksammas mer än de gör idag.⁸⁶¹ Det är enligt utredningen rimligt att

855 a.a. s. 337 och s.20.

856 a.a. s. 337 och s. 337–338.

857 a.a. s. 365.

858 a.a. s. 368.

859 a.a. s. 369.

860 a.a.

861 a.a. s. 370.

Nationella vårdkompetensrådet engageras då man redan har till uppgift att kartlägga, långsiktigt samordna och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom vården.⁸⁶²

Långsiktiga förutsättningar för ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Utredningen föreslår att det ska slutas en tioårig överenskommelse mellan staten, regionerna och kommunerna.⁸⁶³ Överenskommelsen ska syfta till att skapa långsiktiga förutsättningar för ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Överenskommelsen ska, enligt utredningen, inkludera en gemensam målbild, prioriterings- och arbetsprocesser. Vidare kan överenskommelsen innefatta hur man tar sig an centrala utmaningar, exempelvis avseende ömsesidigt utnyttjande av data.⁸⁶⁴ Även frågor kring utvärderingen av överenskommelsen bör, enligt utredningen, inkluderas.

13.3.7 Regeringens överenskommelse med SKR om god och nära vård m.m.

I detta underavsnitt ska vi utvärdera hur regeringen styr hälso- och sjukvården genom att ingå avtal med SKR. Detta är som vi konstaterat den kanske tydligaste signalen på att regeringen är medveten om att det krävs ett mer omfattande reformarbete.

13.3.7.1 En ordning för stöd, samverkan och uppföljning

I detta arbete är vi särskilt intresserade av två överenskommelser. Vi kommer först att beskriva *Överenskommelsen om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*. Man ingår en överenskommelse varje år, vilket samtidigt avser ett flerårigt program. 2023 års överenskommelse har undertecknats av en statssekreterare vid Socialdepartementet och den verkställande direktören för SKR. Den andra överenskommelsen vi kommer att beskriva närmare är den som avser *Sammanhållen, jämlik och säker vård*. Här kommer vi särskilt att fokusera på de s.k. personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Även denna överenskommelse ingås årsvis, samtidigt som själva innehållet sträcker sig över en längre tidsperiod. Signatärer är på samma sätt en statssekreterare från Socialdepartementet och VD för SKR.

Det är inte självklart att ha en VD för en organisation som SKR. SKR är som sagt en politiskt styrd arbetsgivar- och intresseorganisation. I organisationen ingår som redan konstaterats alla Sveriges 290 kommuner och 21 regioner.⁸⁶⁵ Som arbetsgivarorganisation har SKR bl.a. till uppgift att teckna centrala kollektivavtal. Av särskild vikt vad gäller överenskommelserna med staten är att SKR fungerar som en plattform och ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning.

⁸⁶² a.a. s. 369.

⁸⁶³ a.a. s. 375.

⁸⁶⁴ a.a.

⁸⁶⁵ År 2019 bytte organisationen namn från Sveriges Kommuner och Landsting. SKL bildades 2007. Tidigare fanns Svenska Kommunförbundet respektive Landstingsförbundet.

13.3.7.2 God och nära vård – en omställning med primärvården som nav

Överenskommelsen är ett explicit medel från statens sida när det gäller att styra och möjliggöra omställningen till en god och nära vård. I överenskommelsens bakgrund förklaras att omställningen syftar till en hälso- och sjukvård som tillhandahålls sammanhållet med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas. Att överenskommelsen är central för utvecklingen av personcentrerad vård säger sig självt. Man förklarar vidare att utvecklingen av nära vård inte innebär någon ny organisationsform eller vårdnivå.

”Innebörden av begreppen nära och tillgänglig ska definieras med utgångspunkt i patientens behov. Det handlar om ett förhållningssätt som avser en mer personcentrerad hälso- och sjukvård där samarbetet mellan regioner och kommuner är central. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att skapa ett mer samhällsekonomiskt effektivt och långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem.”⁸⁶⁶

13.3.7.2.1 Generellt om överenskommelsen 2023

När det gäller överenskommelsen för 2023 består den av fyra s.k. utvecklingsområden:

- Utveckling av den nära vården med primärvården som nav
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- Insatser inom ramen Vision e-hälsa 2025
- Förstärkning av ambulanssjukvården

Detta är områden som syftar till att stödja utvecklingen av den nära vården inom hälso- och sjukvården.⁸⁶⁷ Staten avsätter för år 2023 totalt 6 394,5 miljoner kronor att fördelas på de olika utvecklingsområdena. Av dessa får SKR 51,5 miljoner kronor för att stödja omställningen i regionerna och kommunerna.

Den absoluta merparten av medlen går följaktligen till regionerna och kommunerna. Vi utgår från indelningen av utvecklingsområden då vi beskriver innehållet i överenskommelsen. Särskild vikt kommer att läggas vid det första utvecklingsområdet, dvs. utveckling av den nära vården med primärvården som nav. Detta är särskilt intressant vad gäller att möjliggöra personcentrering och att implementera patientens rätt.

13.3.7.2.2 Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav

I överenskommelsen konstateras att en central del av den pågående strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården avser utvecklingen av primärvården. För utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav avsätts totalt 3 139

⁸⁶⁶ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård. 2023 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav s. 4.

⁸⁶⁷ I den första överenskommelsen som ingicks år 2020 innefattades barnhälsovården som utvecklingsområde. I senare överenskommelser anses denna innefattas i de övriga områdena.

miljoner kronor, varav 2 389 miljoner kronor till regionerna och 750 miljoner till kommunerna. Medlen ska enligt överenskommelsen användas för att:

- Stödja omställningen till en nära vård
- Förbättra tillgängligheten i primärvården
- Öka kontinuiteten och medskapande i hälso- och sjukvården
- Öka delaktigheten och medskapande i hälso- och sjukvården

Av de avsatta medlen ska 300 miljoner användas av regionerna för arbete med att utveckla primärvården i landsbygd.

Stödja omställningen till en nära vård

I överenskommelsen i detta avseende tydliggörs att reformeringen förutsätter personcentrering. ”Flera av regeringens inriktningsmål för reformeringen av hälso- och sjukvården förutsätter ett personcentrerat angreppssätt i hälso- och sjukvården (prop 2019/20:164). Det är därför viktigt att samtliga insatser som görs inom ramen för denna överenskommelse utgår från ett personcentrerat förhållningssätt.”⁸⁶⁸ I överenskommelsen stadgas att medlen kan användas för generella insatser som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt. Som exempel anges att det kan handla om att utveckla samordning inom och mellan vårdgivare. Det kan också handla om insatser för medskapande och delaktighet för patienter och närstående, bl.a. genom patientkontrakt (som nämnt, numera kallat dokumenterad överenskommelse), förebyggande arbete och kompetensförsörjning.⁸⁶⁹ Sådana insatser är tydliga exempel på en implementering av patientlagens bestämmelser kring patientens rätt till delaktighet, valmöjlighet och samordning av vårdinsatser, men även rätten till anpassad information. Vidare förklaras att det är önskvärt att man använder sig av digitala lösningar. Som exempel anges att medel kan användas för att utveckla ”digitala stöd vid konsultationer, bedömningar och uppföljningar på distans, egenmonitorering, triagering och beslutsstöd”.⁸⁷⁰

I överenskommelsen lyfter man även fram särskilda insatser, vilka ska vidtas utöver de generella insatserna. Här lyfter man bl.a. fram insatser för att utveckla samverkan mellan regioner och kommuner.⁸⁷¹ Här förklaras att regioner och kommuner ska redogöra för hur samverkan och samarbetet har utvecklats och hur det ska utvecklas under kommande år. Det ska även göras en gemensam planering för primärvården. I överenskommelsen tydliggörs även insatser som SKR ska genomföra.⁸⁷² SKR har enligt överenskommelsen en särskild roll att stödja regionerna och kommunerna i deras omställning till en nära vård. I överenskommelsen preciseras att SKR i sin stödjande verksamhet ska samordna sina insatser med Socialstyrelsen och andra myndigheter. Särskilt intressant för

868 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2023 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav s. 12.

869 a.a. s. 13.

870 a.a. s. 14.

871 a.a. s. 14–15.

872 a.a. s. 17.

detta arbete är också att SKR ska stödja utvecklingen av den regionala och lokala styrningen av hälso- och sjukvården. Inom ramen för detta ska de ge stöd till uppföljning av omställningen och även arbeta fram metoder för att följa upp det ekonomiska resursutnyttjandet. Närliggande är uppgiften att stödja regioners och kommuners förändringsledning. Vidare ska man bidra till en systematisk spridning av goda exempel. SKR ska också stödja kommuners och regioners arbete med kompetensförsörjning, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande insatser och arbetssätt med stöd av digital teknik.⁸⁷³

Förbättra tillgängligheten i primärvården

I överenskommelsen konstateras att patienter ska ges vård efter behov och i rätt tid.⁸⁷⁴ Det konstateras vidare att regeringens primärvårdsreform har ett särskilt fokus på tillgänglighet och kontinuitet, samt att personer med komplexa vårdbehov är särskilt prioriterade.

”God tillgänglighet handlar också om kontakter med vården utifrån personers individuella behov och förutsättningar. I arbetet med ökad tillgänglighet är det viktigt att tillgängligheten för delar av befolkningen inte tränger ut vård av grupper som har större behov och att den förbättrade tillgängligheten är kostnadseffektiv och långsiktigt hållbar.”⁸⁷⁵

Enligt överenskommelsen finns det många goda exempel för att öka tillgängligheten. Ett exempel är mobila team för att nå personer med stora behov. Man lyfter även här fram användandet av digitala lösningar såsom digitala vårdmöten, webbtidsbokning och digital specialistkonsultation. Även detta är exempel på implementering av patientlagens bestämmelser om tillgänglighet och kontinuitet för patienten. I överenskommelsen föreskrivs att för att ta del av medlen ska regionerna utveckla och förbättra arbetssätt eller genomföra andra insatser som stärker såväl den digitala som den fysiska tillgängligheten i primärvården.⁸⁷⁶

Öka kontinuiteten och medskapande i hälso- och sjukvården

Beträffande denna del konstateras att en del i ett personcentrerat arbetssätt är att bygga på relationer. Vidare konstateras att för att kunna bygga relationer krävs kontinuitet. Viktigt för att åstadkomma kontinuitet är en fast läkarkontakt, fast vårdkontakt eller ett helt vårdteam med flera professioner. För att få del av medlen ska ett antal punkter genomföras med stöd i upprättade handlingsplaner:

- Regionerna ska utarbeta rutiner för dokumentation och registrering av uppgifter om fast läkarkontakt och vårdkontakt, bl.a. för datainsamling.
- Regionerna ska använda 1177.se för att säkerställa att patienter får information om vem som är deras fasta läkarkontakt respektive vårdkontakt.

⁸⁷³ a.a.

⁸⁷⁴ a.a. s. 18.

⁸⁷⁵ a.a.

⁸⁷⁶ a.a. s. 20.

- Regionerna ska ge en redovisning av hur man ska verka för att uppnå Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården.

Insatserna är en konkret implementering av patientens rätt till fast vård- och läkarkontakt, och därtill rätten till information, i enlighet med patientlagen. I överenskommelsen ställs krav på att utvecklingen ska följas bl.a. genom patientenkäter och datainsamling från regionerna m.m.⁸⁷⁷ Vårdanalys har också ett uppdrag att följa utvecklingen.

Öka delaktigheten och medskapande i hälso- och sjukvården

I överenskommelsen konstateras att enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården bygga på respekt för patienternas självbestämmande och integritet. Vidare konstaterar man att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.⁸⁷⁸

”I ett samhälle där allt fler lever med sjukdomar av kronisk och långvarig karaktär blir det viktigare än förr att tillgodose behovet av delaktighet i beslut om den långsiktiga målsättningen med givna insatser och behandling. Även tillgänglighet till planerade åtgärder och personkontinuitet i kontakten med vården är centrala faktorer. För att kunna vara en delaktig medskapare i sin egen vård behöver patienten också ha tillgänglig information, inte bara om vård- och behandlingsåtgärder, utan även annan typ av information om vården, t.ex. väntetider.”⁸⁷⁹

I överenskommelsen föreskrivs att för att åstadkomma en bättre och mer personcentrerad samordning ska patientkontrakt användas. Man förklarar att patientkontraktet är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som ska säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan. Det är patientens perspektiv som ska ligga till grund för överenskommelsen.

”Patientkontrakt bidrar till informationskontinuitet och ska leda till utveckling av personcentrerade arbetssätt och på sikt bidra till vårdens effektivisering. En utgångspunkt för arbetet med patientkontrakt är att det ska underlätta för vårdens medarbetare och inte leda till administrativt merarbete.”⁸⁸⁰

När det gäller vad som ska ingå i patientkontraktet föreskrivs att det ska innehålla de insatser som vårdgivare och patient har kommit överens om, innefattande de åtgärder m.m. som patienten själv ska utföra. Dessutom ska det finnas information om patientens fasta vårdkontakt. För att regionerna ska få del av de medel som avsatts ska de:

- Fortsätta med införandet av patientkontrakt i enlighet med upprättade handlingsplaner för hur patientkontrakt ska implementeras, följas upp och utvärderas. Man ska i detta sammanhang också samarbeta med kommunerna.

877 a.a. s. 21.

878 a.a. s. 23.

879 a.a. s. 24.

880 a.a.

- Inkludera patientkontrakt i arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.
- Informera och utbilda personal om patientkontrakt, samt samverka med invånare och patienter för att sprida information om patientkontrakt.
- Utveckla arbetssätt, rutiner och IT-stöd för dokumentation av patientkontrakt.

SKR ska stödja regionerna och kommuner när det gäller arbetet med patientkontrakt. Detta ska bl.a. ske genom att utveckla arbetssätt och rutiner för en strukturerad dokumentation. SKR ska också stödja arbetet vad gäller de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen.⁸⁸¹ Det är tydligt att insatserna är avsedda att tillgodose patientens rätt till bland annat respekt, samtycke delaktighet, information, valmöjlighet och samordning enligt patientlagen.

13.3.7.2.3 Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

Ett andra utvecklingsområde avser förutsättningarna för vårdens medarbetare. Till detta utvecklingsområde avsätts 3 049 miljoner kronor för år 2023, varav 1 999 miljoner till regionerna och 200 miljoner till kommunerna.⁸⁸² Av dessa ska 400 miljoner av regionens medel och 100 miljoner av kommunernas medel användas för att sjuksköterskor ska ges möjlighet att läsa till specialistsjuksköterska. Därutöver avsätts 100 miljoner kronor till regionerna för utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor.

När det gäller de övergripande insatserna kan dessa användas för:

- En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställningen till en nära vård.
- Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen.
- Utbilda vårdens framtida medarbetare.⁸⁸³

Man konstaterar att en nyckel till en hållbar kompetensförsörjning inom den nära vården är att främja interprofessionella arbetssätt och goda lärandemiljöer.⁸⁸⁴ När det gäller medlen att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen kan medlen bl.a. nyttjas för att ”använda kompetensen rätt utifrån ett personcentrerat och hälsofrämjande arbetssätt”.⁸⁸⁵ I överenskommelsen föreskrivs också ett antal insatser som SKR genomföra. Här innefattas bl.a. att SKR ska ge stöd till regioner och kommuner om utbildningsfrågor avseende omställningen till en nära vård. Man ska även ge stöd ur ett kompetensförsörjningsperspektiv som bidrar till omställningen till nära vård.⁸⁸⁶

881 a.a. s. 25.

882 a.a. s. 7.

883 a.a. s. 29.

884 a.a.

885 a.a. s. 34.

886 a.a. s. 40.

13.3.7.2.4 Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025

Ett tredje utvecklingsområde avser e-hälsa. I överenskommelsen konstateras inledningsvis att digitala vårdtjänster kan bidra till en mer nära, tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård.

”Hälso- och sjukvårdens kunskap, kompetens, information och stöd kan göras digitalt tillgänglig på de platser behoven finns och på de sätt patienter önskar och har behov av samtidigt som informationssäkerheten och skyddet för den personliga integriteten säkerställs.”⁸⁸⁷

Enligt överenskommelsen ska fokus under 2023 ligga på arbetet med enhetligare begreppsanvändning och standarder avseende vårdinformation och digitalinfrastruktur.⁸⁸⁸ Beträffande detta område avsätts för år 2023 70 miljoner kronor till regionerna.

Även här preciseras ett antal insatser som regionerna behöver göra för att få del av medlen. Här anges bl.a. att regionerna ska arbeta med utveckling av kodverk, urval och informationsstrukturer inom ramen för den nationella samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation. Regionerna ska vidare, med stöd av SKR och berörda myndigheter, tillvarata de möjligheter för informationsutbyte över professions-, verksamhets- och huvudmannagränser som möjliggörs med lagen om sammanhållnen vård- och omsorgsdokumentation.⁸⁸⁹ SKR ska under 2023 bidra till samordning och stöd till regionerna. Vidare ska SKR i dialog med E-hälsomyndigheten ”tillgängliggöra de specifikationer som är resultatet av det regiongemensamma arbetet med en strukturerad vårdinformation i E-hälsomyndighetens tjänst för e-hälsospecifikationer.”⁸⁹⁰

13.3.7.2.5 Förstärkning av ambulanssjukvården

Ett fjärde utvecklingsområde avser ambulanssjukvården. För detta område avsätts för år 2023 85 miljoner till regionerna.⁸⁹¹ Insatser som regionerna ska genomföra för att ta del av medlen innefattar bl.a. utveckling av ambulanssjukvården så att den möter hela hälso- och sjukvårdens behov. Dessa insatser kan avse god och nära vård, men också högspecialiserad vård.

13.3.7.2.6 Rapportering och uppföljning

Regionerna och kommunerna har enligt överenskommelsen skyldighet att redovisa genomförda insatser och uppnådda resultat, samt hur medlen specifikt använts. De ska här använda sig av ett särskilt frågeunderlag som utformats av Socialstyrelsen.

⁸⁸⁷ a.a. s. 42.

⁸⁸⁸ Intressant är hur regeringen i överenskommelsen understryker att medlen får användas till redan pågående insatser. a.a. s. 7.

⁸⁸⁹ a.a. s. 44.

⁸⁹⁰ a.a. s. 45.

⁸⁹¹ a.a. s. 7.

13.3.7.3 Sammanhållen, jämlik och säker vård

En annan för detta arbete intressant överenskommelse är den som avser sammanhållen, jämlik och säker vård. Detta är också en överenskommelse mellan staten och SKR.

13.3.7.3.1 Generellt om överenskommelsen 2023

Överenskommelsen för 2023 täcker fem områden:

1. insatser för att förbättra antibiotikaanvändningen,
2. nationella kvalitetsregister,
3. strukturerade uppgifter om läkemedel för förbättrat patientsäkerhet,
4. långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd, samt
5. personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.⁸⁹²

Analysen av överenskommelsen kommer i huvudsak att begränsas till det femte och sista området, dvs. de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Just det området är tydligt kopplat till patientlagens implementering. För detta område avsätter regeringen totalt 140 miljoner kronor, varav 125,5 miljoner ska fördelas mellan regionerna.⁸⁹³ Av dessa ska i sin tur 60 miljoner gå till samverkansregionerna för arbetet med att utveckla och ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Detta ska ske inom ramen för regionernas gemensamma system för kunskapsspridning i hälso- och sjukvården. De övriga 62,5 miljoner kronor som avsatts för regionerna ska gå till att genomföra de framtagna vårdförloppen och att förbereda verksamheterna i regionerna. Fördelning av medlen sker utifrån befolkningsunderlag. SKR tilldelas 17,5 miljoner kronor för att koordinera, stödja och följa upp arbetet med de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. I uppgiften för SKR ingår även att säkerställa en samverkan och gemensam planering med statliga myndigheter inom ramen för Partnerskapet för hälso- och sjukvård.⁸⁹⁴

13.3.7.3.2 Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården

Inledningsvis konstateras att regeringens satsning på personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är en del av kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.⁸⁹⁵ Kunskapsstyrning förklaras som en process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap skapas baserat på uppföljningen i en sammanhållen kedja. Man konstaterar också att det är olika aktörer som verkar inom kunskapsstyrningen: staten genom statliga myndigheter, regioner genom deras nationella system för kunskapsstyrning, kommuner, samt professions- och patientföreningar. Regeringen förklarar att man med överenskommelsen vill stödja regionerna att i nära samverkan med andra utveckla ett nationellt sammanhållet system för kunskapsstyrning.⁸⁹⁶

⁸⁹² Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Sammanhållen, jämlik och säker vård 2023 s. 4.

⁸⁹³ a.a. s. 25.

⁸⁹⁴ a.a. s. 26.

⁸⁹⁵ a.a. s. 19.

⁸⁹⁶ a.a.

Enligt överenskommelsen är ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp ett kunskapsstöd som tas fram inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, jämställdheten, effektiviteten och kvaliteten i vården, utan onödig administrativ börda för personalen. Syftet är vidare att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid. Vården ska på detta vis komma närmare patienterna.⁸⁹⁷ Intressant i sammanhanget är att man i överenskommelsen lyfter fram patientkontraktet.

”Patientkontrakt bör ingå i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Inriktningen är att patientkontrakt ska leda till utvecklade arbetssätt som underlättar för vårdens medarbetare och inte leder till administrativt merarbete.”⁸⁹⁸

13.3.7.3.3 Kriterier för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

I överenskommelsen uppställs kriterier för vad som utgör personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Allmänt föreskrivs att personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska omfatta en större del av vårdkedjan. Här innefattas tid till upptäckt, uppföljning och rehabilitering. Själva kriterierna består i att vårdförloppen ska:

- inbegripa flera specialiteter,
- kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser,
- kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar,
- kunna främja hälsa i hela förloppet,
- utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd, samt
- kunna utformas på ett sådant sätt att de kan följas i de informationssystem som används i regionerna.⁸⁹⁹

Vidare föreskrivs att innehållet i personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ska vara sammanhållet med annan nationell styrning så att de olika styrmedlen kompletterar och förstärker varandra inom ramen för ett kunskapsstyrningssystem. I överenskommelsen föreskrivs bl.a. att för att säkerställa en sammanhållen kunskapskedja är det viktigt att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen följer kunskapsstöd från myndigheter i syfte att stödja implementeringen.⁹⁰⁰ Patient- och professionsföreningars synpunkter ska också beaktas.⁹⁰¹

13.3.7.3.4 Insatser

I överenskommelsen lyfter man fram att under 2020–2022 har det utvecklats 23 personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Dessutom har en generisk modell för rehabilitering färdigställts. Under 2023 ska insatserna enligt överenskommelse

⁸⁹⁷ a.a.

⁸⁹⁸ a.a. s. 21.

⁸⁹⁹ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Sammanhållen, jämlik och säker vård 2023 s. 22.

⁹⁰⁰ a.a. s. 21.

⁹⁰¹ a.a. s. 22.

inriktas på att stärka arbetet med en gemensam kunskapsstyrning. Detta ska enligt överenskommelsen ske genom intensifierad samverkan och gemensam planering med andra inom kunskapsstyrningssystemet. Ett viktigt inslag är också att stärka implementeringen av det kunskapsstöd m.m. som tagits fram, samt uppföljningen av denna.⁹⁰²

För framtagandet av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen har de nationella arbetsgrupperna, enligt överenskommelsen, en viktig roll. De ska vara tvärprofessionellt sammansatta med bl.a. primärvårdsföreträdare, omvårdnads- och rehabiliteringskompetens, samt personer med kunskap om det för arbetet relevanta kvalitetsregister.⁹⁰³

Insatser för genomförandet bör, enligt överenskommelsen, utgå från en analys av lokala förutsättningar och förekommande utmaningar.

”Eftersom införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp kan innebära omställningar av verksamheter är ett aktivt ledarskap och en nära samverkan mellan berörda aktörer på regional och lokal nivå centralt för att möjliggöra omställningen.”⁹⁰⁴

I överenskommelsen understryks vidare att det är av vikt att involvera vårdens medarbetare.

SKR har i överenskommelsen ett antal preciserade insatser. SKR ska bl.a. fortsätta att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp som en del av en gemensam nationell kunskapskedja. Vidare ska SKR fortsätta påbörjat arbete med att möjliggöra att vårdförlopp kan sammanställas, lagras och distribueras via regionernas plattform för kunskapsstöd. SKR ska i ett antal avseende vara behjälpliga med samordningsaktiviteter, bl.a. i förhållande till patient- och närstående-företrädare. En ytterligare insats är att i olika avseenden bidra till hur uppföljning ska ske.⁹⁰⁵

13.3.7.3.5 Rapportering och uppföljning

Enligt överenskommelsen är det SKR som ansvarar för den övergripande nationella rapporteringen. Detta ska ske genom del- och slutrapportering. Det stadgas även att parterna är överens om att insatserna enligt överenskommelsen ska följas upp och analyseras. Utmaningar och konsekvenser ska särskilt beskrivas. Det ska även beskrivas hur vårdförloppen ska förvaltas och utvecklas framöver. Vidare ska det framgå hur de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen framledes ska följas upp och utvärderas.⁹⁰⁶

13.4 Statliga myndigheters styrning av hälso- och sjukvården

En central slutsats vad gäller svensk hälso- och sjukvård är att man svårigen kan förstå hur den statliga ordningen fungerar om man inte är bevandrad i de olika myndigheternas roll och ansvar i förhållande till den regionala och kommunala

902 a.a. s. 20.

903 a.a. s. 22.

904 a.a. s. 23.

905 a.a. s. 25.

906 a.a. s. 26–27.

hälso- och sjukvården. Vår uppfattning är dessutom att de regionala huvudmännen i olika avseenden är beroende av stöd och styrning från statliga myndigheter om de ska klara av att implementera patientens rätt och säkerställa att hälso- och sjukvården är personcentrerad.⁹⁰⁷ I detta avsnitt kommer vi att lyfta fram de myndigheter som vi menar har ett särskilt ansvar avseende hälso- och sjukvård. Vi kommer att utvärdera myndigheternas roll och ansvar i förhållande till hälso- och sjukvården. Detta gör vi genom att gå igenom myndigheternas uppdrag, föreskrivna i förordningar m.m. Därefter kommer vi att utvärdera och lyfta fram vad vi menar utgör myndigheternas rättsliga ordning för hälso- och sjukvårdsreform. Utifrån denna kartläggning kommer vi att reflektera över respektive myndighetsansvar vad gäller implementeringen av patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård. Vi kommer att särskilt utvärdera vad myndigheterna gör inom ramen för det reformarbete som bedrivs avseende god och nära vård, respektive kunskapsstyrningen.

13.4.1 Myndigheternas ansvar för och organisering av hälso- och sjukvårdsreform

En först uppgift är att tydliggöra vilka myndigheter som har ett ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling och vad detta ansvar består i. Först är det frågan om att avgränsa vilka myndigheter som av regeringen har uppdrag att verka i förhållande till hälso- och sjukvården.⁹⁰⁸ Det är i detta sammanhang viktigt att få en överblick över de olika myndigheternas ansvarsområden och hur de utifrån ett systemperspektiv agerar i förhållande till den regionala och kommunala hälso- och sjukvården.⁹⁰⁹

13.4.1.1 Statliga aktörer med ansvar för och påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling

Ett antal myndigheter har centrala roller för hälso- och sjukvårdssystemet och arbetar uteslutande, eller i stor utsträckning, med uppgifter enbart kopplade till hälso- och sjukvården, exempelvis Socialstyrelsen, Vårdanalys och IVO. Ett ytterligare antal myndigheter har uppgifter av mer generell karaktär, som också är av stor vikt för hälso- och sjukvården, exempelvis MSB, IMY och Myndigheten för delaktighet. Utöver det finns ett antal myndigheter med andra huvuduppdrag än hälso- och sjukvården men med vissa uppgifter av vikt för hälso- och sjukvårdssystemet, exempelvis Arbetsmiljöverket, Livsmedelsverket och Strålskyddsmyndigheten. Även myndigheter i egenskap av forskningsfinansierare är av vikt för hälso- och sjukvården, se särskilt Vetenskapsrådet som utgör ett övergripande forskningsråd

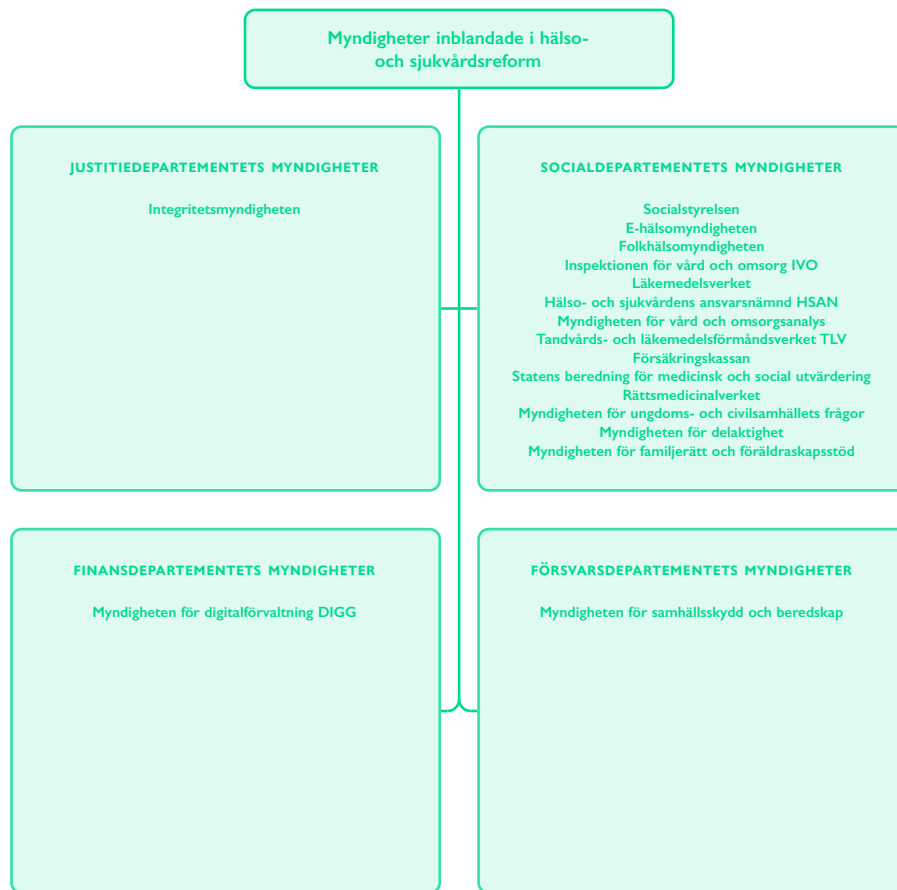
907 Detta är särskilt uppenbart vad gäller patientens anspråk på jämlikhet i hälso- och sjukvården.

908 Vi har konstaterat att vår kartläggning ligger i linje med den som gjorts av "Coronakommisionen" avseende centrala förvaltningsmyndigheter inom hälso- och sjukvårds- och folkhälsoområdet, SOU 2021:89 Sverige under pandemin Volym 2 s. 406.

909 För att utvärdera vilka myndigheter som har ansvar för hälso- och sjukvården utgår vi från förordningen om instruktionen för Regeringskansliet. Vi har därefter analyserat regeringens förordningar med myndighetsinstruktioner och även analyserar med hjälp av förordningarna om respektive myndighetsinstruktioner för socialdepartementets myndigheter, vilka ansvar, roller och funktioner de olika myndigheterna har i hälso- och sjukvårdens reformarbete. Genom vår analys har vi identifierat följande relevanta myndigheter och beslut, se nedan avsnitt.

”för att ge stöd till grundläggande forskning av högsta vetenskapliga kvalitet inom samtliga vetenskapsområden...”, se 1 § lagen (2000:662) om Vetenskapsrådet.⁹¹⁰

FIGUR 8.
Myndigheter med en roll
och ansvar i förhållande till
hälso- och sjukvård.



När vi analyserat vilka myndigheter som har ett ansvar för hälso- och sjukvården har vi också tydliggjort under vilket departement de är placerade.

13.4.1.2 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är den myndighet som har det mest omfattande ansvaret i förhållande till hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ansvarar för uppföljning, utvärdering och utveckling av hälso- och sjukvården och är förvaltningsmyndighet för såväl hälso- och sjukvården, som annan medicinsk verksamhet, socialtjänsten och service till funktionshindrade.⁹¹¹ De enda frågor man inte hanterar inom området är de frågor som ska handläggas av en annan myndighet. Särskilt lyfts

⁹¹⁰ Ett viktigt arbete i sammanhanget är boken om God forskningssed, vilken innehåller tankar och diskussion avseende ansvar och utmaningar i den konkreta forskningen. Se Vetenskapsrådet, God forskningssed.

⁹¹¹ 1 och 4 §§ förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. Även tandvård och alkohol- och missbruksfrågor innefattas i Socialstyrelsens uppdrag.

också ansvaret kring hälso- och sjukvården av barn och unga, samt främjande av jämställdhet och genomförande av funktionshinderpolitiska mål inom Socialstyrelsens verksamhetsområde.

Socialstyrelsen är nationell kunskapsmyndighet för vård och omsorg och ska genom kunskapsstöd bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.⁹¹² Socialstyrelsen ska styra genom kunskap och bistå med kunskap till utvecklingen av hälso- och sjukvården.⁹¹³ Man har till uppgift att utfärda föreskrifter och allmänna råd.⁹¹⁴ Genom föreskrifter och annat kunskapsstöd ska Socialstyrelsen bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.⁹¹⁵ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samlas i den gemensamma författningssamlingen tillsammans med sju andra myndigheter, för vilken Socialstyrelsen även är utgivande myndighet.⁹¹⁶

Socialstyrelsen utarbetar också de s.k. nationella riktlinjer för specifika sjukdomar etc., exempelvis astma och kol, olika cancerformer, demens, depression och ångest, diabetes, missbruk och beroende m.fl. Dessa är tänkta att utgöra stöd vid prioriteringar och ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Socialstyrelsen använder riktlinjerna när man följer upp utvecklingen och kvaliteten i vården och omsorgen och de är en viktig del i kunskapsstyrningen som sker i samverkan med Sveriges kommuner och regioner.

Socialstyrelsen har också ett beredskapsuppdrag som vid behov i allvarliga händelser ålägger myndigheten ett ansvar att samordna insatser inom hälso- och sjukvården.⁹¹⁷ Därtill ska man samla statistik och information och lämna rapporter kring sitt verksamhetsområde.⁹¹⁸ Socialstyrelsen har också ett samverkansuppdrag med övriga aktörer i hälso- och sjukvården och ska även följa och medverka till internationellt arbete på området.⁹¹⁹

13.4.1.3 E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten är den myndighet som ”ska ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering [samt] samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet.”⁹²⁰

⁹¹² 4 § 1 st. förordning med instruktion för Socialstyrelsen samt 2 § förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

⁹¹³ 1 och 11 §§ förordning med instruktion för Socialstyrelsen. 1 § förordning om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

⁹¹⁴ 7 § förordning med instruktion för Socialstyrelsen.

⁹¹⁵ 4 § förordning med instruktion för Socialstyrelsen.

⁹¹⁶ 7 § förordning med instruktion för Socialstyrelsen. Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m., förkortad HSLF-FS. Myndigheterna som ingår är Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, E-hälsomyndigheten, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd och Rättsmedicinalverket, vilka alla har i uppgift att utfärda föreskrifter och allmänna råd inom sina respektive uppdragsområden.

⁹¹⁷ 8–9 §§ förordning med instruktion för Socialstyrelsen.

⁹¹⁸ 6–6a §§ förordning med instruktion för Socialstyrelsen.

⁹¹⁹ 10–12 §§ förordning med instruktion för Socialstyrelsen.

⁹²⁰ 1 § förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.

Detta innefattar bland annat att myndigheten ska ansvara för receptregistret och läkemedelsförteckningen, tillhandahålla och kontrollera elektroniska system, ge elektroniskt expertstöd, etc.⁹²¹ Myndigheten utfärdar föreskrifter också i den gemensamma författningssamlingen.⁹²² E-hälsomyndigheten har en viktig roll för hälso- och sjukvårdens omställning genom digitaliseringen och arbetet med e-hälsa som möjliggörare av personcentrerad vård. Myndigheten har också ansvaret att följa upp digitaliseringen av hälso- och sjukvården. Inom ramen för det nämnda har myndigheten ett antal uppdrag och ansvarar bland annat för samordningen och uppföljning av regeringens och SKR:s överenskommelse kring e-hälsa, Vision e-hälsa 2025, som också är ett av Socialstyrelsens identifierade utvecklingsområden för god och nära vård.⁹²³

13.4.1.4 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

En annan viktig myndighetsaktör för utveckling och styrning av hälso- och sjukvård är IVO – Inspektionen för vård och omsorg. IVO har till uppgift att ansvara för analys, tillsyn, granskning och utredning av hälso- och sjukvården och dess personal (även inom socialtjänsten och verksamheter för stöd och service till funktionshindrade).⁹²⁴ Ett led i tillsynsuppgiften är att pröva klagomål riktade mot hälso- och sjukvården och personalen utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv (exempelvis lex Maria- och lex Sarah-anmälningar). IVO hanterar anmälningar från såväl patienter och närstående, som från vården själva, och ansvarar ytterst för att säkerställa att klagomålen blir utredda, vilket bland annat innefattar huruvida personalen agerat i linje med sin yrkeslegitimation. IVO beslutar dock inte om påföljder för vårdpersonal, utan utredda ärenden lämnas till HSAN (se nästa avsnitt) som beslutar om exempelvis prøvotid, återkallelse, etc.⁹²⁵ Däremot har IVO en viktig funktion för att bidra till en kvalitativ vård genom att återföra insikterna från granskningar och utredningar till vårdsystemet och lyssna in patienter och närstående i sitt arbetet.⁹²⁶ Man beslutar också i vissa frågor kring hanteringen av patientdata och patientjournaler, bland annat begäran om utlämnande och förstörande av patientjournal.⁹²⁷

IVO granskar att befolkningen får en säker vård av god kvalitet bedriven i enlighet med lagar och föreskrifter. Myndigheten ska genom sitt arbete verka för att insikter från dessa uppdrag kommer hälso- och sjukvården till nytta genom en tillsynsåterföring och vägledning av verksamheter, som också ska ske i samverkan med andra myndigheter.⁹²⁸ Fokus ska ligga på patient- och

921 2 § förordning med instruktion för E-hälsomyndigheten.

922 7a § förordning med instruktion för E-hälsomyndigheten. I dagsläget rör det sig dock bara om enstaka.

923 Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård, Dnr S2016/01874/FS.

924 1 § förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

925 Förordning (2011:582) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

926 7 kap. 4–4a §§ patientsäkerhetslagen.

927 8 kap. 2 och 4 §§ patientdatalagen.

928 1–4 §§ förordning med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg. Se även IVO:s webbsida, IVO:s uppdrag och organisation.

brukarperspektivet, där villkor och förhållanden för kvinnor och män, flickor och pojkar, lyfts fram särskilt.⁹²⁹

IVO ska även kontrollera hur hälso- och sjukvårdsverksamheter uppfyller skyldigheten till egenkontroll.⁹³⁰ IVO är också tillståndsmyndighet för vissa verksamheter i hälso- och sjukvården och utfärdar tillstånd för att bedriva viss verksamhet i privat regi, exempelvis behandlingshem för barn och unga.⁹³¹ Man är därtill behörig myndighet för vissa frågor kring medicintekniska produkter.⁹³² IVO är en av de myndigheter som ingår i den gemensamma författningssamlingen för föreskrifter på hälso- och sjukvårdsområdet och ansvarar för föreskrifter inom sitt område, men är utfärdande myndighet av bara en föreskrift gällande lex Maria-anmälningar.⁹³³

IVO:s centrala roll i arbetet kring patientsäkerhet ger myndigheten en central position i utvecklingen av personcentrerad vård. IVO har därtill ett antal uppdrag där myndigheten ska bidra till att omställningen till god och nära vård sker på ett patientsäkert sätt. IVO ska utöver sin ordinarie tillsyn även göra särskilda tillsynsinsatser på systemnivå som ska ske ur ett patientperspektiv.⁹³⁴ För att uppfylla ansvaret har IVO identifierat behoven i, och påbörjat utvecklingen av, ett utvecklat och förstärkt tillsynsarbete, bland annat kring digitalisering och datadriven analys.

13.4.1.5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)

En ytterligare central myndighet i patientsäkerhetskänseende är Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. HSAN ska ”medverka till att stärka patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården” genom att pröva de frågor som avses i patientsäkerhetslagens bestämmelser om den legitimerad hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet.⁹³⁵ Detta innefattar beslut om både prövotid och återkallelse av legitimation och annan behörighet, samt begränsning av förskrivningsrätt. HSAN:s handläggning av ärenden styrs utifrån bestämmelserna i patientsäkerhetslagen.⁹³⁶ HSAN prövar frågor som anmälts av främst IVO, men också av JO eller JK.⁹³⁷ Därtill kan enskild vårdpersonal ansöka om prövning av vissa ärenden kring den egna legitimationen, eller förskrivningsrätten.⁹³⁸

Myndigheten är annorlunda från övriga myndigheter på hälso- och sjukvårdsområdet på så sätt att den liknar en domstol och består av en nämnd med en ordförande och vice ordförande som ska vara, eller har varit, domare och ledamöter med ”särskild insikt i hälso- och sjukvården.”⁹³⁹ HSAN:s administrativa

929 2 § förordning med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

930 2 § förordning med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

931 IVO:s webbsida, Om IVO.

932 3b § förordning med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

933 4 § förordning med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

934 Regeringsuppdrag att genomföra särskilda tillsynsinsatser som bidrar till omställningen till en god och nära vård, S2019/02870, S2021/06574 (delvis).

935 1 § förordning med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Se 8 kap. 1–12 §§ patientsäkerhetslagen.

936 9 kap. 1–16 §§ patientsäkerhetslagen.

937 9 kap. 1 § 1 och 3 st. patientsäkerhetslagen.

938 9 kap. 1 § 2 st. patientsäkerhetslagen.

939 2–3 §§ förordning med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

och handläggande uppgifter sköts också av en annan myndighet, nämligen Socialstyrelsen.⁹⁴⁰ HSAN utfärdar inte föreskrifter.

13.4.1.6 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)

Vårdanalys har myndighetsuppgiften att ”ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg.”⁹⁴¹ Det innebär bland annat att myndigheten ska granska, analysera och följa upp vårdens funktionssätt och effektivitet och bistå med rekommendationer.⁹⁴² Därtill ska myndigheten utvärdera informationen enskilda får om vården, samt bedriva omvärldsbevakning och utvärdera statliga reformer och initiativ inom vård och omsorgen, för vilket myndigheten också har ett rådgivande organ i form av ett patient- och brukarråd.⁹⁴³ Till skillnad från vissa andra myndigheter utfärdar inte Vårdanalys några föreskrifter.

Vårdanalys har som beskrivet tagit fram en rad rapporter kring utvecklingen av personcentrerad vård och har en viktig uppgift i utvärderingen och kunskapsåterföringen kring personcentrering och implementeringen av patientlagen. Myndigheten har även fått regeringens uppdrag att följa och utvärdera omställningen till en god och nära vård utifrån målen om ökad delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet, med ett tilläggsuppdrag kring fast läkarkontakt.⁹⁴⁴

13.4.1.7 Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten ska på vetenskaplig grund vara ”förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör folkhälsa och ska verka för god och jämlik hälsa i hela befolkningen.”⁹⁴⁵ I sin verksamhet ska myndigheten främja jämställdhet och fästa särskild vikt vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa.⁹⁴⁶ Folkhälsomyndigheten ska nationellt samordna folkhälsoarbetet och vara stödjande, samlande och pådrivande av andra berörda aktörer på området och därtill ansvara för internationellt samarbete, särskilt på EU-nivå.⁹⁴⁷ Folkhälsomyndigheten ska ansvara för att följa upp och analysera folkhälsan och dess s.k. bestämningsfaktorer (faktorer som påverkar folkhälsan), men också folkhälsoarbetet utifrån folkhälso-politiska mål.⁹⁴⁸ Myndigheten ska också förmedla kunskap kring bestämningsfaktorer och bidra till utvecklingen av hälsofrämjande och -förebyggande metoder, samt löpande ta fram statistik och rapporter. Det åligger också myndigheten att ansvara för ett antal särskilda uppgifter av analys, uppföljning och utveckling kring aspekter av vikt för folkhälsan, exempelvis psykisk hälsa och suicidprevention, olika

940 4 § förordning med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

941 1 § förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

942 2 § förordning med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

943 3 och 8 § förordning med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

944 Regeringsuppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård inkl. tilläggsuppdraget om fast läkarkontakt, S2020/03320.

945 1 § förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

946 Samt jämlikhet för personer av olika sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck. 1, 5 och 7 §§ förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

947 2, 18 och 30 §§ förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

948 6–9 §§ förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

beroenden, fysisk aktivitet och matvanor, osv.⁹⁴⁹ En av Folkhälsomyndighetens främsta uppgifter är också den kring smittskydd där myndigheten ska samordna, följa och utveckla smittskyddet nationellt.⁹⁵⁰ Myndigheten har ett centralt ansvar för smittskyddsarbetet i såväl hälso- och sjukvården som i samhället i stort, där myndigheten också beslutar i ärenden kring smitthantering, exempelvis hälsokontroller för enskilda, avspärrning av områden, etc.⁹⁵¹

Folkhälsomyndigheten är kunskapsmyndighet på sitt område och ska även ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling till regioner och kommuner och andra berörda aktörer, vilket ska ske i samverkan med andra myndigheter.⁹⁵² Myndigheten har därtill ett beredskapsansvar på sitt område, kring såväl allvarliga hälsohot som smittskydd, och ska bistå med expertstöd till exempelvis myndigheter och regioner.⁹⁵³ Folkhälsomyndigheten utfärdar i den gemensamma författningssamlingen ett antal föreskrifter och allmänna råd och är även tillstånds- och tillsynsmyndighet inom sitt område.⁹⁵⁴

Folkhälsomyndigheten har inom ramen för omställningen till god och nära vård i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen stödja, följa och utvärdera insatserna inom ramen för regeringens och SKR:s överenskommelse om psykisk hälsa 2020–2023.⁹⁵⁵ Det innefattar bland annat att utvärdera behovet av en nationell stödlinje för suicidprevention. Därtill har Folkhälsomyndigheten tillsammans med Socialstyrelsen uppdraget att stödja regionerna och följa och analysera regeringens och SKR:s överenskommelser kring barnhälsovården i god och nära vård.⁹⁵⁶ Utifrån myndighetens roll syftade arbetet till att verka för samverkan, kunskapsutveckling och uppföljning inom barnhälsovård, bland annat kring frågor om tillgänglighet. Närliggande har myndigheten även haft uppdraget att förstärka och utveckla arbetet med information och kommunikation om vaccinationer för barn.⁹⁵⁷

13.4.1.8 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket har en central roll för hälso- och sjukvårdssystemet då man bl.a. ansvarar för tillsyn och kontroll av läkemedel och medicintekniska produkter.⁹⁵⁸ Detta innefattar att verka för effektiva och säkra läkemedel, en god

949 10–16 samt 23–25 §§ förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

950 17 § förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

951 17 och 26 §§ förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten. 1 kap. 7 § smittskyddslagen.

952 3–4 och 41 §§ förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

953 26–29 §§ förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

954 38–39 § förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

955 Regeringsuppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023, S2020/01044/FS, samt regeringsuppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention, S2020/06171/FS.

956 Regeringsuppdraget att följa och stödja överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020, S2018/00722/FS.

957 Regeringsuppdrag om att förbättra barns skydd mot smittsamma sjukdomar, S2018/03919/FS.

958 Läkemedelsverket ansvarar för ”kontroll och tillsyn av läkemedel, narkotika och vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära samt tillsyn av medicintekniska produkter, kosmetiska produkter, tatueringsfärger och vissa varor som är avsedda för kosmetiska och hygieniska ändamål, i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan myndighet”. 1 § förordning (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket.

läkemedelsanvändning och säkra och lämpliga medicintekniska produkter. Det innefattar också att verka för att alla medborgare ska ha samma förutsättningar till god hälsa.⁹⁵⁹ Läkemedelsverket är kunskapsmyndighet på området och ska bidra med kunskap till utvecklingen av hälso- och sjukvården genom att bedriva utrednings- och utvecklingsverksamhet.⁹⁶⁰ Läkemedelsverket utfärdar föreskrifter och allmänna råd på läkemedels- och medicinteknikområdet.⁹⁶¹ Därtill har man ett relativt brett informationsuppdrag där man för sitt område ska tillhandahålla information till myndigheter och enskilda (exempelvis ansvarar man för såväl läkemedelsinformation till allmänheten, som rapportering kring medicintekniska produkter till EU), samt svara för forskning av betydelse för området.⁹⁶²

Man ska även verka för samordning och samverkan med andra aktörer på läkemedels- och medicinteknikområdet och därtill stödja krisberedskap på läkemedelsområdet.⁹⁶³ Man är också ansvarig för att följa och medverka till internationellt arbete och åtaganden inom sitt område, bland annat på EU-nivå.⁹⁶⁴ Därtill ska man arbeta för god tillgång och användning av nya effektiva produkter i syfte att främja innovation och life science.⁹⁶⁵ Man ansvarar också för vissa frågor kopplade till säkerheten kring läkemedel och medicintekniska produkter, såsom samverkan kring läkemedelsförsörjning och motverkan av förfälskning av läkemedel.⁹⁶⁶ I sammanhanget kan vi även lyfta HSAN som rättsligt prövar anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal.

Läkemedelsverket kan ha en central roll när det gäller att stimulera medicintekniska lösningar m.m. för egenvård och andra lösningar som kan möjliggöra personcentrering i olika avseenden. Av relevans för omställningen till god och nära vård är också uppdraget att påbörja ett långsiktigt arbete med att skyndsamt stärka öppenvårdsapotekens beredskap att lämna ut läkemedel, vilket beskrivs som en förutsättning för att möjliggöra god och nära vård.⁹⁶⁷

13.4.1.9 Försäkringskassan

Försäkringskassans uppgift är att vara förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen och andra förmåner och ersättningar, där man är beslutande och betalande myndighet.⁹⁶⁸ Inom ramen för det generella uppdraget ligger ett antal uppgifter, såsom att informera om socialförsäkringen, motverka bidragsbrott, ansvara för funktionshinderfrågor och stödja forskning, samt ansvara för kunskapsuppbyggnad kring sitt område.⁹⁶⁹ Inom hälso- och sjukvårdsområdet är myndighetens ansvar för ersättningar kopplade till sjukdom, skada, funktionsnedsättning,

959 7 § förordning med instruktion för Läkemedelsverket.

960 1 och 3 §§ förordning med instruktion för Läkemedelsverket.

961 8 § förordning med instruktion för Läkemedelsverket.

962 10–12 §§ förordning med instruktion för Läkemedelsverket.

963 6, 24–25 och 32 §§ förordning med instruktion för Läkemedelsverket.

964 26 § förordning med instruktion för Läkemedelsverket.

965 5 § förordning med instruktion för Läkemedelsverket.

966 13 § förordning med instruktion för Läkemedelsverket.

967 Regeringsuppdrag att påbörja ett långsiktigt arbete med att skyndsamt stärka öppenvårdsapotekens beredskap gällande utlämning av läkemedel från apotek, S2022/03175.

968 1 § förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

969 2 § förordning med instruktion för Försäkringskassan.

etc., centralt. På det området ansvarar myndigheten också för uppföljning, beslut och utbetalningar av medel och bidrag för arbete med sjukskrivningar och medicinsk rehabiliteringsgaranti i enlighet med den överenskommelse som gjorts mellan staten och SKR.⁹⁷⁰

Försäkringskassan ska också medverka till det internationella arbetet, särskilt EU-arbetet, och specifikt vara nationell kontaktpunkt för tillämpningen av patienträttigheter i gränsöverskridande hälso- och sjukvård inom EU.⁹⁷¹ Man ska samverka med andra myndigheter, främst för att tillgodose korrekta utbetalningar men också för effektiv användning av resurser kring exempelvis rehabilitering och tandvårdsstöd.⁹⁷² Försäkringskassan meddelar föreskrifter inom sitt verksamhetsområde, exempelvis kring beräkning av ersättningar, men ingår inte i den gemensamma författningssamlingen.⁹⁷³

Försäkringskassan har tillsammans med Socialstyrelsen haft ett regeringsuppdrag för att stärka dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården och genomföra utvecklingsinsatser, där kunskapsstyrningen är ett viktigt inslag.⁹⁷⁴ I samverkan med SKR och Nationella programområdet rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin har strukturer för nationell samverkan tagits fram för sjukskrivning och rehabilitering.⁹⁷⁵ Myndigheten ska också bidra till den nationella strategin inom psykisk hälsa och suicidprevention som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten utvecklar som ett led i omställningen till god och nära vård.⁹⁷⁶

13.4.1.10 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering har till uppgift:

”att utvärdera det vetenskapliga stödet för tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ur ett medicinskt perspektiv där så är tillämpligt, samt ur ett ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv.”⁹⁷⁷

Fastställande av utvärderingarnas slutsatser fattas av ett särskilt beslutsorgan inom myndigheten, Nämnden för medicinsk och social utvärdering.⁹⁷⁸ Myndigheten ska göra utvärderingarna enkla och tillgängliga för berörda parter, aktivt sprida dem för praktisk tillämpning och därtill identifiera och informera om vilka

970 3 § förordning med instruktion för Försäkringskassan.

971 2a § förordning med instruktion för Försäkringskassan.

972 5 § förordning med instruktion för Försäkringskassan.

973 2 och 11 §§ förordning med instruktion för Försäkringskassan.

974 Regeringsuppdrag att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården, S2019/04627/SF, samt regeringsuppdraget Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården S2017/03739/SF, S2018/00530/SF.

975 Utgångspunkter och strukturer för bättre samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Samarbetsformer mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

976 Regeringsuppdrag om att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention, S2020/06171.

977 1 § förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

978 4 § förordning med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

metoder det saknas kunskap om.⁹⁷⁹ Myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter och även vara internationell kontaktmyndighet i frågorna.⁹⁸⁰ Myndigheten är också kunskapsmyndighet för arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdom.⁹⁸¹ Myndigheten utfärdar inte egna föreskrifter utan dess utvärderingar ligger i stället till grund för utvecklingen av föreskrifter från andra myndigheter.⁹⁸² Myndigheten samverkar med Socialstyrelsen i uppdraget gällande omhändertagande av psykisk ohälsa och genomför kartläggningar som delvis berör omställningen till god och nära vård.⁹⁸³ I uppgiften ingår att beakta jämställdhetsperspektivet.

Uppdraget placerar myndigheten i centrum för det HTA-arbete som regleras via den europeiska HTA-förordningen.⁹⁸⁴ SBU ingår härmed, i egenskap av HTA-myndighet, i den europeiska koordineringsgruppen. Förordningen uppställer bl.a. krav på att HTA-myndigheter inom EU samarbetar för att möjliggöra bättre tillgång till mediciner och medicintekniska produkter inom EU och medlemsstaterna.

13.4.1.11 Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF)

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor har som ansvar att vara ”förvaltningsmyndighet för frågor som rör ungdomspolitiken och politiken för det civila samhället.”⁹⁸⁵ Myndigheten ska göra detta genom kunskapsframställning och -spridning och samverkan med myndigheter, kommuner, regioner och civilsamhälleliga organisationer.⁹⁸⁶ MUCF ska även bidra till samordning av statliga insatser inom ungdoms- och civilsamhällesfrågor och ansvarar även för att fördela statsbidrag inom området. I relation till hälso- och sjukvårdssystemet är myndigheten involverad i frågor kopplade till ungas hälsa och hälso- och sjukvård, samt olika civilsamhälleliga aktörers interaktion med vårdssystemet, exempelvis patientrepresentanter såsom patientorganisationer. MUCF:s arbete ska utgå från ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.⁹⁸⁷

Gällande ungas hälsa har MUCF tillsammans med Folkhälsomyndigheten ett särskilt uppdrag kopplat till omställningen av god och nära vård, där myndigheterna ska genomföra en kartläggning av ungdomars upplevda psykiska hälsa och ohälsa.⁹⁸⁸ Uppdraget ska med hänsyn till ungas egna erfarenheter ge insikt om hur unga (13–25 år) uppfattar sin psykiska hälsa, vilka påverkansfaktorer som främjar psykisk hälsa, och vilket stöd unga efterfrågar.

979 1b § förordning med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

980 2–2b §§ förordning med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

981 1a § förordning med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

982 SBU:s webbsida, SBU:s publikationstyper.

983 Regeringsuppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa, S2022/02309.

984 Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2021/2282 av den 15 december 2021 om utvärdering av medicinsk teknik och om ändring av direktiv 2011/24/EU. Se vidare om HTA (health technology assessment) i avsnitt 15.4.4.2.

985 1 § förordning (2018:1425) med instruktion för Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.

986 2 § förordning med instruktion för Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.

987 10 § förordning med instruktion för Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.

988 Regeringsuppdrag att genomföra en kartläggning av ungdomars upplevda psykiska hälsa och ohälsa, Dnr S2021/01354.

13.4.1.12 Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för delaktighet har till uppgift:

”att främja respekten för och medvetenheten om rättigheter för personer med funktionsnedsättning samt att ur ett rättighets-, mångfalds-, jämställdhets- och medborgarperspektiv verka för full delaktighet i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar och för jämlikhet i levnadsvillkor.”⁹⁸⁹

Detta innefattar att ”bidra till kunskapsutveckling i frågor som rör delaktighet, tillgänglighet, universell utformning, välfärdsteknologi, miljö, levnadsvillkor och rättigheter för personer med funktionsnedsättning.”⁹⁹⁰ För att tillgodose detta ska myndigheten ansvara för att bland annat främja genomförandet av funktionshinderpolitik, ta fram metoder, riktlinjer och vägledningar för tillgänglighet och delaktighet, följa utvecklingen av välfärdsteknik, etc.⁹⁹¹ Myndigheten verkar alltså för kunskapsutveckling men utfärdar inte föreskrifter.

13.4.1.13 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd:

”ska bedriva och främja ett kunskapsbaserat arbete och ansvara för kunskapsförmedling i frågor som rör socialnämndernas familjerättsliga ärenden om 1. barns vårdnad, boende och umgänge, 2. fastställande av faderskap och föräldraskap, 3. samarbetsamtal som sker på uppdrag av domstol, och 4. föräldraförberedelse, medgivandeutredning och stöd till barn och föräldrar vid internationell adoption.”⁹⁹²

Myndigheten är kunskapsmyndighet på området, vilket bland annat kopplat till hälso- och sjukvården innefattar att man ska ansvara för förebyggande insatser i att ge föräldrar stöd för att främja barns utveckling och hälsa. Myndigheten ska också i det arbetet främja barnets rättigheter och jämställdhet och jämlikt föräldraskap.⁹⁹³ Myndigheten utfärdar föreskrifter i den gemensamma författningssamlingen.⁹⁹⁴ Myndigheten är en av de myndigheter (tillsammans med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen) som har uppdrag att bidra med underlag till utvecklingen av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention där myndigheten har lagt fokus på insatser såsom föräldrastöd och stöd till adopterade.⁹⁹⁵

13.4.1.14 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ”ska genom sin verksamhet medverka till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och tandvård, en god tillgänglighet till läkemedel i samhället och en väl fungerande

989 1 § förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet.

990 3 § förordning med instruktion för Myndigheten för delaktighet.

991 4 § förordning med instruktion för Myndigheten för delaktighet.

992 1 § förordning (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.

993 6 § förordning med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.

994 12 § förordning med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.

995 Regeringsuppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention, S2020/06171/FS.

apoteksmarknad.”⁹⁹⁶ Myndigheten ska bland annat följa och analysera utvecklingen på läkemedels-, apoteks- och tandvårdsområdena samt det medicintekniska området, även internationellt.⁹⁹⁷ Myndigheten har två särskilda beslutsorgan, Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statlig tandvårdsstöd, och utfärdar föreskrifter på området i den gemensamma författningssamlingen.⁹⁹⁸ TLV:s ansvarsområde är av vikt för personcentrerad vård utifrån patientens möjligheter till valfrihet och delaktighet i läkemedelsbehandling, men också för tillgången till läkemedel och påverkan på jämlik vård. TLV har ett antal uppdrag av vikt för god och nära vård, exempelvis gällande tillgången till läkemedel för personer med sällsynta sjukdomar och till precisionsmedicin.

13.4.1.15 Rättsmedicinalverket

Rättsmedicinalverket ”ansvarar för rättspsykiatrisk, rättskemisk, rättsmedicinsk och rättsgenetisk verksamhet i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan statlig myndighet.”⁹⁹⁹ Myndigheten har särskilt ansvar för medicinska frågor kopplade till rättsprocesser, bland annat rättsmedicinska utredningar, obduktioner, rättsgenetiska undersökningar, etc., samt forskning och utveckling på området och internationellt samarbete.¹⁰⁰⁰ Myndigheten utfärdar föreskrifter på området i den gemensamma författningssamlingen.¹⁰⁰¹

13.4.1.16 Myndigheten för digital förvaltning (DIGG)

Gällande digitalisering har DIGG – myndigheten för digital förvaltning – en viktig roll. DIGG har i uppgift att samordna och stödja digitaliseringen av den offentliga förvaltningen i statliga myndigheter, regioner och kommuner, med syfte att göra den mer effektivt och ändamålsenlig.¹⁰⁰² I det ansvaret innefattas att bistå regeringen med underlag för utvecklingen av samhällets digitalisering och verka för utvecklingen av digitala tjänster och informationsutbyten i den offentliga förvaltningen utifrån aspekter som tillgänglighet, användarvänlighet och främjande av öppen och datadriven innovation.¹⁰⁰³ DIGG ska även nationellt samordna ett antal EU-rättsliga aspekter kring digitalisering, informationsutbyte och datahantering.¹⁰⁰⁴ I sitt arbete ska DIGG säkerställa att skydd av säkerhetskänslig verksamheter, informationssäkerhet och skydd för den personliga integriteten tillförsäkras i den digital utvecklingen av den offentliga förvaltningen.¹⁰⁰⁵ DIGG utfärdar inte föreskrifter på hälso- och sjukvårdsområdet.¹⁰⁰⁶

DIGG har alltså en nyckelroll i digitaliseringen av hälso- och sjukvårdssystemet och därmed en viktig roll i omställningen till god och nära vård i

996 1 § förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

997 2 § förordning med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

998 5–5a §§ förordning med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

999 1 § förordning (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket.

1000 2 § förordning med instruktion för Rättsmedicinalverket.

1001 10 § förordning med instruktion för Rättsmedicinalverket.

1002 1 § förordning (2018:1486) med instruktion för Myndigheten för digital förvaltning.

1003 2 och 6 §§ förordning med instruktion för Myndigheten för digital förvaltning.

1004 1b, 3 och 7 osv §§ förordning med instruktion för Myndigheten för digital förvaltning.

1005 8 § förordning med instruktion för Myndigheten för digital förvaltning.

1006 21 § förordning med instruktion för Myndigheten för digital förvaltning.

användandet av digital teknik. Myndigheten har därför fått ett särskilt uppdrag, det s.k. Valfärdsuppdraget, som innefattar att stödja regeringens arbete med att identifiera rättsliga hinder i digitaliseringen av bland annat hälso- och sjukvården, i samverkan med regioner, kommuner och aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet.¹⁰⁰⁷

13.4.1.17 Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)

IMY har i uppgift att ”att arbeta för att människors grundläggande fri- och rättigheter skyddas i samband med behandling av personuppgifter och att underlätta det fria flödet av sådana uppgifter inom Europeiska unionen.”¹⁰⁰⁸ Myndighetens fokus är att följa utvecklingen gällande frågor kring integritet och ny teknik och därtill analysera och beskriva den utvecklingen. IMY är tillsynsmyndighet för dataskydd utifrån den europeiska dataskyddsförordningen och nationella bestämmelser om dataskydd, såsom patientdatalagen.¹⁰⁰⁹ Gällande hälso- och sjukvården innebär det att IMY har ett tillsynsansvar för hur vårdgivare hanterar dataskyddsbestämmelserna och kan kontrollera exempelvis hur vårdgivarna skyddar patientdata. IMY har därtill s.k. korrigerande befogenheter, vilket innebär att om man konstaterar brister vid tillsyn kan myndigheten besluta om och utfärda varningar, reprimander, förelägganden, begränsningar, förbud och sanktionsavgifter mot vårdgivaren.¹⁰¹⁰ IMY är också den myndighet som prövar och ger medgivande till viss behandling av personuppgifter, exempelvis för nationella kvalitetsregister.¹⁰¹¹

IMY kan meddela generella föreskrifter och allmänna råd på sitt område som komplement till dataskyddsförordningen, men ingår inte i den gemensamma författningssamlingen.¹⁰¹² Specifikt gällande hälso- och sjukvårdssystemet får IMY meddela föreskrifter om viss kryptering av patientdata som regioner ska använda i enlighet med patientdatalagen.¹⁰¹³ Därtill har IMY rätt att yttra sig i förväg angående ett antal föreskrifter gällande behandling av personuppgifter som utfärdas av Socialstyrelsen.¹⁰¹⁴

13.4.1.18 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap bär ansvar för ”frågor om skydd mot olyckor, krisberedskap och civilt försvar” och ska arbeta förebyggande och förberedande.¹⁰¹⁵ I det arbetet ligger att tillgodose samhällets krisberedskap och verka för att samhällsviktiga verksamheter och funktioner, såsom hälsa, vård

¹⁰⁰⁷ Regeringsuppdrag att stödja regeringens arbete med fortsatt digitalisering av välfärden genom att identifiera rättsliga hinder, I2022/00620.

¹⁰⁰⁸ 1 § förordning (2007:975) med instruktion för Integritetsskyddsmyndigheten.

¹⁰⁰⁹ 2a § förordning med instruktion för Integritetsskyddsmyndigheten.

¹⁰¹⁰ GDPR art. 58 och lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning 6 kap.

¹⁰¹¹ 6 § patientdataförordningen (2008:360).

¹⁰¹² IMY:s webbsida, IMY:s föreskrifter och allmänna råd.

¹⁰¹³ 5 § patientdataförordningen.

¹⁰¹⁴ 2–3 §§ patientdataförordningen.

¹⁰¹⁵ 1–6 §§ förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

och omsorg, är rustade för att fungera under olyckor, kris och krig.¹⁰¹⁶ MSB ska tillgodose uppföljning, utvärdering och lärande inom sitt område och därtill samverka och gemensamt planera med andra samhällsaktörer, såsom myndigheter, regioner, kommuner, men också andra organisationer och företag.¹⁰¹⁷ MSB utfärdar exempelvis handböcker i krisberedskap som bland annat rör kommunal hälso- och sjukvård.¹⁰¹⁸ MSB ska vara stödjande i samordning vid höjd beredskap och kris och myndigheten har även möjlighet tillsätta förstärkningsresurser när kommunens och regionens egna medel inte är tillräckliga vid krishändelse.¹⁰¹⁹

MSB är även medverkande i Sveriges internationella arbete och europeiska samarbete, där myndigheten bland annat särskilt ansvarar för att stödja svenskar som drabbas av en större katastrof utomlands, vilket bland annat kan innefatta att koordinera med hälso- och sjukvårdssystemet.¹⁰²⁰ Ytterligare exempel på särskilda uppgifter av vikt för hälso- och sjukvårdssystemet är att hantera det nationella ambulansflygets luftburna sjuktransporter och tillse och kontrollera det s.k. alarmeringsavtalet mellan staten och bolaget som bedriver SOS Alarm.¹⁰²¹ MSB ska också i samarbete med Socialstyrelsen svara för Sveriges ansvar för att hålla del av EU:s beredskapslager för sjukvårdsmateriel.¹⁰²² Myndigheten har slutligen en stödjande och samordnade roll i arbete kring samhällets informationssäkerhet, vilket också är av vikt för ett fungerande och säkert hälso- och sjukvårdssystem.¹⁰²³

13.4.1.19 Länsstyrelsernas roll

I var och ett av Sveriges 21 län finns en länsstyrelse som arbetar på uppdrag av riksdag och regering. Länsstyrelser styrs enligt länsstyrelseförordningen (2017:868) och ansvarar för statlig förvaltning i län om inte annan myndighet har ansvar för särskilda förvaltningsuppgifter.¹⁰²⁴ Länsstyrelserna är en del av staten i övrigt och lyder under förvaltningslagens bestämmelser. Därmed är det regeringen som har det politiska ansvaret samt tar fram uppdrag för länsstyrelsen.¹⁰²⁵

Länsstyrelser har en förvaltande roll i relation till regeringen som utser en landshövding vilken i egenskap av myndighetschef styr länsstyrelsens arbete i länet.¹⁰²⁶ Länsstyrelsens uppdrag innefattar bland annat att verka för att de av riksdagen fastställda nationella målen får genomslag, samtidigt som man verkar för att beakta de särskilda förhållanden och förutsättningar som råder inom respektive

1016 1 § förordning med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, samt 2:4 regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

1017 2 och 10 §§ förordning med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

1018 Se exempelvis MSB och SKR, Handbok i kommunal krisberedskap, kapitel 2 Kommunala verksamheter – Kommunal hälso- och sjukvård.

1019 7–7a §§ förordning med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

1020 14 § förordning med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 14 §.

1021 14a och 18a §§ förordning med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

1022 MSB:s webbsida, EU:s beredskapslager för sjukvårdsmateriel.

1023 11a-c §§ förordning med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

1024 1 § förordning med länsstyrelseinstruktion.

1025 Regeringen utformar årligen uppdrag och riktlinjer för länsstyrelsernas arbete och återrapportering till riksdag genom regleringsbrev. Se exempelvis regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende länsstyrelserna, Fi2024/00838.

1026 11 § förordning med länsstyrelseinstruktion.

län.¹⁰²⁷ Det gör att länsstyrelserna har ett statligt samordningsansvar på länsnivå. Inom ramen för detta har statliga myndigheter ansvar att samråda med länsstyrelsen vid beslut som är av väsentlig betydelse för ett län.¹⁰²⁸

Värt att notera är att länsstyrelsernas uppdrag inte explicit avser hälso- och sjukvårdsfrågor.¹⁰²⁹ Visserligen innefattar uppdraget att verka för att folkhälsan och nationella folkhälsomål beaktas i länsstyrelsernas arbete.¹⁰³⁰ Enligt länsstyrelsernas arbetsordning utförs sådant arbete inom ramen för samhällsavdelningen och enheten för folkhälsa och rättighetsfrågor.¹⁰³¹ I en statliga utredning föreslås att länsstyrelserna ska få en större roll avseende statens samverkan med regioner och kommuner.¹⁰³² Det gör att länsstyrelser kan få en alltmer centrala roll inom områden hälso- och sjukvård, krisberedskap och infrastruktur.

13.4.1.20 Universitet och högskolor

När det gäller statens ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling är det också viktigt att lyfta fram universitet och högskolor. Det stora flertalet universitet och högskolor är statliga myndigheter. De flesta av dessa bedriver forskning och utbildning som är relevant för hälso- och vården. Särskilt viktiga är de universitet med medicinska fakulteter då dessa svarar för mycket av de mest centrala professionsutbildningarna.

13.4.2 Rättslig ordning för hur myndigheter bedriver hälso- och sjukvårdsreform

En viktig nästa uppgift är att tydliggöra inom ramen för vilken rättslig ordning och hur myndigheter bedriver hälso- och sjukvårdsreform. I detta avseende kan vi börja med att konstatera att statliga myndigheter sköter statens offentliga förvaltning och lyder direkt under regeringen. Statliga myndigheter har bland annat till uppgift att förtydliga innehållet i vad riksdag och regering beslutar. Myndigheternas uppdrag definieras, som framgått, av regeringens beslutade förordningar, regleringsbrev och regleringsuppdrag.¹⁰³³ Att gå längre än att använda dessa styrmedel riskerar som sagt att utgöra ministerstyre.¹⁰³⁴

1027 Se 2 § förordning med länsstyrelseinstruktion. sektorsövergripande samt inom myndighetens ansvarsområde samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser (ii) främja länets utveckling och noga följa tillståndet i länet samt underrätta regeringen om dels det som är särskilt viktigt för regeringen att ha vetskap om, dels händelser som inträffat i länet (iii) inom sin verksamhet främja samverkan mellan kommuner, regioner, statliga myndigheter och andra relevanta aktörer i länet (iv) ansvara för de tillsynsuppgifter som riksdagen eller regeringen har ålagt den (v) vid behov bistå regeringen och Regeringskansliet inom länet.

1028 8 § förordning med länsstyrelseinstruktion.

1029 Värt att nämna i sammanhanget är Socialdepartementets uttalande om att "hälso- och sjukvård är ett område där länsstyrelsen inte har direkta uppgifter och därför saknas medicinsk kompetens inom myndigheten." Yttrande över Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6) nr 101-13173-2022.

1030 3 och 5 §§ förordning med länsstyrelseinstruktion.

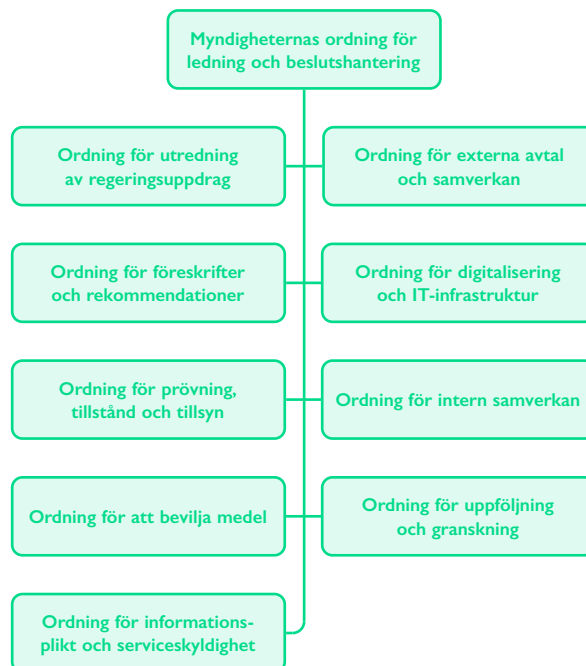
1031 Länsstyrelsen Västra Götalands webbsida, Så styrs länsstyrelsen.

1032 SOU 2024:43 Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn, s. 274. Utredningen tar upp länsstyrelsernas egen uppfattning om "att det behövs en myndighet med ett övergripande ansvar för statlig samordning i varje län och in minst mot kommunsektorn...", se s. 276.

1033 SOU 2022:6 Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga Del 1 s. 70.

1034 Se ovan avsnitt 13.1.1.

FIGUR 9.
Myndigheternas ordning
för hälso- och sjukvårds-
reform.



Vi menar att det är möjligt att tydliggöra ett antal underordningar i enlighet med vilka myndigheter bedriver hälso- och sjukvårdsreform. Vår kartläggning i detta avseende är inte nödvändigtvis uttömmande. Ambitionen har varit att ringa in den mest centrala ordningen avseende implementeringen av patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård. På myndighetsnivå är det de organisatoriska handlingssystemen som är de dominerande. Handlingssystemen kan i huvudsak karaktäriseras som förvaltningsbaserade. Det handlar i stor utsträckning om en ordning för hur myndigheter fattar beslut som är relevanta inslag i hälso- och sjukvårdsreform. Det är utifrån en sådan genomlysning som det blir tydligt hur mycket staten faktiskt tar aktiv del i hur hälso- och sjukvården utformas.

13.4.2.1 Ordning för ledning och beslutshandtering

Även på myndighetsnivå är det ändamålsenligt att utgå från den rättsliga ordningen för hur man leder verksamheten, bereder ärenden och fattar rättsligt bindande beslut. Detta är den rättsliga ordning som lägger själva grunden för de övriga ”underordningarna”. När det gäller ledning av myndigheters verksamhet definieras myndighetens ledning i 2 § myndighetsförordningen (2007:515), där det framgår att en myndighet kan ledas på tre olika sätt. Vissa myndigheter leds av en myndighetschef (enrådighetsmyndighet), medan andra myndigheter leds av en styrelse (styrelsemyndighet). Det finns också myndigheter som leds av en nämnd (nämndmyndighet). Socialstyrelsen, som har en särskilt central roll, är exempelvis en styrelsemyndighet. Det är regeringen som utser myndighetschefer, styrelser och nämnder.

På enrådighetsmyndigheter är det myndighetschefen som besitter beslutskompetensen, medan det för en styrelsemyndighet är styrelsens ledamöter som utgör

beslutsför församling.¹⁰³⁵ Det finns en dynamik i ledningsarbetet inom styrelsemyndigheter där myndighetschefen ansvarar gentemot styrelsen gällande den löpande verksamheten.¹⁰³⁶ Det är myndighetens ledning som har till uppgift att fatta beslut i ärenden som är av principiell karaktär eller större betydelse. Det är myndighetens ledning som är ansvarig för verksamheten inför regeringen.¹⁰³⁷ Det finns därmed en skyldighet att säkerställa att verksamheten bedrivs effektivt och enligt gällande rätt, samt i enlighet med de förpliktelser som följer av medlemskapet i EU. Vissa uppgifter måste utföras av ledningen, dvs. de kan inte delegeras. Detta gäller uppgifterna att besluta en verksamhetsplan, besluta en arbetsordning, säkerställa att det vid myndigheten finns en intern styrning och kontroll av verksamheten. Särskilt arbetsordningen, men även ordningen för intern styrning och kontroll, lägger grunden till myndighetens ordning.¹⁰³⁸ Genom att myndigheten beslutar om en arbetsordning skapas även en ordning för hur ärendehandläggning och beslutsprocesser ska hanteras inom ramen för verksamheten.¹⁰³⁹

Detta är således den grundläggande rättsliga ordning i enlighet med vilka alla myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvården har att hantera reformarbete. Alla myndighetsledning har att hantera sitt ansvar till reformarbete i enlighet med det uppdrag de har i förhållande till regeringen. Vissa myndigheter, särskilt Socialstyrelsen, har mer övergripande uppdrag där det förutsätts en mer ingående förståelse för reformarbete och hur implementering ska möjliggöras.

13.4.2.2 Ordning för hantering av regeringsuppdrag

Myndigheternas roll och ansvar för att vara delaktiga i specifik hälso- och sjukvårdsreform följer av deras regeringsuppdrag. Dessa kan tydliggöras redan genom förordning och regleringsbrev. Regeringen (Socialdepartementet) beslutar också om särskilda uppdrag där myndigheten ska utföra uppgifter inom vissa områden. Sådana beslut kan exempelvis bestå i uppdrag för Socialstyrelsen att på nationell nivå sammanställa och tillhandahålla statistik om kliniska provningar (Dnr S2024/00480) eller uppdrag att upprätta en nationell förstärkningsresurs för katastrofmedicinska insatser (Dnr S2024/00968). Dylika uppdrag kommer följaktligen att hanteras som ärenden inom ramen för myndighetsverksamheten.

Det specifika uppdraget kan behöva hanteras enligt en särskild rättslig ordning. I uppdraget från Socialdepartementet kan det ingå uppgifter om att inhämta särskilda yttranden, samordna aktiviteter, föra dialog m.m. Exempelvis framgår det av uppdrag S2024/00968 att den beslutade ordningen innefattar utredning som inbegriper inhämtande av synpunkter och kunskap samt att föra dialog

1035 10 § myndighetsförordningen.

1036 13 § myndighetsförordningen.

1037 3 § myndighetsförordningen.

1038 4 § myndighetsförordningen.

1039 När det gäller ärendehandläggning ska den beakta kostnadsmässiga konsekvenser när man begär in uppgifter och utövar tillsyn. Själva ärendena ska avgöras genom beslut efter föredragning av ansvarig person, se 19–20 §§ myndighetsförordningen. Själva beslutsordningen innefattar dokumentationskrav i form av dokumentation av dagen för beslutet, beslutets innehåll, vem som har fattat beslutet, vem som har varit föredragande, och vem som har varit med vid den slutliga handläggningen utan att delta i avgörandet, se vidare 21 § myndighetsförordning. I övrigt ska ärendehantering och beslutsprocesser vara rättssäkra och effektiva enligt förvaltningslagens regler.

med andra relevanta myndigheter. I uppdragen kan det också ställas krav på att ta fram delredovisningar och slutliga redovisningar till Regeringskansliet (Socialdepartementet).

Enligt vår mening är det rimligt att åtminstone de centrala myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet får till uppdrag att utvärdera och överväga hur patientlagens regler ska implementeras. Myndigheterna bör generellt sett, enligt vår mening, få i uppdrag att analysera hur man överblickar, utvärderar och säkerställer att lagar och andra inslag resulterar i faktisk implementering i hälso- och sjukvården. Det handlar om att utveckla kunskap och arbetssätt inom ramen för samspelet mellan statlig, regional, kommunal och privat verksamhet. Reformerna om god och nära vård, respektive kunskapsstyrningen m.m. är viktiga exempel på reformer som säkerligen skulle stimuleras av en fördjupad kunskap i detta avseende.

13.4.2.3 Ordning för föreskrifter och rekommendationer

En viktig rättslig ordning är den för myndigheternas utfärdande av föreskrifter och rekommendationer. Redan av analysen i del 2 framgick att vi menar att det rimligen krävs ett omfattande arbete där patientlagens regler utvecklas och preciseras inom specifika kliniska sammanhang m.m. När det gäller den rättsliga ordningen för hur myndigheter har att ta fram och publicera föreskrifter och rekommendationer finns ett antal rättskällor att beakta. Centrala är regeringens beslutade författningssamlingsförordning (1976:725) och statsrådsberedningens handböcker.¹⁰⁴⁰ Viktiga är också de normer som den aktuella myndighetens själv beslutat om.

Ärendehantering avseende myndighetsföreskrifter innefattar regelmässigt en ordning där förslagen remitteras både internt vid den aktuella myndigheten och via remiss till externa parter. Förslaget kan komma att löpande revideras i remissprocessen.¹⁰⁴¹ Av vikt är att myndigheten har en tydlig bild av existerande regler. Under processen behöver myndigheten även utreda vilka konsekvenser de föreslagna föreskrifterna kan medföra. I en sådan konsekvensutredning kan parter som andra statliga myndigheter, näringsliv, regioner och kommuner, civilsamhällets aktörer m.fl. vilka har intresse i författningsförslaget komma att yttra sig vilket också dokumenteras.¹⁰⁴² Detta är en ordning som rimligen utvecklas avseende hur implementering ska ske och hur man behöver förhålla sig till situationer där implementering inte sker på avsett sätt.

¹⁰⁴⁰ Exempelvis Statsrådsberedningen Ds 1998:43 Myndigheternas föreskrifter – Handbok i författningsskrivning.

¹⁰⁴¹ Inom ramen för den aktuella myndighetens verksamhet har man beslutade vägledningsdokument där det kan framgå hur man ska dokumentera de eventuella ställningstaganden som görs inom ramen för ärendet. I exempelvis strålskyddsmyndigheten vägledningsdokumentet framgår syftet med föreskrifterna, kopplingar till andra bestämmelser och regleringar, hur föreskrifterna hänger ihop med dessa bestämmelser och regleringar, uppgifter om tidigare föreskrifter, hur föreskrifterna har ändrats samt exempel på hur föreskrifterna kan tillämpas. Se Strålskyddsmyndighetens webbsida, Processen för att ta fram föreskrifter.

¹⁰⁴² När det gäller beslut i ärenden om meddelande av föreskrifter kan sådana beslut inte överklagas, se 30 § myndighetsförordningen.

I författningssamlingsförordningen framgår en ordning för hur föreskrifterna ska tillgängliggöras.¹⁰⁴³ En författningssamling kan vara en gemensam angelägenhet mellan ett antal myndigheter, såsom exempelvis den gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. (HSLF-FS), se bilaga 1 författningssamlingar för centrala myndigheter. Av särskild betydelse i sammanhanget är som redan sagts Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd som sedan 2015 ges ut i den gemensamma författningssamlingen (HSLF-FS) av Socialstyrelsen tillsammans med sju andra myndigheter. Författningssamlingen är ett led i den stärkta samverkan mellan myndigheter, regioner och kommuner kring kunskapsstyrning på hälso- och sjukvårdsområdet som syftar till att samordna, effektivisera och behovsanpassa hälso- och sjukvårdens styrning, för såväl patienter som vårdgivare och huvudmän.¹⁰⁴⁴

En praktisk viktig konsekvens som myndigheterna behöver beakta i framtaget av författningar är den skillnad som författningssamlingen gör mellan föreskrifter och allmänna råd. Föreskrifterna är rättsligt bindande, medan allmänna råd är generella rekommendationer för hur rättsligt bindande lagar, förordningar och föreskrifter kan eller bör tillämpas. De allmänna råden är alltså utformade som vägledning för vården och dess personal. Dessutom innefattas s.k. kungörelser, vilka oftast är upphävanden av allmänna råd. Inte alla myndigheter har, som vi redan har beskrivit, bemyndigats med uppgiften att utfärda föreskrifter.¹⁰⁴⁵

13.4.2.4 Ordning för prövning, tillstånd och tillsyn

En annan viktig rättslig ordning att beakta i samband med hälso- och sjukvårdsreform är den avseende prövning, hantering och tillsyn av särskilda tillstånd. De statliga förvaltningsmyndigheterna har i sitt grunduppdrag att ansvara för prövning av behörighetsfrågor. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att genom ärendehantering och beslutsordningar pröva behörighetsfrågor som relaterar till patientsäkerhetslagen samt patientsäkerhetsförordningen.¹⁰⁴⁶ Myndigheten har i uppdrag att besluta om legitimation m.m. för att utöva yrke, se yrkestitlar 4 kap. patientsäkerhetslagen, och utge bevis om specialistkompetens m.m.¹⁰⁴⁷ Konkret innebär det att Socialstyrelsen genom sin beslutskompetens hanterar ett antal ärenden om yrkesbehörighet inom hälso- och sjukvårdssystemet. Genom sin ärendehantering och beslutsordning prövar Socialstyrelsen ansökningar om legitimation, behörighet och specialistkompetens i vårdens samtliga legitimations- och behörighetsyrken.¹⁰⁴⁸

Socialstyrelsen är som beskrivet också administrativ och handläggande myndighet för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd som rättsligt prövar anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal. Det gör att prövningsarbetet även omfattar

1043 Där framgår det att centrala myndigheter under förvaltningen ska utge föreskrifter i författningssamling m.m. samt på vilka sett detta ska ske, se 9–14 §§ författningsförsamlingsförordningen. Det finns även formalia krav på hur den beslutade författningen ska namnges och med vilket bemyndigande myndighetens beslutanderätt grundar sig på, se 18b § författningsförsamlingsförordningen.

1044 Kunskapsguidens webbsida, Om gemensam författningssamling.

1045 Se 8 kap. 10 och 11 §§ regeringsformen om regeringens möjligheter att bemyndiga myndigheter att utfärda föreskrifter.

1046 5 § p. 1 och 2 förordningen med instruktion för Socialstyrelsen.

1047 4 kap. 10 § patientsäkerhetslagen.

1048 5 § förordningen med instruktion för Socialstyrelsen.

beslut om återkallelse av legitimationer.¹⁰⁴⁹ I sammanhanget ska nämnas den rättsliga ordning som följer av krav på att beslut om att föra register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, det s.k. HOSP-registret.¹⁰⁵⁰ Registret är även ett verktyg för tillsyn i behörighetsfrågor.¹⁰⁵¹

Socialstyrelsen har också ett råd som fattar beslut avseende vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor. Rådet hanterar ärenden om tillstånd avseende exempelvis sterilisering, abort och adoption i fall där Socialstyrelsens godkännande krävs.¹⁰⁵² Inom ramen för Socialstyrelsens verksamhet finns även ett nationellt råd för specialisttjänstgöring och en nämnd för nationell högspecialiserad vård som hanterar vissa frågor och beslut kring specialistkompetens.¹⁰⁵³ Vid hantering av tillståndsärenden ska man även följa förvaltningslagens krav på effektiv och rättssäker hantering av ärendehandläggning och beslut, vilket i sin ställer krav på myndighetens interna riktlinjer för tillståndsärenden.

Enligt vår uppfattning är det rimligt att man i förhållande till legitimering av hälso- och sjukvårdspersonal ställer krav på utbildning m.m. vad gäller patientlagens regler och även den etiska hanteringen av personcentrerad vård. Om man totalt saknar förmåga i detta avseende är det kanske t.o.m. så att detta skulle påverka förutsättningarna att behålla sin legitimation.¹⁰⁵⁴

13.4.2.5 Ordning för att bevilja medel

En ytterligare rättslig ordning som är av betydelse för statlig hälso- och sjukvårdsreform är den som avser beviljandet av statliga medel. De statliga myndigheterna har ett ansvar att inom ramen för sina verksamhetsområden bevilja och fördela medel. Socialstyrelsen har inom sitt uppdrag att pröva frågor avseende statsbidrag.¹⁰⁵⁵ Även i Socialstyrelsens regleringsbrev finns ett uppdrag från regeringen om att fördela statsbidrag till kommunerna för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer.¹⁰⁵⁶ I regleringsbrevet för 2024 finns ett uppdrag att stödja e-hälsomyndighetens arbete med att etablera en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvård. Sådana uppdrag ska också hanteras i enlighet med ordningar för regeringsuppdrag samt ledning och beslutshantering.

Regeringen har inom andra områden beslutat om förordningar för statsbidrag inom vissa verksamhetsområden, se bl.a. avseende statsbidrag till handikapporganisationer och beredskap för socialtjänst och hälso- och sjukvård.¹⁰⁵⁷ Socialstyrelsen har efter ansökan att pröva frågor om statsbidrag till kommuner

¹⁰⁴⁹ 15 § förordningen med instruktion för Socialstyrelsen och förordning med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

¹⁰⁵⁰ 1 § förordning (2006:196) om register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska.

¹⁰⁵¹ Årsredovisning Socialstyrelsen 2023 s. 133.

¹⁰⁵² 18 § förordningen med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁰⁵³ 18–19 §§ förordningen med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁰⁵⁴ Se vidare härom i kapitel 16.

¹⁰⁵⁵ 5 § p. 4 förordning med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁰⁵⁶ Se regleringsbrev för budgetåret 2023 för Socialstyrelsen.

¹⁰⁵⁷ Förordning (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer och Förordning (2023:490) om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap.

för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap. Bidraget ska täcka vissa åtgärder som exempelvis krigsorganisation och krigsplacering, utbildning och övning, informationssäkerhet m.m.¹⁰⁵⁸ Beslutet om att bevilja medel styrs av vem som har störst behov samt bäst förutsättningar att uppfylla syftet med bidraget.¹⁰⁵⁹ Den kommun som blir tilldelad statsbidrag har en redovisningsplikt gentemot Socialstyrelsen avseende medlens användning m.m.¹⁰⁶⁰ Socialstyrelsen beslut går inte att överklaga.¹⁰⁶¹ Regeringen har även beslutat om liknande rättslig ordning för statsbidrag till handikapporganisationer.

Som redan sagts är det rimligt att det skulle avsättas specifika medel för åtgärder som skulle stärka patientens ställning och implementera patientlagen. Det hade varit närliggande att ge Socialstyrelsen ett sådan uppdrag.

13.4.2.6 Ordning för att stödja hälso- och sjukvården med bl.a. expertis, analys och informationsåtgärder

En ordning som i princip alltid aktualiseras avseende hälso- och sjukvårdsreform, oavsett vilken myndighet som avses, är den som lite diffust avser myndighetens informationsplikt och serviceskyldighet. Denna ordning rör de mer generella delarna av myndigheternas grunduppdrag.¹⁰⁶² Inom ramen för Socialstyrelsens beslutade strategiska inriktning för 2021–2025 uppställer myndigheten ett antal roller och funktioner som verksamhetsaktör.¹⁰⁶³ Man lyfter fram analys- och statistikrollen, förvaltnings- och servicerollen, expertrollen samt beredskapsrollen. Beslutet om den strategiska inriktningen är enligt vår mening ett förtydligande av vad Socialstyrelsen ser som sin serviceskyldighet och även informationsplikt.

När det gäller analys- och statistikrollen har Socialstyrelsen utvecklat en ordning för att tillhandahålla relevant och korrekt information tillgänglig för det omgivande samhällets aktörer, vilket bl.a. innefattar förvaltning av register med nämnda information.¹⁰⁶⁴ Beträffande expertrollen arbetar Socialstyrelsen med en ordning för kunskapsstyrning. Inom ramen för denna beslutar de om ändamålsenliga kunskapsstöd för de som organiserar och driver hälso- och sjukvårdsarbete. Ett viktigt inslag är att säkerställa samarbeten med andra statliga myndigheter för att stärka en samordnad nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård.¹⁰⁶⁵ I årsredovisningen för Socialstyrelsen 2023 framgår att man beslutat om nationella riktlinjer, rekommendationer, kunskapsstöd m.m. När det gäller servicerollen arbetar Socialstyrelsen med att ta fram officiell statistik som ger service till forskning, näringsliv, andra statliga aktörer m.fl. Det kan även handla om att ge vägledning

1058 Se vidare 4 § och 8 § förordningen om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap.

1059 11 § förordningen om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap.

1060 13 § förordningen om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap.

1061 18 § förordningen om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap.

1062 Se bl.a. förordning med instruktion för Socialstyrelsen.

1063 Se Socialstyrelsens strategiska inriktning för 2021–2025.

1064 a.a. s. 9.

1065 a.a.

kring hälso- och sjukvårdens regelverk för enskilda, civilsamhällets organisationer, näringsliv och offentliga hälso- och sjukvårdsaktörer.¹⁰⁶⁶

Samtliga dessa roller, och de rättsliga ordningar som är förknippade med dessa, är centrala när det gäller hälso- och sjukvårdsreform. Mycket talar för att Socialstyrelsen bör mobiliseras sin informationsplikt och serviceskyldighet för att implementera patientlagen.

13.4.2.7 Ordning för digitalisering och IT-infrastruktur

I takt med kraven på digitalisering av hälso- och sjukvården uppdrar regeringen alltmer åt myndigheternas att säkerställa IT-infrastruktur och annan digital funktionalitet. Socialstyrelsens har till uppdrag att ”skapa, beskriva och tillhandahålla en ändamålsenlig informationsstruktur inom sitt verksamhetsområde” samt ”skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt verksamhetsområde.”¹⁰⁶⁷ När det exempelvis gäller beslut som rör Socialstyrelsens arbete med e-hälsa har myndigheten hjälp av rådet för e-hälsa som kan vägleda i frågor kring nationell samsyn och e-hälsa. I dagsläget inkluderar rådet representanter från E-hälsomyndigheten, DIGG, IVO och Läkemedelsverket, samt andra aktörer från universitet och yrkesgrupper (Svenska Läkarsällskapet och Svensk sjuksköterskeförening).¹⁰⁶⁸ Socialstyrelsens har också i uppdrag att årligen följa upp den digitala utvecklingen inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.¹⁰⁶⁹

All hälso- och sjukvårdsreform framledes kommer att inkludera digitalisering och utvecklandet av informationsinfrastruktur. Det är ur vårt perspektiv rimligt att implementeringen av patientlagen är en integrerad del i denna utveckling.

13.4.2.8 Ordning för intern samverkan

En viktig ordning för hälso- och sjukvårdsreform är den för intern samverkan mellan myndigheter. Att detta är viktigt säger sig självt redan efter en genomgång av de myndigheter som i olika avseenden kan vara delaktiga i hälso- och sjukvårdsreform. Som nämnts tidigare beslutar Socialstyrelsen om samverkan med andra statliga myndigheter när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor. När det gäller arbete med att styra kunskapsstyrningen finns krav på samordnad styrning med andra myndigheter.¹⁰⁷⁰ Regeringen har genom myndighetsförordningen beslutat om att de statliga myndigheterna ska verka för samarbete om det leder till fördelar för enskilda och staten.¹⁰⁷¹ I relation till hälso- och sjukvårdens digitalisering och digitala kunskapsstöd finns beslut för samverkan mellan Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, DIGG och IMY.¹⁰⁷² Regeringen

¹⁰⁶⁶ a.a. s. 10.

¹⁰⁶⁷ 4 § p. 9 och 10 förordningen med instruktioner för Socialstyrelsen. I sammanhanget ska nämnas att både E-hälsomyndigheten och Myndigheten för digital förvaltning arbeta efter liknande ordningar vad gäller digitalisering och IT- infrastruktur, se respektive förordningsinstruktion.

¹⁰⁶⁸ Socialstyrelsens webbsida, Socialstyrelsens råd för e-hälsa.

¹⁰⁶⁹ Publicerad på Socialstyrelsens webbsida med artikelnr. 2023-5-8549.

¹⁰⁷⁰ 11–12 §§ förordning med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁰⁷¹ 6 § myndighetsförordningen.

¹⁰⁷² Se särskilt arbetet med hälsodata i Socialstyrelsens årsredovisning 2023.

har därtill genom förordning med instruktion för Socialstyrelsen beslutat att samverkan inom rehabiliteringsområdet ska särskilt ske med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket.¹⁰⁷³ För krisberedskapsrollen har Socialstyrelsen utvecklat en ordning där man samverkar med andra statliga myndigheter, regionkommuner, kommuner m.fl. i krissituationer som rör tillgång till hälso- och sjukvård.¹⁰⁷⁴

Ur vårt perspektiv är det rimligt att statsliga myndigheter samverkar vad gäller implementering av en så central lag som patientlagen. Särskilt med beaktande av de av Vårdanalys genomförda utvärderingarna.

13.4.2.9 Ordning för externa avtal och samverkan

De statliga myndigheterna bedriver även samverkan med externa aktörer. Även i denna del finns rättsliga krav på att myndigheterna ska verka för samarbete med andra aktörer än myndigheter om det leder till fördelar för enskilda och staten.¹⁰⁷⁵ Sådana beslut kan gälla samverkan med civilsamhällets aktörer, nationella och internationella näringslivsaktörer och offentliga aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det sistnämnda innefattar även samverkan med hälso- och sjukvårdsprofessionen.

Inom ramen för Socialstyrelsens verksamhet innefattas även att ingå externa avtal till följd av regeringens ingångna avtal med exempelvis SKR. Det kan exempelvis omfatta beslut om samarbete med Dietisternas riksförbund för att utveckla nutritionsterminologi för specifika ändamål, eller beslut om utökat samarbete med nordiska myndigheter genom en arbetsgrupp för kvalitetsgranskning av översättningen av ICD-II-koder.¹⁰⁷⁶

Arbetet med extern samverkan är som vi redan lyft fram ett viktigt inslag i hälso- och sjukvårdsreform och bör även utnyttjas för att i olika avseende möjliggöra utvecklingen av personcentrerad vård och implementering av patientlagens regler. Särskilt intressant i detta sammanhang är myndigheternas samverkan med patientorganisationer och övriga civilsamhället. Ett exempel på samverkan är Patient- och brukarrådet som organiseras av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rådet har en sorts samrådsfunktion för att fånga upp relevanta frågor och områden som kräver analys och granskning. Rådets ledamöter består av representanter från civilsamhällesaktörer som exempelvis intresseorganisationer som Funktionsrätt Sverige, Nätverket mot cancer, Bröstcancerförbundet m.fl. samt patientnämnder från Dalarna och Västmanland.¹⁰⁷⁷ Myndighetens arbete leds av styrelsen. Det är generaldirektören som är ytterst ansvarig för den löpande verksamheten.

¹⁰⁷³ 12 § förordning med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁰⁷⁴ Socialstyrelsens strategiska inriktning för 2021–2025 s. 11.

¹⁰⁷⁵ 6 § myndighetsförordningen.

¹⁰⁷⁶ Se vidare årsredovisning Socialstyrelsen 2023.

¹⁰⁷⁷ Vårdanalys webbsida, Patient- och brukarrådet.

13.4.2.10 Ordning för uppföljning och granskning

Ett viktigt inslag i hälso- och sjukvårdsreform är myndigheternas arbete med uppföljning och granskning av hälso- och sjukvården. I detta arbete borde det rimligen ingå att aktivt följa upp implementering av lagstiftning. Även om detta inte hittills varit fallet – åtminstone inte explicit – så har det skett en utveckling med en påtaglig sociolegal potential i detta avseende. Det finns flera delar att lyfta fram inom ramen för det reformarbete som nu sker. En särskilt intressant ordning rör utvärdering och granskning av kvaliteten i hälso- och sjukvården. Det kan handla om i vilken omfattning regioner och kommuner följer de nationella riktlinjerna som gäller inom ramen för aktuella riktlinjeområden.¹⁰⁷⁸ För att kunna göra utvärderingarna tar myndigheterna fram indikatorer för att följa upp efterlevnad av nämnda riktlinjer. För detta arbete är det särskilt intressant att titta närmare på Socialstyrelsens arbete med indikatorer som kan användas för att förbättra vårdinsatsernas kvalitet och effektivitet. Inom ramen för sitt arbete har Socialstyrelsen tagit fram ett antal olika indikatorer för att mäta bl.a. god vård och omsorg. Det handlar om strukturindikatorer, vilka återspeglar förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård enligt riktlinjerna. Vidare finns processindikatorer som riktar sig mot vad som görs, när det görs m.m. Sedan finns resultatindikatorer som rör resultat av hälso- och sjukvård, samt utvecklingsindikatorer som rör vilka rekommendationer som kan bedömas vara viktiga att följa upp men där data saknas.¹⁰⁷⁹ Kopplat till indikatorerna fastställs målnivåer som möjliggör mätbarhet kring hur hälso- och sjukvårdens huvudmän presterar och i övrigt förhåller sig till aktuella målnormer.

Enligt vår mening är det rimligt att det inleds ett strategisk arbete med indikatorer avseende patientlagens implementering och möjliggörandet av personcentrerad vård. Vi är medvetna om att det pågår arbete med relevans i detta avseende, se vidare nedan i reformarbetet avseende god och nära vård.

13.4.3 Myndigheternas arbete med reformen god och nära vård

I detta underavsnitt ska vi skaffa oss en bild av hur de statliga förvaltningsmyndigheterna deltar i reformarbetet avseende god och nära vård. Det har redan framgått att detta är ett reformarbete med potential när det gäller implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård. Vi kommer att lägga särskild vikt vid Socialstyrelsens ansvar och arbete. Utvärderingen är inte uttömmande, utan vi har valt att lyfta fram vad vi ser som centrala delar. Vi har i detta avseende utgått från ovan utvärdering av hur och enligt vilken rättslig ordning myndigheterna tar del i hälso- och sjukvårdsreform.

¹⁰⁷⁸ Se riktlinjeområden Adhd och autism, astma och KOL, bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård, demens, depression och ångest, diabetes, endometrios, epilepsi, graviditet, förlossning och tiden efter, hjärtsjukvård, levnadsvanor, lungcancer, missbruk och beroende, MS och Parkinsons sjukdom, obesitas, palliativ vård, psoriasis, rörelseorganens sjukdomar, schizofreni, stroke, tandvård, vulvodyni samt ätstörningar, se Socialstyrelsens webbsida, Sök nationella riktlinjer.
¹⁰⁷⁹ Se vidare Socialstyrelsen, Handbok för utveckling av indikatorer – För god vård och omsorg s. 12–14.

13.4.3.1 Myndigheter delaktiga i omställningen till god och nära vård

Utifrån en analys av myndighetsinstruktioner, regleringsbrev och särskilda regeringsuppdrag kan vi konstatera att det är ett flertal myndigheter som är inblandade i reformarbetet avseende god och nära vård. Socialstyrelsen är som sagt myndigheten med tydligast ansvar för omställningen till en god och nära vård. Myndighetens ansvar, vilket vi kommer att närmare utvärdera nedan, illustreras i det övergripande regeringsuppdraget från 2019 att ta fram en strategisk plan gällande uppföljning och stöd till omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården.¹⁰⁸⁰ Detta uppdrag har därefter följts upp med kompletterande uppdrag.¹⁰⁸¹

Socialdepartementet konstaterar i ett av de senaste uppdragen att de statliga myndigheterna behöver stödja omställningen till god och nära vård genom stödsatser, tillsyn, uppföljning och utvärdering.

”Utöver de uppdrag som har särskilt fokus på att stödja omställningen, har även andra uppdrag bäring på omställningen. Det gäller t.ex. olika uppdrag kopplade till kompetensförsörjning, digitalisering, tillgänglighet, psykisk hälsa och suicidprevention, folkhälsa och möjlighet till registeruppföljning av primärvården.”¹⁰⁸²

Utöver Socialstyrelsen har även Vårdanalys och IVO fått särskilda uppdrag. Dessa uppdrag är mer avgränsade. Vårdanalys har fått i uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.¹⁰⁸³ I uppdraget preciseras att myndigheten ska göra en kartläggning av patienters tillgång till fast läkarkontakt och särskilt utvärdera kompetensförsörjningen inom primärvården. IVO har fått ett utökat tillsynsuppdrag i förhållande till omställningen till god och nära vård.¹⁰⁸⁴

13.4.3.2 Socialstyrelsens strategiska ansvar i omställningen till god och nära vård

Socialstyrelsen är således den myndighet som har det övergripande strategiska ansvaret att för statsmaktens räkning driva reformarbetet avseende god och nära vård. Socialstyrelsen har sedan år 2020 haft ett *samlat uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen till en god och nära vård*.¹⁰⁸⁵ Detta ansvar ligger i sig i linje med myndighetsinstruktionen och det generella ansvar som

1080 Se den strategiska planen för att stödja en god och nära vård, 2019-11-6445. Beslutades genom ändring av Socialstyrelsens regleringsbrev 2019-05-02, S2019/03056/FS.

1081 Se det kompletterande uppdraget att genomföra samlade insatser för att främja omställningen till en god och nära vård, som beslutades 2020, och det fortsatta uppdraget att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård, som beslutades 2023. Se tilläggsuppdrag 2020-04-16, S2020/03319/FS och 2023-06-08 S2023/001930.

1082 Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. 2023-06-08 S2023/01939 (delvis) s. 5.

1083 Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård 2020-04-16 S2020/03320 (delvis).

1084 Tillsyn som bidrar till omställningen till en god och nära vård. Regeringsuppdrag S2019/02870, S2021/06574 (delvis).

1085 Det senaste samlade uppdraget fick Socialstyrelsen den 8 juni 2023 och avser perioden 2023–2027. Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930).

myndigheten har att genom kunskapsstöd och föreskrifter tillse att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet m.m.¹⁰⁸⁶ Dessutom har myndigheten fått ett antal ytterligare mer avgränsade uppdrag med relevans för omställningsarbetet.¹⁰⁸⁷ Alla uppdrag Socialstyrelsen får baseras på existerande regleringsbrev.¹⁰⁸⁸ Uppdragen kräver också en ärendehanteringsordning där slutresultatet redovisas och rapporteras.

Socialstyrelsen fick år 2019 i uppdrag att ta fram en grund för en strategisk plan för hur myndigheten kan stödja en god och nära vård.¹⁰⁸⁹ I uppdraget tydliggjordes att det ska vara en flerårig plan och att utgångspunkten ska vara den målbild och den färdplan som presenterades av utredningen SOU 2017:01 Samordnad utveckling för god och nära vård.¹⁰⁹⁰ Socialstyrelsen beslutade att planen skulle sätta mål för hur myndighetens ansvar ska utvecklas till år 2027, men att de mer konkreta åtgärder som ska genomföras skulle avse åren 2020–2022.¹⁰⁹¹

- Stöd till god och nära vård
- Stöd till samordnad vård och omsorg
- Stöd till att främja hälsa och förbygga ohälsa
- Stöd till att göra patienten mer delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser
- Stöd till att göra regionernas primärvård till navet i hälso- och sjukvårdssystemet

1086 4 § förordningen med instruktion för Socialstyrelsen.

1087 Ser vi till helheten av uppdrag menar vi att följande uppdrag är relevanta vad gäller omställningen till god och nära vård: Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (dnr 76260/2023). Uppdrag att följa upp regionernas och kommunernas insatser inom ramen för överenskommelsen God och nära vård 2023 (dnr 26594/2019). Uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk hälsa (dnr 21525/2022). Uppdrag att genomföra insatser för att stödja en jämlik och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård för personer som har utsatts för sexuellt våld (dnr 17179/2023). Uppdrag att genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök (dnr 31235/2022). Uppdrag att genomföra insatser för en jämlik hälso- och sjukvård med fokus på sjukdomar som främst drabbar kvinnor och flickor (dnr 15473/2023). Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider (dnr 76663/2023). Uppdrag om kunskapsstöd för egenvård Redovisas den 31 december 2024 (dnr 19819/2023). Uppdrag om nationell samordning av handlingsplan för ökad patientsäkerhet (dnr 15152/2020). Uppdrag att följa upp anhörigperspektivet och stödet till anhöriga (dnr 16595/2022). Uppdrag att följa upp regionernas arbete med standardiserade vårdförlopp (dnr 17191/2023). Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (dnr 24298/2020). Uppdrag om kompetenser för en fast läkarkontakt (dnr 10385/2022). I Socialstyrelsens årsredovisning beskrivs de regeringsuppdrag som tilldelas myndigheten, se exempelvis Socialstyrelsens årsredovisning 2023 bilaga 4 regeringsuppdrag.

1088 Socialstyrelsens regleringsbrev för budgetåret 2016 respektive 2022.

1089 Uppdraget beslutades genom en ändring av Socialstyrelsens regleringsbrev 2019-05-22.

1090 Se även Socialstyrelsens regleringsbrev för budgetåret 2023 och regeringsuppdraget att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa, S2022/02309, samt regeringsuppdraget att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård, S2023/01930. Se även regeringsuppdraget att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention, S2020/06171/FS.

1091 Socialstyrelsen, Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård s. 10.

- Stöd till kompetensförsörjning
- Stöd till vision e-hälsa 2025

För varje område uppställs ett övergripande strategiskt mål, vilka enligt planen således ska tillämpas fram till 2027. När det gäller stödet till god och nära vård konstateras bl.a. att målet för 2027 är:

”Socialstyrelsen har en god bild av styrkor och utvecklingsbehov i hälso- och sjukvården och har förmåga att ställa om till nya och ändrade behov. Myndigheten har kompetens och kapacitet att erbjuda behovsanpassade stödet för en god vård i kommuner och regioner i nära samverkan med kunskapsstyrningen i kommuner och regioner... Socialstyrelsen fokuserar på sina kärnområden, t.ex. kunskap om utvecklingen inom hälso- och sjukvården, stöd om metoder och arbetssätt i hälso- och sjukvård och socialtjänst, stöd om hälso- och sjukvårdens organisation och juridiska förutsättningar samt samhällsekonomiska analyser, stöd om dokumentation och delning av information inklusive kodverk och strukturerad information.”¹⁰⁹²

När det gäller det strategiska målet avseende stödet till samordnad vård och omsorg konstateras bl.a. att Socialstyrelsen ska ha utvecklat behov- och målanpassade stöd till samverkan mellan huvudman, vårdgivare, vårdnivåer och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.¹⁰⁹³ Beträffande stödet till att främja hälsa och förbygga ohälsa är målet att detta ska ske inom alla myndighetens områden.¹⁰⁹⁴ Särskilt intressant för detta arbete är det strategiska målet avseende stödet att göra patienten delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser:

”Socialstyrelsen har uppdaterat alla relevanta processer för att säkerställa att myndigheten arbetar för att integrera patient- och brukarperspektivet inom myndighetens verksamheter. Socialstyrelsen erbjuder stöd bl.a. inom digitalisering och välfärdsteknik som ger patienter möjligheter att vara delaktiga i hälso- och sjukvården.”¹⁰⁹⁵

Man förklarar avseende stödet till att göra primärvården i regionen till navet i vården och omsorgen att det ska finnas ett etablerat system för att följa upp kvalitet i vården och att patienterna möter väl samordnade insatser i hälso- och sjukvård och socialtjänst.¹⁰⁹⁶ Det avslutande målet är att Socialstyrelsen ska ha bidragit till att visionen e-hälsa 2025 ska ha uppfyllts. När det gäller de mer konkreta åtgärderna kommer vi att diskutera, åtminstone vissa av dem, nedan.

13.4.3.3 Myndighetsstöd för omställning till god och nära vård

Den ordning som är mest central när det gäller reformarbetet är den som vi ovan kopplat till myndigheternas informations- och serviceskyldighet. Detta framgår med önskvärd tydlighet redan av den strategiska plan som utarbetats av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen arbetar med en rad konkreta stödåtgärder för att möjliggöra omställningen till god vård som ska ges nära patienten. Socialstyrelsen identifierar kontinuerligt behovet av rad stödinsatser, vilka rapporteras

¹⁰⁹² a.a. s. 19.

¹⁰⁹³ a.a. s. 23.

¹⁰⁹⁴ a.a. s. 25.

¹⁰⁹⁵ a.a. s. 26.

¹⁰⁹⁶ a.a. s. 28.

ärligen.¹⁰⁹⁷ Under 2023 har Socialstyrelsen avgränsat följande områden där man särskilt ska utveckla stödjande insatser:¹⁰⁹⁸

- Fast kontakt med primärvården
- Hälso- och sjukvård i hemmet, kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering
- Stärkt informationsutbyte i samband med utskrivning från sjukhus
- Säker läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård
- Översyn av föreskrifter om delegering och egenvård
- Språkbedömning

Flera av stödpaketen är av intresse för detta arbete. Särskilt intressant är stödåtgärderna avseende fast läkarkontakt i primärvården. Här hänvisar Socialstyrelsen till patientlagens bestämmelser om fast vårdkontakt och skyldigheten att informera om möjligheten att få tillgång till en fast vårdkontakt. Det är tydligt att man ser det som sin roll att verka för dessa rättsreglers implementering. Man konstaterar att under 2022 tog Socialstyrelsen fram ett nationellt riktvärde för antalet invånare som en specialist i allmänmedicin som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för. Under 2023 ska stödet kompletteras med kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården. Ambitionen är härigenom att stödja primärvården när det gäller utvecklandet av kompetensen hos dem som ska vara verksamma som fast vårdkontakt.¹⁰⁹⁹

Ett annat för detta arbete särskilt intressant arbete under 2023 är det framtagna kunskapsstödet för personcentrerad vård i hemmet. Socialstyrelsen har i denna del publicerat stödmaterial i form av reflektionsmaterial, metodstöd och annat kunskapsunderlag. Även temasideorna på Kunskapsguiden har ändamålsenligt uppdaterats.¹¹⁰⁰ Arbetet är ett exempel på hur Socialstyrelsen arbetar för att möjliggöra personcentrerad vård och även implementera centrala delar av patientlagen. Ett annat exempel är den utfärdade rapporten Hälso- och sjukvård i hemmet – Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering.¹¹⁰¹ Rapporten är utformad som kunskapsstöd och är avsedd att inspirera till en fortsatt utveckling av en personcentrerad, jämlik och säker hälso- och sjukvård i hemmet.

¹⁰⁹⁷ Under 2022 fokuserade Socialstyrelsen bland annat på utformande av nationellt stöd för att tillgodose behovet av namngiven fast läkarkontakt, framtagandet av stöd för användandet av nationella riktlinjer, analys av digital vård och utveckling av information om kunskapsguiden lyfts som några exempel. Se Insatser under 2022 för att främja omställningen till en god och nära vård – slutredovisning, 2023-3-8469.

¹⁰⁹⁸ Socialstyrelsen. Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2023 s. 7.

¹⁰⁹⁹ Socialstyrelsen. Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2023 Delredovisning s. 21.

¹¹⁰⁰ Kunskapsguidens webbsida, Områden och teman. Se vidare Socialstyrelsens årsredovisning 2023 s. 45.

¹¹⁰¹ Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvård i hemmet – Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering.

”Detta kunskapsstöd handlar om förutsättningar som är viktiga för att ta hand om patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet, på ett personcentrerat och patientsäkert sätt. Det handlar om insatser från den kommunala primärvården, den regionala primärvården och från den specialiserade hälso- och sjukvården. Vård i hemmet är en angelägenhet för hela hälso- och sjukvårdssystemet.”¹¹⁰²

Kunskapsstödet är en del av Socialstyrelsens uppdrag att stödja omställningen till en nära vård. Någon rättslig bundenhet i förhållande till vad som sägs i rapporten föreligger således inte. Målgruppen är beslutsfattare och de har utvecklings- och kvalitetsansvar.¹¹⁰³

Utgångspunkten för rapporten är att de allt fler människor som får hälso- och sjukvård i hemmet förväntar sig att vården ska vara utformad utifrån deras individuella behov och önskemål, samt att de verksamheter och professioner som utför vården ska ha samordnat sig och insatserna.¹¹⁰⁴ I detta sammanhang konstateras att nära vård handlar om att organisera hälso- och sjukvården med utgångspunkt från patientens behov, förutsättningar och preferenser, så att patientens hela livssituation kan beaktas. Man konstaterar vidare att det därför är angeläget att kommuner, regioner och privata vårdgivare fortsätter att utveckla sina verksamheter i samverkan, då detta är viktigt för att hälso- och sjukvården i hemmet ska vara säker och personcentrerad.¹¹⁰⁵

13.4.3.4 Föreskrifter för en god och nära vård

Socialstyrelsen förklarar i sin strategiska plan att det kan, beroende hur regeringen väljer att bedriva reformarbetet, bli aktuellt att utforma kompletterande föreskrifter.¹¹⁰⁶

13.4.3.5 Digitalisering och IT-infrastruktur för omställning till god och nära vård

Ett centralt inslag i Socialstyrelsens uppdrag är arbetet med digitalisering. I sin strategiska plan konstaterar Socialstyrelsen att man förvaltar och vidareutvecklar en nationell informationsinfrastruktur (NI) och nationellt fackspråk (NF) med fokus på att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation för hälso- och sjukvården.¹¹⁰⁷ Man konstaterar att dokumentationen i patientjournal och personakt är ett centralt verktyg för att hålla ihop processer och kunna ge en god och säker vård. Man lyfter fram hur kunskapsstyrning, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete vävs samman genom digitaliseringen. I detta sammanhang står det också klart att digitaliseringen är ett viktigt inslag i omställningen till god och nära vård.¹¹⁰⁸

Framför allt bidrar digitala vårdmöten i primärvården till patienters nära vård. Ett intressant projekt är Socialstyrelsens arbete med digitala lösningar som skapar ökad tillgänglighet och delaktighet i vården. För ändamålet kartlägger i dagsläget Socialstyrelsen, genom EU-projektet CIRCE-JA, hur man kan ta fram effektiva

¹¹⁰² a.a. s. 10.

¹¹⁰³ a.a. s. 3.

¹¹⁰⁴ a.a. s. 8.

¹¹⁰⁵ a.a.

¹¹⁰⁶ Socialstyrelsen, Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård s. 24.

¹¹⁰⁷ a.a. s. 32.

¹¹⁰⁸ Socialstyrelsen lyfter fram vikten av att kunskapsstöd integreras i digitala lösningar. a.a. s. 20.

och säkra lösningar för distansmonitorering. Socialstyrelsen kartlägger bl.a. förekomsten av webbaserade applikationer och andra digitala verktyg som regioner och kommuner använder för tillgänglighet och delaktighet för patienter. Ett annat intressant digitaliseringsprojekt är webbplatsen Samlat stöd för Patientsäkerhet.¹¹⁰⁹ Stödet innehåller information om hur de som arbetar med hälso- och sjukvård ska arbeta för att uppnå en god och säker vård.

13.4.3.6 Bevilja medel för omställning till god och nära vård

Socialstyrelsen har genom regleringsbrev fått ett uppdrag av regeringen att fördela statsbidrag till offentliga aktörer inom hälso- och sjukvård. När det gäller statsbidrag för god och nära vård finns ett återkommande uppdrag att fördela medel till kommuner för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer.¹¹¹⁰ Utifrån Socialstyrelsens årsredovisning 2023 framgår att de tre mest förekommande områdena för statsbidrag innefattar vård och omsorg till äldre, jämlik vård samt funktionshinder, vilka samtliga i någon form omfattar aktiviteter för god och nära vård.¹¹¹¹

13.4.3.7 Tillsyn på området god och nära vård

IVO har ett uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård. Tillsynen ska enligt uppdraget komplettera den ordinarie tillsynen och bidra till att utvecklingen av en god och nära vård sker på ett patientsäkert sätt.¹¹¹² Tillsyn innebär för IVO att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och föreskrifter. I detta avseende lägger IVO särskild vikt vid kraven som följer av patientsäkerhetslagen.¹¹¹³ Ett första uppdrag till IVO var att utifrån ett patientperspektiv identifiera vilka riskområden inom den nära vården som en förstärkt tillsyn bör inriktas mot.¹¹¹⁴ Regeringen beslutade om ett uppdrag att genomföra särskilda tillsynsinsatser avseende kommunalt medicinskt bedriven vård och behandling vid särskilda boenden för äldre, samt avseende patientsäkerheten inom akutsjukvården.¹¹¹⁵ IVO har vid sin tillsyn identifierat brister i kompetensförsörjning, samverkan och tillgänglighet.¹¹¹⁶ Detta menar man kan leda till försämrad hälsa, fördröjd eller utebliven diagnos och sämre behandlingsprognos.

¹¹⁰⁹ Socialstyrelsen, Samlat stöd för Patientsäkerhet.

¹¹¹⁰ Se regleringsbrev för budgetåret 2023 för Socialstyrelsen.

¹¹¹¹ Socialstyrelsens årsredovisning 2023 s. 222.

¹¹¹² Tillsyn som bidrar till omställningen till en god och nära vård. Regeringsuppdrag S2019/02870, S2012/06574 (delvis) s. 5.

¹¹¹³ Tillsyn som bidrar till omställningen till en god och nära vård. Regeringsuppdrag S2019/02870, S2012/06574 (delvis) s. 8.

¹¹¹⁴ Socialstyrelsen, Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård s. 40.

¹¹¹⁵ Tillsyn som bidrar till omställningen till en god och nära vård s.10. Regeringsuppdrag S2019/02870, S2012/06574 (delvis).

¹¹¹⁶ Tillsyn som bidrar till omställningen till en god och nära vård s.10. Regeringsuppdrag S2019/02870, S2012/06574 (delvis).

13.4.3.8 Samverkan med regioner, kommuner m.fl. för god och nära vård

Socialstyrelsen konstaterar, när de beskriver sina insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård, att det är en omställning som behöver ske i samverkan mellan många aktörer och intressenter.¹¹¹⁷ Redan i uppdraget från Socialdepartementet framgår att Socialstyrelsen vid uppdragets genomförande ska föra en dialog med SKR samt relevanta professions- och patientorganisationer. Socialstyrelsen anordnar regelbundet träffar med SKR och Nationella primärvårdsrådet.¹¹¹⁸ Detta gör man för att stämma av hur de kan stödja varandra och tillsammans bidra till omställningen. Socialstyrelsen samverkar också med professionsorganisationer och civilsamhällets organisationer.¹¹¹⁹ Motsvarande tydliggörande sker i uppdraget till Vårdanalys.

13.4.3.9 Intern samverkan mellan myndigheter som ett led i omställningen till god och nära vård

I uppdragen till myndigheterna som ska delta i omställningen till god och nära vård tydliggörs att de ska samverka med varandra. Detta ska bl.a. ske avseende kunskapsutbyte och delande av data när det gäller omställningsprocessen.¹¹²⁰

13.4.3.10 Uppföljning och granskning av god och nära vård

Som vi redan konstaterat har både Socialstyrelsen och Vårdanalys i uppdrag att följa utvecklingen i regionerna och kommunerna vad gäller omställningen till god och nära vård.

13.4.3.10.1 Socialstyrelsens uppdrag att följa omställningen

I sin strategiska plan konstaterar Socialstyrelsen att ”det behövs en framtida uppföljning som ger en mer heltäckande och kontinuerlig bild av primärvårdens bidrag till god vård.”¹¹²¹ Man konstaterar vidare att uppföljningen är ett viktigt verktyg för att myndigheten ska kunna stödja vården utifrån vårdens behov. Detta ska ske genom att uppföljningen erbjuder ett kontinuerligt lärande. Uppföljningsarbetet ligger till grund för myndighetens stöd till huvudmännen och deras hälso- och sjukvårdsverksamhet. Fokus är på primärvården då detta är navet för omställningsarbetet.

I uppdraget ingår också att ta fram indikatorer och andra mått som kan ligga till grund för den uppföljning Socialstyrelsen årligen ska genomföra.¹¹²² Häri innefattas uppföljning av det omställningsarbete som utförs i samverkan mellan regioner och kommuner för att stärka den nära vården. Centralt är det personcentrerade arbetssättet i primärvården, vilket inbegriper dokumenterade

¹¹¹⁷ Socialstyrelsen, Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2023 s. 7.

¹¹¹⁸ Detta tydliggörs också i den strategiska planen. Socialstyrelsen, Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård s. 12.

¹¹¹⁹ Socialstyrelsen, Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2023 s. 7.

¹¹²⁰ Se exempelvis det till Socialstyrelsen riktade uppdraget att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård s. 1.

¹¹²¹ Socialstyrelsen, Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård s. 20.

¹¹²² Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – utvecklingen i regioner och kommuner, 2023-8-8683, samt Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – ett förslag på indikatorer, 2020-6-6760.

överenskommelser (regionala vårdplaner och samordnade individuella vårdplaner), fast vårdkontakt och samverkan vid utskrivning från slutenvård m.m. Man fokuserar även på kompetensförsörjningen genom att bl.a. mäta huruvida legitimerade personalgrupper har ökat eller minskat. En viktig aspekt i uppföljningen är också digitaliseringen där Socialstyrelsen bland annat följer förbättringarna i det digitala informationsutbytet och möjligheter till digitala vårdmöten. Arbetet med indikatorer har, som vi kommer att utveckla nedan, en tydlig sociolegal potential vad gäller att följa upp hur lagstiftning implementeras.¹¹²³

13.4.3.10.2 Vårdanalys uppdrag att följa omställningen

Vårdanalys har fått regeringens uppdrag att följa och utvärdera omställningen till en god och nära vård utifrån målen om ökad delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet, med ett tilläggsuppdrag kring fast läkarkontakt.¹¹²⁴ I uppdraget preciseras att myndigheten ska göra en kartläggning av patienters tillgång till fast läkarkontakt och särskilt utvärdera kompetensförsörjningen inom primärvården.¹¹²⁵ Vårdanalys har författat tio delrapporter och kommer att slutrapportera uppdraget 2025.

I en av sina senaste delrapporter lyfter man bl.a. fram slutsatsen att mycket av arbetet inom omställningen hittills har bedrivits på strategisk nivå, men är utan synliga effekter inom ramen för verksamheterna. Man konstaterar vidare att verksamheterna saknar resurser för att klara uppdraget och för att driva det utvecklingsarbete som omställningen kräver. Vidare lyfter man fram problemen med kompetensförsörjning och arbetsmiljön.¹¹²⁶

13.4.4 Myndigheternas arbete med reformen om kunskapsstyrning

Kunskapsstyrningen är som ovan beskrivits ett reformarbete som i vissa delar är viktigt vad gäller implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård. Detta är på myndighetsnivå ett mycket omfattande reformarbetet. Det skulle vara alltför långtgående att redogöra för detta inom ramen för förevarande arbete. Vi kommer därför att endast kortfattat beröra vilka myndigheter som är delaktiga och hur arbetet är organiserat inom ramen för det s.k. Rådet för styrning med kunskap.

13.4.4.1 Myndigheter delaktiga i reformarbetet med kunskapsstyrning

När det gäller reformarbete för kunskapsstyrningen har ett antal statliga förvaltningsmyndigheter särskilda ansvar. Som nämnts tidigare har regeringen genom en förordning beslutat om en ordning för intern samverkan inom staten när det gäller kunskapsstyrning.¹¹²⁷ De myndigheter som omfattas är E-hälsomyndigheten,

¹¹²³ För närmare förståelse för hur Socialstyrelsen utvecklar indikatorer, se Socialstyrelsen – Handbok för utveckling av indikatorer; För god vård och omsorg.

¹¹²⁴ Regeringsuppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård inkl. tilläggsuppdraget om fast läkarkontakt, S2020/03320.

¹¹²⁵ Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård 2020-04-16 S2020/03320 (delvis).

¹¹²⁶ Vårdanalys, Rapport 2023:2 Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport s. 4.

¹¹²⁷ Förordning om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, IVO, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, TLF, samt Socialstyrelsen. Sistnämnda myndighet har enligt förordningen ett centralt ansvar för den statliga kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvård.¹¹²⁸

Socialstyrelsen har en central roll i reformarbetet avseende kunskapsstyrning. Socialstyrelsen har numera en relativt utvecklad strategi vad gäller kunskapsstyrning och att verka för en digital utveckling med e-tjänster och kunskapsstöd.¹¹²⁹ En annan viktig myndighet är E-hälsomyndigheten som har huvudansvaret kring uppdraget att etablera en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvård. Viktiga uppdrag i sammanhanget är E-hälsomyndighetens uppdrag att utreda förutsättningarna för utveckling av en nationell teknisk lösning som möjliggör automatisk informationsöverföring till nationella kvalitetsregister, samt uppdraget att ta fram ett förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården.¹¹³⁰

13.4.4.2 Rådet för styrning med kunskap

Myndigheternas arbete med kunskapsstyrning koordineras och hanteras inom ramen för Rådet för styrning med kunskap.¹¹³¹ Socialstyrelsen har som sagt ett särskilt ansvar för Rådet, vilket bl.a. manifesteras genom att Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande.¹¹³² Rådet består i övrigt av myndighetscheferna för ovan nämnda myndigheter.¹¹³³ Förordningen för statlig kunskapsstyrning sätter därmed ramarna för hur man ska leda och besluta i utvecklings- och implementeringsarbetet avseende kunskapsstyrning, se vidare avsnittet om intern samverkan nedan.

I Rådets arbete deltar en extern grupp (huvudmannagrupp) som består av representanter från hälso- och sjukvårdens huvudmän.¹¹³⁴ Huvudmannagruppens ledamöter utses av SKR. Varje ledamot måste också vara utsedd till region- eller kommunfullmäktige inom sitt område.¹¹³⁵ Enligt Rådets strategi är en av huvudmannagruppens uppgifter att informera Rådet och dess myndigheter avseende områden där det finns behov av statlig kunskapsstyrning.¹¹³⁶

¹¹²⁸ Intressant i sammanhanget är det uppdrag som regeringen år 2011 gav till ett antal myndigheter att utveckla modellen för God vård. Myndigheterna som fick uppdraget var Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Statens folkhälsoinstitut (FHI), Smittskyddsinstitutet (SMI), Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Detta uppdrag resulterade i ett förslag till nationell modell för kunskapsstyrning. Se Socialstyrelsen 2012. Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård.

¹¹²⁹ Socialstyrelsens strategiska inriktning för 2021–2025 s. 11.

¹¹³⁰ E-hälsomyndighetens regleringsbrev för budgetåret 2022. Se vidare Socialstyrelsen, Handbok för utveckling av indikatorer – För god vård och omsorg s. 9.

¹¹³¹ 4 § förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

¹¹³² 7 § förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

¹¹³³ 6 § förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

¹¹³⁴ 4 § 2 st. förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

¹¹³⁵ 10 § förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

¹¹³⁶ Se även 11 § förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Se Strategi för Rådet för styrning med kunskap 2021–2025 s. 4.

Rådet ska enligt sin beslutade strategi vara ett forum där myndigheterna samverkar avseende strategiska frågor för den statliga kunskapsstyrningen samt stödjer huvudmän och professioner genom dialog och kunskap.¹¹³⁷ Det handlar om att myndigheterna genom samverkan ska verka för att:

”(i) den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad och effektiv (ii) patienters och brukares synpunkter och erfarenheter beaktas i myndigheternas styrning med kunskap (iii) statens styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är anpassad till olika professioners behov (iv) statens styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är anpassad till huvudmännens behov (v) kommunikationen av den statliga styrningen med kunskap gentemot användarna är samordnad (vi) samverkan sker med myndigheter som inte ingår i Rådet för styrning med kunskap samt med andra offentliga och privata aktörer.”¹¹³⁸

Utifrån strategin kan man urskilja ett antal tematiska element som att Rådet ska agera samordnande, ge behovsanpassade insatser samt vara effektiva i rådgivningsarbetet. En viktig överenskommelse som görs genom nämnda strategi är att myndigheterna ska stödja varandra i arbetet med kunskapsstyrningen.¹¹³⁹ I Rådets årsrapport 2023 anges bl.a. att Rådet utvecklar nätverk för samverkan.¹¹⁴⁰ Det innefattar nätverk mellan kommunikationschefer, rättschefer, chefsjurister, hälsodata m.m. Samverkan sker också för att möjliggöra stärkt hälsofrämjande och förebyggande arbete i hälso- och sjukvården. Ett annat samverkansområde är Kunskapsguiden.¹¹⁴¹

13.4.4.3 Partnerskapet med Styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården

Rådet har också ingått en särskild överenskommelse med bl.a. Styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS).¹¹⁴² SKS är sammansatt av representanter från huvudmännen. Rådet har tillsammans med SKS etablerat ett tillitsbaserat partnerskap för en långsiktig samverkan på nationell nivå för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.¹¹⁴³ Övergripande mål är att främja samverkan för en kunskapsbaserad god vård. Beträffande hur samverkan ska gå till har det upprättats ett styr- och ledningsdokumentet – Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. I dokumentet fastställer man bl.a. att regioner och myndigheterna ska komplettera varandra för att skapa en sammanhängande helhet. Det innebär, enligt dokumentet, att partnerskapet

¹¹³⁷ Strategi för Rådet för styrning med kunskap 2021–2025 s. 4.

¹¹³⁸ 8 § förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

¹¹³⁹ Strategi för Rådet för styrning med kunskap 2021–2025 s. 9.

¹¹⁴⁰ Se vidare Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst – Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2023.

¹¹⁴¹ Rådets sammanträdesprotokoll 2022-II-23 Dnr 310/2022.

¹¹⁴² Överenskommelse om samarbete i ett partnerskap för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården daterad 2018-15-18. Se även vidare Rådets årsrapport 2023 gällande partnerskap till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården respektive partnerskap till stöd för kunskapsstyrning i socialtjänsten.

¹¹⁴³ Partnerskapet består av SKS och sex av Rådets myndigheter E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket.

på en nationell nivå bl.a. ska bidra till: 1) att det föreligger en samordnad kunskapsstyrningskedja, 2) att bäst tillgängliga kunskap finns tillgänglig och 3) att resurser används på bästa sätt m.m.¹¹⁴⁴ Partnerskapet har under 2023 bl.a. beslutat om: 1) att tydliggöra huvudmålgrupper i kunskapsstyrningskedjan (beslutsfattare i politiska verksamheten och förvaltningsverksamheten, professionen samt patienter, brukare och närstående), 2) hur kunskapsstöd ska presenteras på ett adekvat sätt givet adressaten, samt 3) att se till att kunskapsstöd på nationell nivå är sammanhängande m.m.¹¹⁴⁵

13.5 Europeiska unionens styrning av hälso- och sjukvården

Medlemskapet i EU skapar särskilda förutsättningar för den politiska styrningen av svensk hälso- och sjukvård. EU arbetar aktivt med att skapa enhetliga mål och normer för att säkerställa gemenskapens intresse vad gäller EU:s hälso- och sjukvård. I detta avsnitt ska vi översiktligt beskriva hur EU har en kompletterande roll och ansvar vad gäller styrningen av den svenska hälso- och sjukvården. I detta sammanhang är det också viktigt att tydliggöra den ordning av internationella överenskommelser som föreligger avseende hälso- och sjukvården.

13.5.1 Staten, internationella åtaganden och medlemskapet i EU

På den internationella arenan finns ett antal initiativ som binder staten i dess styrning av hälso- och sjukvård. Det innefattar arbete kring mänskliga rättigheter där FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948 utgör ett fundament för de grundläggande och universella fri- och rättigheterna. I sammanhanget ska nämnas att FN-förklaringen är en deklaration som i sig inte är juridiskt bindande men kan ses som en gemensam viljeyttring och ett ställningstagande för nämnda rättigheter av FN och dess medlemsstater, inklusive Sverige. Eftersom förklaringen deklarerar människors rätt till liv, rätt att inte utsättas för omänsklig behandling, rätt till levnadsstandard som inbegriper hälsovård m.m. är den i sammanhanget intressant att beakta som byggsten avseende mänskliga rättigheter.¹¹⁴⁶

Inom ramen för arbetet med mänskliga rättigheter har Sverige undertecknat och ratificerat ett antal konventioner på både internationell och europeisk nivå. Ett grundläggande rättsligt instrument utgörs av FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter. Där i uppställs att varje människa har en inneboende rätt till livet och förbud mot omänsklig behandling m.m., se artikel 6 och 7. Ett annat viktigt instrument utgörs av FN:s konvention om

¹¹⁴⁴ Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården – styr- och ledningsdokument s. 2.

¹¹⁴⁵ Se vidare Rådets årsrapport 2023 s. 14.

¹¹⁴⁶ Se artikel 3 och 5. Deklarationen uppställer i artikel 25.1 ”Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll.”. Särskilda rättigheter uppställs i artikel 25.2 ”Mödrar och barn är berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn skall åtnjuta samma sociala skydd, vare sig de är födda inom eller utom äktenskap”.

ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter där det framgår att ”konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa”, se artikel 12.1. Vidare framgår i artikel 12.2d) krav på att konventionsstaterna vidtar åtgärder för att ”skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom”. Ett ytterligare viktigt rättsligt instrument är Europakonventionen till skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna. Europakonvention innehåller inte tydliga bestämmelser om rätt till hälsa. I stället finns bestämmelser liknande FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter som rör rätten till liv och förbud mot omänsklig behandling m.m., se artikel 2 och 3. Utifrån domstolspraxis kan man utläsa att Europakonventionens omfång går bortom vad som konkret uttrycks inom ramen för bestämmelserna. Det gäller exempelvis frågor som rör samtycke till vårdåtgärd inom ramen för hälso- och sjukvårdens verksamhet, vilka enligt praxis faller under artikel 8 och rätten till skydd för privatliv och hälsa.¹¹⁴⁷ Genom att ratificera och därmed göra konventioner från FN och Europarådet till en del av nationell lagstiftning inträder rättslig bindenhet för dem som verkar inom svensk jurisdiktion.¹¹⁴⁸ Detta ligger i sin tur till grund för juridiskt bindande medel mellan och inom medlemsstaterna.¹¹⁴⁹ Till skillnad från i FN-konventionerna så kan den som kränkts få sin sak prövad i nationell domstol, se artikel 13 Europakonventionen.¹¹⁵⁰

EUF-fördraget binder medlemsländerna att efterfölja EU:s mål, beslutade regler, beslutsordningar m.m. I sak innebär det att staten behöver förhålla sig till de rättsakter som EU antar rörande hälso- och sjukvård och i vilken mån det finns utrymme för staten att styra lagstiftningsutformning m.m. Enligt artikel 288 EUF-fördraget ska förordningar ha allmän giltighet samt vara bindande

1147 Se exempelvis Europadomstolens dom Y.F. v. Turkey, no. 24209/94 och NJA 2007 s. 584.

1148 Sverige har även ratificerat konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning för rättigheter som ska säkras för människor med funktionshinder. Se vidare Förenta nationernas internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning artikel 25. I sammanhanget ska även nämnas den ratificerade konventionen om barnets rättigheter, den s.k. Barnkonventionen, som uppställer krav på barns rätt till hälso- och sjukvård. I sammanhanget ska även nämnas den ratificerade konventionen om barnets rättigheter, den s.k. Barnkonventionen, som uppställer krav på barns rätt till hälso- och sjukvård. Se artikel 24.1 ”Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård”. Se även lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. FN:s fackorgan WHO binder genom författning också staten i folkhälsoarbetet m.m. Se Strategy for Sweden's cooperation with the Health Organization (WHO) 2021–2025. Se särskilt mål 3 Hälsa och välbefinnande för Agenda 2030. Se även WHO beslutade bestämmelser som exempelvis bl.a. International Health Regulations.

1149 Se exempelvis Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna som beslutades av Europarådet och ratificerats av dess medlemmar. Konventionen syftar till att rättsliggöra FN:s allmänna förklaring genom att ”åstadkomma en kollektiv garanti för vissa av de rättigheter som angetts i den allmänna förklaringen”, se konventionen s. 5. Enligt lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna ska konventionen jämte vissa protokoll gälla som lag i Sverige.

1150 Dock följer ett antal begränsningar av prövningsrätten, däribland att samtliga nationella rättsmedel uttömts i enlighet med den internationella rättens allmänt erkända regler, se artikel 35.1 Europakonventionen.

och direkt tillämplig i varje medlemsstat. När det gäller antagna direktiv har staten ett ansvar att implementera direktivet i nationell lagstiftning i enlighet med de resultat som ska uppnås. Vidare kan nämnas att beslut är rättsligt bindande, samt bindande, för den eller de det riktar sig till. Rekommendationer och yttranden är inte bindande. Det innebär att staten har att förhålla sig till unionens rättsakter inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsansvar utifrån rättsaktens status.

13.5.2 EU:s mandat avseende hälso- och sjukvård

EU är en juridisk person med egen rättshandlingsförmåga att företräda unionens medlemsstater.¹¹⁵¹ EU:s befogenheter tilldelas av medlemsstaterna och där ingår inte befogenhet att lagstifta och därmed styra reglering och tillsyn inom hälso- och sjukvårdsområdet.¹¹⁵² I stället är det medlemsstaterna som har befogenhet och kompetens att utföra sådana åtgärder. EU:s befogenheter sträcker sig till att kunna ”vidta åtgärder för att stödja, samordna eller komplettera medlemsstaternas åtgärder, dock utan att ersätta deras befogenhet på dessa områden.”¹¹⁵³

Det finns även EU-rättsliga målnormer om att exempelvis ”hög hälsoskyddsnivå för människor ska säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder.”¹¹⁵⁴ Detta påverkar inte medlemsstaternas rättsliga befogenheter vilket också framgår av skäl 3 i (EU) 2021/522 om inrättande av ett program för unionens åtgärder på hälsoområdet (programmet EU för hälsa) för perioden 2021–2027:

”I enlighet med artikel 168 i EUF-fördraget ska unionen komplettera och stödja nationell hälso- och sjukvårdspolitik, främja samarbete mellan medlemsstaterna och samordning mellan deras program och fullt ut respektera medlemsstaternas ansvar när det gäller såväl utformningen av sin hälso- och sjukvårdspolitik som organisation, förvaltning och tillhandahållande av hälso- och sjukvård.”

13.5.3 EU:s befogenhet att i vissa fall besluta om åtgärder

Det finns dock områden där EU närmar sig den nationella befogenheten. Exempelvis innefattar EUF-fördraget bestämmelser om åtgärder kring tillfredsställande säkerhets- och kvalitetsstandarder kopplade till hälso- och sjukvård. Det gäller exempelvis hantering av organ och ämnen av mänskligt ursprung, blod och blodderivat där EU tilldelas kompetens att utforma miniminivåer vad gäller

¹¹⁵¹ Artikel 47 EUF-fördraget. Unionen grundas på EU-fördraget och fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget), se artikel 1 EU-fördraget. EU ska även erkänna de rättigheter, friheter och principer som fastställs i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EU-stadgan). Fördragen och EU-stadgan har samma rättsliga värde. EU-stadgans bestämmelser gäller inom ramen för fördragets definierade befogenheter, se artikel 6 EU-fördraget. Se även artikel 2 EU-fördraget ”Unionen ska bygga på värdena respekt för människans värdighet, frihet, demokrati, jämlikhet, rättsstaten och respekt för de mänskliga rättigheterna, inklusive rättigheter för personer som tillhör minoriteter. Dessa värden ska vara gemensamma för medlemsstaterna i ett samhälle som kännetecknas av mångfald, icke-diskriminering, tolerans, rättvisa, solidaritet och principen om jämställdhet mellan kvinnor och män.”

¹¹⁵² Artikel 1 EUF-fördraget.

¹¹⁵³ Artikel 2.5 och 6a) EUF-fördraget.

¹¹⁵⁴ Artikel 168.1 EUF-fördraget.

skyddsåtgärder inom området.¹¹⁵⁵ En ytterligare sådan kompetenstilldelning gäller beslut om att fastställa säkerhets- och kvalitetsstandarder för läkemedel och medicintekniska produkter.¹¹⁵⁶

I ett vidare perspektiv kan man hävda att digitaliseringen och den interna marknadens digitalisering påverkar hälso- och sjukvårdens organisering och reglering. Hälso- och sjukvården innefattar i allt högre grad digital infrastruktur som digital personuppgiftsbehandling, datadelning, informationssäkerhetssystem, cybersäkerhetsrelaterade aktiviteter m.m. Man behöver därför vara vaksam på i vilken omfattning det nämnda medför förskjutning av befogenheter mellan EU och medlemsstater.¹¹⁵⁷ Till skillnad från hälso- och sjukvårdsområdet har medlemsstaterna inom nämnda områden tilldelat EU delad befogenhet att lagstifta och därmed reglera och utöva tillsyn.¹¹⁵⁸ Samtidigt är EU-lagstiftning antagen genom rättsakter i form av både förordningar och direktiv. Konvergensen mellan digital teknik och hälso- och sjukvård skapar i detta hänseende potentiella utmaningar i relation till medlemsstaternas kompetens att reglera och utöva tillsyn inom ramen för hälso- och sjukvårdsområdet.

13.5.4 EU:s grundläggande mänskliga rättigheter

En central del av EU:s arbete innefattar säkerställande av grundläggande mänskliga rättigheter. I EU-fördraget framgår att EU ska ansluta sig till Europakonventionen och därmed är man förpliktad att dels följa konventionens bestämmelser, dels vara föremål för granskning av rättsligt organ utanför unionen, se artikel 6.2.

Parallellt med denna, med EU:s mått sett, externa ordning har EU genom den Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna beslutat om en EU-intern ordning för mänskliga rättigheter. Respektive ordning kan också förstås utifrån vilken rättsinstans som prövar frågor avseende mänskliga rättigheter enligt respektive bestämmelser, dvs. Europadomstolen alternativt EU-domstolen.

EU-stadgan är en del av EU:s primärrätt och därmed bindande för EU:s medlemsstater, samt den lagstiftning som utvecklas inom EU och nationell jurisdiktion, se artikel 6.1 i EU-fördraget. En begränsning är att stadgan endast är tillämplig inom unionsrätten, se artikel 51. Det finns två typer av bestämmelser i stadgan, dvs. rättigheter och principer. Båda bestämmelserna är bindande.

¹¹⁵⁵ Artikel 168.4a) EUF-fördraget.

¹¹⁵⁶ Artikel 168.4c) EUF-fördraget

¹¹⁵⁷ Se t.ex. Kommissionens antagna strategi för den digitala marknaden – En strategi för en inre digital marknad, COM(2015) 100 final. Se Artificiell intelligens för Europa COM(2018) 137 final och VITBOK om artificiell intelligens – en EU-strategi för spetskompetens och förtroende COM(2020) 65 final.

¹¹⁵⁸ Se exempelvis förordningar för integritets- och personuppgiftsskydd samt produktsäkerhet (EU) 2016/679 GDPR, (EU) 2017/745 MDR, (EU) 2017/746 IVDR m.fl. och etablering av tillsynsorgan på europeisk nivå som European Data Protection Board (EDPB), Europeiska unionens cybersäkerhetsbyrå (ENISA), European Medical Agency (EMA) m.fl. I praktiken innebär det att medlemsstaterna endast kan lagstifta om unionen inte utövar eller planerar att utöva sin befogenhet, alternativt planerar sluta eller har slutat att utöva sin befogenhet. Den delade befogenheten innebär i praktiken att EU har en företrädesrätt att lagstifta och utöva tillsyn inom området, se artikel 2.2 EUF-fördraget.

Skillnaden är att rättigheter ska respekteras och kan åberopas av individer direkt vid nationella domstolar, medan principerna endast ska iakttas och inte kan åberopas på samma sätt.¹¹⁵⁹

För patienter är frågan central för att med hjälp av EU-stadgans bestämmelser åberopa patientens rätt. Artikel 35 i EU-stadgan innefattar bestämmelser kring hälsoskydd, såsom att

”var och en har rätt till tillgång till förebyggande hälsovård och till medicinsk vård på de villkor som fastställs i nationell lagstiftning och praxis. En hög nivå av skydd för människors hälsa ska säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder”.

Dessutom är bestämmelsen om hälsoskydd en princip som inte kan åberopas av individer vid domstol.¹¹⁶⁰ I sammanhanget kan patienter med grund i EU-stadgan således ha begränsade rättigheter att hävda sina patienträttigheter. Det nämnda skapar intressanta aspekter kring i vilken omfattning nationell hälso- och sjukvårdsrelaterad lagstiftning lyder under EU-stadgan, samt i vilken grad staten är bunden till densamma.

13.5.5 Patientrörlighet inom EU

Ett område som EU fokuserar på är patienträttigheter i samband med patientrörlighet. EU:s ordning för patientrörlighet tar som nämnts utgångspunkt den inre marknadens fria rörlighet.¹¹⁶¹ Det ligger inom Europaparlamentets och rådets kompetens att besluta om åtgärder för den inre marknadens funktion i fråga om bl.a. hög nivå för folkhälsan.¹¹⁶²

I patientrörlighetsdirektivet fastställer EU villkoren för patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård inom ramen för den inre marknadens fria rörlighet.¹¹⁶³ Utifrån direktivet kan man utläsa rättsliga ordningar för tillhandahållandet av gränsöverskridande vård, vilket innefattar vem som bär ansvar och hur ersättningsfrågor ska hanteras.¹¹⁶⁴ Lagstiftningen i det medlemsland där patienten får vård är gällande.¹¹⁶⁵ Det finns också bestämmelser kring hur medlemsstaterna ska samverka genom nationella kontaktpunkter för att utveckla normer, riktlinjer och informationsutbyte (inbegripet informations- och kommunikationsteknik (IKT)) för den gränsöverskridande vården.¹¹⁶⁶ Eftersom patientrörlighetsdirektivet

¹¹⁵⁹ Se Tillämpning av Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna i lagstiftning och beslutsfattande på nationell nivå – Vägledning, Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter s. 20. I sammanhanget ska även nämnas att mänskliga rättigheter inom unionsrätten även innefattar allmänna rättsprinciper innefattar som fastställts genom EU-domstolen. Se a.a. s. 16.
¹¹⁶⁰ Se Förklaring till artikel 35 – Hälsoskydd, Förklaringar avseende stadgan om de grundläggande rättigheterna (2007/C 303/02).

¹¹⁶¹ Uttryck för sådana ordningar ges i artikel 26 EUF-fördraget som syftar till att säkerställa en marknad utan inre gränser.

¹¹⁶² Artikel 114.1 och 114.3 EUF-fördraget.

¹¹⁶³ Se Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

¹¹⁶⁴ Kap. II-III 2011/24/EU. Arbetet med den gränsöverskridande vården ska utföras med värderingar som allmängiltighet, tillgång till vård av god kvalitet, rättvisa och solidaritet, se skäl 21 2011/24/EU.

¹¹⁶⁵ Skäl 19 2011/24/EU.

¹¹⁶⁶ Kap. IV 2011/24/EU.

är just ett direktiv bör det påkalla uppmärksamhet kring förekomsten av nationella rättsakter. Staten har genom nationell lagstiftning antagit bestämmelser kopplat till rätten till ersättning för att patienter tagit emot vård inom EES-området.¹¹⁶⁷ EU ska å sin sida stödja och möjliggöra medlemsstaternas samarbete kring e-hälsa för att möjliggöra gränsöverskridande effektiva system för vård. Hantering av personuppgifter och patientjournalsdata inom gränsöverskridande vård följer dataskyddsrättsliga ordningar.¹¹⁶⁸

13.5.6 System för e-hälsodata

Närliggande samarbetet om e-hälsa vid gränsöverskridande vård är EU:s arbete med det europeiska hälsodataområdet. EU har utarbetat ett förslag på en förordning om ett europeiskt hälsodataområde.¹¹⁶⁹ Om förslaget antas kommer dess bestämmelser ha direkt effekt på nationell lagstiftning och rättsliga ordningar på nationell nivå.¹¹⁷⁰ Ur ett systemperspektiv kan det europeiska hälsodataområdet ses som ett fundament för en europeisk hälsounion. Hälsodataområdet möjliggör också för EU:s invånare att få vård inom samtliga av unionens medlemsländer.

Till grund för hälsodataområdet ligger två rättsliga grundprinciper, dels rätten till fri rörlighet, dels rätten till skydd av den personliga integriteten.¹¹⁷¹ Själva utvecklingen av europeiska dataområden utgår från EU:s digitala strategi.¹¹⁷² Vidare bygger systemet för e-hälsodata på den europeiska lagstiftningen avseende (EU) 2022/868 dataförvaltningsakten och (EU) 2023/2854 dataförordningen som i högre grad kommer underlätta för rättsligt ändamålsenlig datadelning om individers rätt att hantera sina elektroniska hälsodata i hälso- och sjukvård.¹¹⁷³ Den tänkta dataanvändningen utgörs av primäranvändning inom hälso- och sjukvården där vissa kategorier av hälsodata kan delas mellan vårdgivare inom den Europeiska unionen. I förslaget nämns kategorier som patientöversikter, laboratorieresultat, bilddiagnostik, e-recept och utskrivsanteckningar. Det handlar således om hälsodata för att vårdgivaren ska kunna utföra hälso- och sjukvård.

¹¹⁶⁷ Se vidare lag (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet. Det gäller ordningar för att bestämma rätten till ersättning, ersättningens ansvar storlek, rätt till förhandsbesked om ersättning m.m.

¹¹⁶⁸ Skäl 25 2011/24/EU.

¹¹⁶⁹ Förslaget med ett europeiskt hälsodataområde presenterades i den europeiska datastrategin som lades fram av EU-kommissionen 2020. I strategin nämns ett antal europeiska dataområden där lagförslaget gällande hälsodataområdet är först ut. Områden är enligt följande Industri; Gröna given; Mobilitet; Hälsa; Finans; Energi; Jordbruk; Offentlig förvaltning och Kompetensförsörjning och livslångt lärande.

¹¹⁷⁰ I förslaget till ett europeiskt hälsodataområde tydliggör EU-kommissionen att subsidiaritetsprincipen gäller och att syftet inte är att reglera hur hälso- och sjukvården tillhandahålls av medlemsstaterna.

¹¹⁷¹ Det gör att även regler avseende den allmänna dataskyddsförordningen och speciallagstiftning som rör patientdata är viktiga delar för framtida hantering av e-hälsodata.

¹¹⁷² EU:s arbete med ett europeiskt hälsodataområde ta avstamp i de utmaningar som finns kring hantering av hälsodata inom unionen, samt hur detta kan hanteras inom ramen för en europeisk hälsounion. Se vidare Commission staff working document on Common European Data Spaces SWD (2022) 45 final.

¹¹⁷³ Syftet är att komplettera det skydd som berör fysiska personers rättigheter enligt GDPR.

Förslaget innefattar även s.k. sekundäranvändning som innefattar avidentifierade hälsodata som används för exempelvis forskning, innovation m.m.

Staten ska ansvara för en digital hälsomyndighet med syftet att övervaka lagstadgade rättigheter och skyldigheter. Statens ansvar innefattar även upprättande av en nationell kontaktpunkt för regelefterlevnadskontroll samt att vara uppkopplade och vid behov samverka med andra nationella kontaktpunkter.¹¹⁷⁴ De nationella kontaktpunkterna ska även vara gränssnitt mot den centrala hälsoplattformen för primäranvändning av elektroniska hälsodata.¹¹⁷⁵ Förslaget innefattar även bestämmelser om självcertifieringssystem för elektroniska patientjournalssystem, inklusive driftskompatibilitet och säkerhet, samt bestämmelser kring vem som äger driftsansvar, ansvar för tillsyn m.m.¹¹⁷⁶ Inom ramen för förslaget finns en styrelse för det europeiska hälsodataområdet med ett uppdrag att underlätta samarbete, inkludering m.m. mellan medlemsstaterna, myndigheter, hälso- och sjukvård, patientföreträdare m.fl.¹¹⁷⁷

13.5.7 Informationssäkerhet och dataskydd

EU driver också arbete avseende att stärka informationssäkerhet och dataskydd inom ramen för unionen. Nämda arbete är inte på något sätt specifikt för hälso- och sjukvårdsområdet utan gäller närmast alla verksamhetsområden såväl som inom offentliga och privata sektorer. I och med hälso- och sjukvårdens digitalisering är numera frågor avseende informationssäkerhet och dataskydd viktiga att hantera för den europeiska hälsounionen. Särskilt med tanke på den utveckling som sker inom IT när hälso- och sjukvårdens digitala informationssystem ska kopplas upp mot IT-baserade gränssnitt för distansmonitorering och informationsdelning avseende personcentrerade vårdåtgärder i patienters hemmiljö.

Ur ett svenskt hälso- och sjukvårdsperspektiv är det således avgörande att följa den EU-rättsliga utvecklingen inom området. En fundamental EU-lagstiftning är NIS2-direktivet som avser åtgärder för att uppnå en hög gemensam cybersäkerhetsnivå inom unionen.¹¹⁷⁸ Det intressanta med lagstiftningen är att den dels adresserar medlemsstaterna och deras ansvar, dels de entiteter som bedriver verksamhet inom medlemsstaternas jurisdiktion samt omfattas av lagstiftningen. Hälso- och sjukvårdssektorn är en sådan högkritisk sektor som omfattas av regelverket, p. 5 bilaga I (EU) 2022/2555.

Medlemsstaterna har ett ansvar för att det finns en viss nivå av organisation, funktion och roller inom sitt område i enlighet med direktivet. Det innefattar bl.a. krav på att ha en nationell strategi, ett krishanteringsramverk samt en nationell CSIRT-enhet för IT-säkerhetsincidenter. De verksamma entiteterna har å sin sida ett ansvar att rapportera sin verksamhet i enlighet med direktivet samt

¹¹⁷⁴ Se vidare kap. II förslaget.

¹¹⁷⁵ MinHälsa@EU enligt kap. II art. 12.

¹¹⁷⁶ Se vidare kap. III förslaget.

¹¹⁷⁷ Se vidare kap. VI förslaget.

¹¹⁷⁸ Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2022/2555 av den 14 december 2022 om åtgärder för en hög gemensam cybersäkerhetsnivå i hela unionen, om ändring av förordning (EU) nr 910/2014 och direktiv (EU) 2018/1972 och om upphävande av direktiv (EU) 2016/1148 (NIS 2-direktivet).

inom ramen för den ordning och infrastruktur som medlemsstaterna beslutar. Exempelvis behöver vårdgivare hantera frågor avseende åtgärder för riskhantering och rapporteringskrav för cybersäkerhet, se kap. IV (EU) 2022/2555. Lagstiftningen innefattar även krav på incident- och krishantering samt användning av kryptering. Ett mål är att också att öka säkerheten i leveranskedjan för samhällsviktiga entiteter inom bl.a. hälso- och sjukvården. Dessutom pågår det utvecklingsarbete avseende informations- och cybersäkerhetskrav inom en rad andra lagområden.¹¹⁷⁹

I sammanhanget ska även nämnas det arbete som EU bedriver avseende dataskydd och datasäkerhet i samband med cybersäkerhetsarbetet, se allmänna dataskyddsförordningen.¹¹⁸⁰ Det gäller integritets- och konfidentialitetsskydd enligt förordningens grundläggande principer för behandling av personuppgifter, se artikel 5 p. 1 f) (EU) 2016/679.

13.5.8 Medicintekniska produkter

EU:s arbete med medicintekniska produkter syftar till att säkerställa att produkter som tas i bruk är säkra och erbjuder utlovad prestanda. I huvudsak är området reglerat av EU-förordningarna om medicintekniska produkter (EU) 2017/745 samt medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik (EU) 2017/746. Förordningarna har direkt effekt, men ger staten utrymme att lagstifta inom området. Förordningarna ger staten utrymme att lagstifta inom vissa områden. I sammanhanget ska särskilt nämnas hälso- och sjukvårdsundantaget där hälso- och sjukvården kan ta i bruk egentillverkad utrustning. Undantaget gör att hälso- och sjukvårdsaktörerna behöver hantera kontroll och uppföljning från nationella tillsynsmyndigheter som ett led i sin verksamhet.

Inom ramen för hälso- och sjukvårdens digitalisering blir det allt viktigare att kunna hantera medicinteknisk utrustning med digitala element, eller för den delen medicintekniska programvaror. Det innebär att hantering och ansvarstagande avseende nämnda utrustning måste ske enligt vad som sägs i ovan avsnitt. Dessutom kommer det även ställas krav på hantering av AI-systemkomponenter.¹¹⁸¹

13.6 Tillsyn och revision av statlig hälso- och sjukvårdsreform – avslutande kommentarer

I detta avslutande avsnitt ska vi utvärdera i vilken utsträckning mer oberoende och självständig tillsyn kan aktualiseras. I kapitel 11 har vi redogjort för de utvärderingar av patientlagens implementering som gjorts av Myndigheten för

¹¹⁷⁹ Ex. (EU) 2017/745 Förordning om medicintekniska produkter; (EU) 2017/746 Förordning om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik; (EU) 2022/2557 CER-direktivet avseende entiteters fysiska motståndskraft; se även förslaget avseende CRA-direktivet avseende cybersäkerhetskrav för produkter med digitala element.

¹¹⁸⁰ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

¹¹⁸¹ Europaparlamentets och Rådets förordning (EU) 2024/1689 av den 13 juni 2024 om harmoniserade regler för artificiell intelligens och om ändring av förordningarna (EG) nr 300/2008, (EU) nr 167/2013, (EU) nr 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 och (EU) 2019/2144 samt direktiven 2014/90/EU, (EU) 2016/797 och (EU) 2020/1828 (förordning om artificiell intelligens).

vård- och omsorgsanalys. Om en myndighet som fått statens uppdrag att granska, analysera och följa upp vårdens funktionssätt och effektivitet kommit fram till att en så central lag som patientlagen i princip inte har implementerats överhuvudtaget, borde detta inte resultera i en mer omfattande tillsyn och granskning från statens sida? I detta avsnitt kommer vi endast att kortfattat reflektera över det möjliga. Det krävs en mer omfattande utredning, vilken följaktligen inte kommer att göras i förevarande arbete.

13.6.1 Tillsyn för säkerställande av implementering och reform

En viktig del i implementering och reform avseende hälso- och sjukvårdslagstiftning är tillsyn av de aktörer och verksamheter som utför själva arbetet. En central fråga i sammanhanget rör vad som vad som anses utgöra tillsyn i rättslig mening. Begreppsbildningen påverkar den rättsliga förväntansbilden avseende hur tillsynsorgan ska utföra granskningsarbetet, samt i vilken omfattning tillsynsobjekt är skyldiga att delta och i övrigt agera inom ramen för granskningen. Regeringen har i utredningar behandlat frågan kring tillsynsbegreppet.¹¹⁸² Enligt regeringen bör tillsyn definieras i respektive sektorsspecifik lag.¹¹⁸³ Vidare slår regeringen fast att tillsyn bör utföras av organ som är självständiga gentemot tillsynsobjektet, om inte annat för att skapa legitimitet i granskningsarbetet. För att utgöra tillsyn bör även granskningsarbetet fokusera på huruvida tillsynsobjektet efterlever bindande lagar och föreskrifter i sin verksamhet. En viktig del i tillsynsarbetet är att bristande efterlevnad kan resultera i rättsliga åtgärder för tillsynsobjektet.¹¹⁸⁴ Genom att klargöra under vilka betingelser tillsyn anses föreligga så läggs också grunden för de rättsliga krav som kan riktas mot olika aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet.

Som nämnts ovan har statliga myndigheter en roll som statliga tillsynsorgan. Tillsynskompetensen har delegerats genom författning där regeringen delegerar uppdrag och ansvar för utförande av verksamhet som rör hälso- och sjukvård, se framställan av sådana statliga myndigheter i avsnitt 13.4.1. Här ingår att utöva tillsyn över huvudmännens och vårdgivarnas verksamheter på regional och kommunal nivå. Vi har ovan konstaterat att de statliga myndigheterna har olika ansvar avseende hälso- och sjukvårdsverksamhet. Socialstyrelsen har ett mer övergripande ansvar för att följa upp vård- och omsorgsverksamhet. Läkemedelsverket har ett angränsande ansvar som tillsynsmyndighet med ansvar för läkemedel och medicinsk utrustning som sedan används inom ramen för vård- och omsorg. IVO har i sin tur ett ansvar för att säkerställa klagomålshantering och patientsäkerhetsperspektiv i vårdverksamhet. E-hälsomyndigheten ansvarar för att följa upp digitaliseringen av hälso- och sjukvården. Vårdanalys har som sagt bl.a. uppdraget att granska, analysera och följa upp vårdens funktionssätt och effektivitet och bistå

¹¹⁸² Se exempelvis SOU 2002:14 Statlig tillsyn – Granskning på medborgarnas uppdrag, SOU 2004:100 Tillsyn. Förslag om en tydligare och effektivare tillsyn, SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Ansvarskommitténs slutbetänkande och Regeringens skrivelse 2009/10:79 En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn.

¹¹⁸³ Regeringens skrivelse 2009/10:79 En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn s. 16.

¹¹⁸⁴ a.a. s. 18. Annan granskning som rör efterlevnad av nationella handlingsplaner, nationella mål som inte är reglerade i författning, avtal mellan parter, politiska uttalanden utgör inte grund för sådan tillsyn som omtalas i denna del. Inte heller resulterar de i motsvarande rättsliga åtgärder.

med rekommendationer. SBU utvärderar det vetenskapliga stöder för att införa ny eller fortsätta med befintliga metoder inom hälso- och sjukvården. IMY har å sin sida ett ansvar att följa upp hur vårdens aktörer hanterar dataskydds- och integritetsfrågor. Precis som beskrivs i avsnitt 13.4 ovan finns ett antal ytterligare statliga myndigheter som är involverade i hälso- och sjukvårdsarbetet.

Enligt oss är det viktigt att se de statliga myndigheterna med sina olika tillsynsuppgifter som en del av det statliga maskineriet för hälso- och sjukvårdsreform. Varje myndighet behöver göra sin del vad gäller tillsynen av hälso- och sjukvården. I förevarande situation, där det med utgångspunkt i den utvärdering som gjorts av Vårdanalys, förefaller som om det föreligger bristande implementering på alla hälso- och sjukvårdens nivåer, är frågan om inte det krävs något av ett helhetsgrepp. När vi analyserar hur tillsyns- och granskningsarbete bedrivs på statlig nivå är det rimligt att utgå från den ordning där riksdagen, i egenskap av representant för det demokratiska styret, kan begära särskild tillsyn och granskning. Viktiga aktörer är konstitutionsutskottet (KU) och Riksdagens ombudsmän, även kallat Justitieombudsmannen (JO).¹¹⁸⁵ Här tillkommer även myndigheten Riksrevisionen som är placerad under riksdagen med den rättsliga kompetensen att självständigt initiera och bedriva tillsyn. Ett annat tillsynsorgan, vilket verkar för regeringens räkning snarare än riksdagens, är Justitiekanslern (JK).

13.6.2 Riksdagens gransknings- och tillsynsorgan

Riksdagen förfogar således över ett antal gransknings- och tillsynsorgan. Frågan är i vilken utsträckning dessa kan ta något av ett helhetsgrepp då en lag inte implementeras i regional och kommunal verksamhet.

13.6.2.1 Konstitutionsutskottet som granskningsorgan

Ett viktigt organ för riksdagens kontrollmakt är konstitutionsutskottet. Enligt regeringsformen har konstitutionsutskottet en särskild uppgift att granska regeringens och statsrådets efterlevnad av lagstiftning. Det gör att riksdagsledamöterna kan väcka frågor avseende statsrådets tjänsteutövning eller handläggning av ärenden, se 13 kap. 1 §. Det innebär att statsråd inom socialdepartementet och andra aktuella departement kan bli föremål för granskning. Inom ramen för ansvarsutkrävandet kan det riktas misstroendeförklaringar och i allvarliga fall även åtal mot statsråd, 13 kap. 3–4 §§.¹¹⁸⁶ Konstitutionsutskottets roll får följaktligen anses vara begränsad vad gäller lagars implementering och bedrivandet av hälso- och sjukvårdsreform.

¹¹⁸⁵ Vi noterar i sammanhanget konstitutionsutskottets begränsade funktion i tillsyns- och granskningsordningen eftersom uppdraget omfattar just granskning av en begränsad krets. Jämför tillsynsorganens uppdrag att säkerställa genomgående kvalitet i det offentliga hälso- och sjukvårdsmaskineriet.

¹¹⁸⁶ Statsråden är ansvariga inför riksdagens kontrollmakt och kan i vissa fall anses personligt ansvariga. Statsråd kan åtalas och dömas för brott om denne grovt åsidosatt sin tjänsteplikt i sin yrkesutövning, se 13 kap. 3 § regeringsformen. Konstitutionsutskottet beslutar om åtal och Högsta domstolen är prövningsinstans.

13.6.2.2 Riksdagens ombudsmän (JO) som tillsynsorgan

En annat tillsynsorgan är myndigheten Riksdagens ombudsmän (JO). Justitieombudsmännen väljs av riksdagen med uppdraget att utöva tillsyn över regelefterlevnad i den offentliga verksamheten, 13 kap. 6 § regeringsformen. Tillsynskretsen innefattar bl.a. statliga och kommunala myndigheter samt tjänstemän och andra befattningshavare som däri verkar, se 14 § lag (2023:499) med instruktion för Riksdagens ombudsmän (JO). Det gör att ombudsmännen, i egenskap av riksdagens utvalda företrädare, kan granska både statlig, regional och kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Ombudsmännens tillsynsarbete bedrivs genom prövningar av klagomål från allmänheten samt sådana ärenden som ombudsmännen anser vara relevanta att initiera, 17 §. Vid brister i den offentliga verksamhetens regelefterlevnad kan ombudsmännen såsom utövare av kontrollmakten vidta åtgärder. Principiellt sett kan det handla om bristande implementering och efterlevnad av de krav som framgår i hälso- och sjukvårdslagstiftning. En vanlig åtgärd är att ombudsmännen genom beslut uttalar sig om huruvida en åtgärd som utförts strider mot lagstiftning eller på annan grund kan anses vara felaktig eller olämplig, 20 §. Annan åtgärd rör ombudsmännens anmälningar om disciplinära påföljder till beslutsfattare för disciplinärenden avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, 22 §.¹¹⁸⁷ Andra ansvarsutkrävande kan innefatta att befattningshavare inom hälso- och sjukvården avskedas eller avstängs från sin tjänst på grund av brottslig gärning, eller allvarlig och upprepad förseelse, 23 §.

13.6.3 Regeringens tillsynsorgan

Även regeringen har ett tillsynsorgan som kan jämföras med riksdagens ombudsmän. Justitiekanslern (JK) är regeringens högsta ombudsman.¹¹⁸⁸

13.6.3.1 Justitiekanslern (JK) som tillsynsorgan

JK är organisatoriskt placerad under regeringen, se 12 kap. 1 § regeringsformen. I egenskap av myndighet har JK ett antal lagstadgade uppdrag som innefattar att utöva tillsyn den offentliga verksamhet som bedrivs, och däribland hälso- och sjukvård, se 1 § lag (1975:1339) om Justitiekanslerns tillsyn.¹¹⁸⁹ Häri ingår att granska att de som utövar offentlig verksamhet efterlever lagar. En grundförutsättning är att tillsynsobjektet står under JK:s tillsynskompetens. Precis som JO

¹¹⁸⁷ Riksdagens ombudsmän kan göra anmälan om disciplinpåföljder till beslutskompetent organ när en befattningshavare åsidosatt sin tjänsteplikt eller uppdrag, se 22 § lag med instruktion för Riksdagens ombudsmän (JO).

¹¹⁸⁸ 1 § förordning (1975:1345) med instruktion för Justitiekanslern.

¹¹⁸⁹ Utöver statliga verksamheter innefattas även kommunala myndigheter och andra myndigheter som inte är statliga samt tjänstemän och andra befattningshavare som verkar däri, se 3 § lag om Justitiekanslerns tillsyn. När det gäller tillsyn över kommunala myndigheter ska Justitiekanslern beakta former för det kommunala självstyret, se 3 § lag om Justitiekanslerns tillsyn. Det ska nämnas att tillsyn över statliga organ omfattar statliga myndigheter, tjänstemän och andra befattningshavare vid statliga myndigheter, andra som är knutna till en statlig myndighet och som innehar en anställning eller ett uppdrag som innefattar myndighetsutövning när det gäller den verksamheten, se 3 § förordning med instruktion för Justitiekanslern.

kan JK initiera åtal vid brott begångna av befattningshavare, anmäla andra fel och brister avseende legitimerade personal och befattningshavare. JK kan även utvärdera klagomål som en del av tillsynsverksamheten. Dock finns ett antal begränsningar kring vilka anmälningar som utreds. Precis som vad gäller övriga kontrollorgan ska ärendet inrymmas under tillsynsmandatet enligt lag. Ur vårt perspektiv är det intressant att utreda närmare i vilken utsträckning JK kan ta helhetsgrepp vad gäller bristande implementering av lagar och hälso- och sjukvårdsreform.¹¹⁹⁰ Överhuvudtaget är det intressant i vilken omfattning, och på vilka sätt, JK kan utgöra tillsynsorgan för tillsynsobjekt på hälso- och sjukvårdens olika nivåer.¹¹⁹¹ Till skillnad från Riksrevisionen ingår inte i JK:s uppgifter att ge rekommendationer till tillsynsobjekten och deras reformarbete, se vidare nedan.

13.6.4 Riksrevisionen som oberoende granskningsorgan

Ett centralt granskningsorgan är Riksrevisionen som är en oberoende myndighet placerad under riksdagen. Riksrevisionen har till uppgift att granska statens verksamhet eller annan verksamhet som föreskrivs i lag, se 13 kap. 7 § regeringsformen.¹¹⁹² Riksrevisionens övergripande mål är att bidra till effektiv användning av statens medel samt en effektiv förvaltning i regeringen och de statliga myndigheterna.¹¹⁹³ Själva granskningsarbetet utförs av riksdagens utvalda riksrevisorer som har en långtgående kompetens att självständigt bedriva, samt lägga fram slutsatser avseende, granskningen, 13 kap. 8 §. Riksrevisionen har således en viktig uppgift att granska de statliga myndigheternas arbete i förhållande till samtliga ordningar för hälso- och sjukvårdsreform, se avsnitt 13.4.2. Riksrevisorn har därmed inom ramen för sin rättsliga kompetens en viktig uppgift i att besluta om granskningarnas inriktning och framställa granskningsplan för ändamålet, se 4 § lag (2002:1023) med instruktion för Riksrevisionen.¹¹⁹⁴ Själva granskningsarbetet tar sikte på förhållanden som inte bara rör frågor avseende statens budget utan även allmänna samhällsintressen, se 4 § lag (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. Som ett led i sistnämnda s.k. effektivitetsrevision granskas bl.a. resursutnyttjande och målfyllelse avseende den statliga verksamheten.

Särskilt intressant för detta arbete är Riksrevisionens granskningar avseende huruvida myndigheter uppfyller sina uppdrag enligt bindande föreskrifter inom ordningarna för hälso- och sjukvårdsreform, se avsnitt 13.4.2. Genom en analys av Riksrevisionens genomförda granskningar finner vi ett antal områden där regeringens och de statliga myndigheternas ansvar, i vart fall delvis, utvärderas

¹¹⁹⁰ Se JK:s informationsblad avseende begränsningar på JK:s webbsida, Alla Anmälningar utreds inte.

¹¹⁹¹ Vi noterar även att JK under vissa omständigheter har kompetens att agera ombud för staten och regeringen, däribland i ärenden om skadeståndsutkrävande gentemot staten.

¹¹⁹² Riksrevisionens organisering m.m. framgår av riksdagsordningen. Se även tillsynskretsen i 2 § lag (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m.

¹¹⁹³ Därmed är även Riksrevisionen del av riksdagens kontrollmakt genom att kontrollera hur regeringen och de statliga myndigheterna sköter sitt arbete.

¹¹⁹⁴ Riksrevisorn har en informationsskyldighet till riksdagens råd för Riksrevisionen avseende granskningsarbetet och granskningsplanen, se 12 § lag med instruktion för Riksrevisionen. Riksrevisorerna har även oberoende krav på sig, se vidare 14 §.

angående implementerings- och reformarbetet.¹¹⁹⁵ Riksrevisionen föreslår härigenom åtgärder som i sin tur utgör underlag för eventuella beslut av riksdag eller regering. Vi menar att Riksrevisionens granskningsarbete och rekommendationer är centrala mekanismer för att utvärdera implementerings- och reformarbete avseende hälso- och sjukvårdslagstiftning på statlig nivå. Därmed har Riksrevisionen enligt oss potential att bidra till bedrivandet av implementerings- och reformarbete avseende god vård och kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Enligt vår mening är det rimligt att Riksrevisionen tar ett helhetsgrepp avseende statens roll i den bristande implementeringen, särskilt eftersom Riksrevisionens arbete träffar samtliga myndigheter som hanterar respektive ordningar och frågor i nämnda reformarbete.

¹¹⁹⁵ Se exempelvis utredningar som lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre (RiR 2023:4) där regeringen, IVO och Socialstyrelsen granskades avseende den kvalitativa styrningen och uppföljningen av vårdskador inom äldreomsorgen. Annat exempel rör granskning avseende regeringens, IVO:s och Integritetsskyddsmyndighetens arbete kring informationssäkerhet i vård och omsorg, se Informationssäkerhet i vård och omsorg – statens stöd och tillsyn (RiR 2024:6). Ytterligare exempel rör granskningsarbetet avseende läkemedelsförskrivning och det arbete som utförs av regeringen, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, IVO och TLV. I denna del är det särskilt intressant att Riksrevisionen särskilt granskar den kvalitetsstyrning inom området som utförs av Läkemedelsverket och Socialstyrelsen, se Läkemedelsförskrivningen – statens styrning och tillsyn (RiR 2023:23). Vidare finns även granskning av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för personcentrerad vård, se Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod? (RiR 2013:4). För Riksrevisionens granskningar inom hälsovård, sjukvård och social omsorg, se Riksrevisionens webbsida, Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

KAPITEL 14

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS HUVUDMANNAANSVAR

14.1 Ansvar att säkerställa tillgången på hälso- och sjukvård

I detta kapitel ska vi analysera hur hälso- och sjukvården utvecklas på huvudmannanivå.¹¹⁹⁶ Kapitlet fokuserar på hälso- och sjukvårdens makronivå. Vi kommer att utvärdera hur huvudmannans ansvar för hälso- och sjukvården är utformat och hur det utvecklats som rättslig ordning. Vi är särskilt fokuserade på det regionala huvudmannaskapet och kommer att endast kortfattat beröra det kommunala huvudmannaskapet. Mycket av den analys som genomförs är samtidigt tillämplig på det kommunala huvudmannaskapet. Ambitionen är att få överblick över hur regional och kommunal verksamhet bedrivs för att härigenom tydliggöra hur huvudmannen kan ta sitt ansvar för att möjliggöra personcentrerad vård och att implementera patientlagen. På motsvarande sätt som ovan kommer vi att beskriva hur huvudmannens rättsliga ordning kan förstås utifrån ett antal underordningar och handlingsystem för att skaffa oss en bild av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården och vad det mer konkret består i. Vi kommer att följa det omfattande reformarbete som regionerna har att bedriva avseende god och nära vård. I valda delar kommer vi att fokusera på arbetet med kunskapsstyrning, särskilt avseende personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. När det gäller analysen av den rättsliga ordningen i praktiken har vi, som ovan sagts, valt Västra Götalandsregionen. I vissa delar kommer vi även att göra en jämförande analys med Region Stockholm. Dessutom kommer vi när det gäller samverkan mellan regionala och kommunala huvudmän att göra nedslag i hur Göteborgs stad hanterar sitt huvudmannaskap.

14.1.1 Huvudmannens roll och systembaserade ställning i hälso- och sjukvården

Den centrala forskningsuppgiften är att, utifrån ett sociolegalt perspektiv, utvärdera rollen som huvudman för hälso- och sjukvård. Forskningsfrågan är hur huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården innefattar och kan innefatta en rättslig ordning för implementering av hälso- och sjukvårdslagstiftning och hälso- och sjukvårdsreform. Vi är följaktligen inte enbart intresserade av vad som föreskrivs om huvudmannen i hälso- och sjukvårdslagen och andra relevanta rättskällor, utan kommer att utvärdera huvudmannarollen som en rättslig ordning i praktiken. I detta avseende har vi valt att utvärdera Västra Götalandsregionen och Göteborgs stad. För att kunna göra en dylik utvärdering har det dock varit viktigt att ha tillräcklig förståelse för huvudmannens sociolegala karaktär. Sammantaget har detta visat sig vara en relativt krävande forskningsuppgift. Genom en iterativ process har vi stegvis skaffat oss en fördjupad förståelse av huvudmannaskapet som rättslig ordning, vilken i sin tur ligger till grund för vår analys av Västra Götalandsregionen respektive Göteborgs stad som hälso- och sjukvårdens huvudmän.

¹¹⁹⁶ Se avsnitt 12.1 gällande tidsperioden för vår huvudanalys, där tonvikten legat på 2023 och första halvan av 2024.

14.1.1.1 Huvudmannaansvaret

Att landets regioner och i viss utsträckning kommuner i egenskap av huvudmän ska tillhandahålla den faktiska hälso- och sjukvården framgår av 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen, samt 8 kap. 1 § gällande regioner och 12 kap. 1 § gällande kommuner. I 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen definieras vad som utgör hälso- och sjukvårdens huvudman:

”Med huvudman avses i denna lag den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.”

Viktigt i sammanhanget är att det föreligger en lagstadgad skyldighet för huvudmannen att erbjuda hälso- och sjukvård inom sitt område. Dock finns inte någon skyldighet att bedriva vården i egen regi. Utförandet kan överlåtas i annans regi men där det yttersta ansvaret stannar hos huvudmannen.¹¹⁹⁷ Man skiljer följaktligen mellan huvudmannaansvaret och ansvaret som vårdgivare. Regioner och kommuner har regelmässigt båda rollerna, dvs. är både huvudman och vårdgivare. Samtidigt är det regelmässigt så att regionerna och kommunerna som huvudmän ingår avtal med andra vårdgivare om att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Dessa vårdgivare är ofta privata företag.

Regionen har i egenskap av huvudman ett ansvar för att planera och besluta om sin hälso- och sjukvård utifrån de vårdbehov som finns inom ramen för hälso- och sjukvårdsansvaret. Detta innebär bland annat att se till att vården kan ges nära befolkningen i enlighet med lokaliseringsprincipen, samt att primärvård är tillgänglig och att den som omfattas av regionens vårdansvar kan välja utförare av primärvård och även få tillgång till fast läkarkontakt i enlighet med vårdvalsystem, se 7 kap. 2–3a §§ hälso- och sjukvårdslagen och även lag (2008:962) om valfrihetssystem. I regionens ansvar ingår att säkerställa att det finns adekvata anläggningar, ändamålsenlig organisation för sjukvårdstransporter m.m., 7 kap. 4 och 6 §§ hälso- och sjukvårdslagen.

Kärnan i huvudmannaansvaret är att erbjuda en god hälso- och sjukvård inom regionen. Detta vårderbjudaransvar riktas mot de som är bosatta inom regionen eller på annan lagstadgad grund har rätt att ta del av vårderbjudandet.¹¹⁹⁸ Särskilda bestämmelser gäller för asylsökande och vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.¹¹⁹⁹ Regionen har ett planeringsansvar som även innefattar att beakta hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare, såväl privata som offentliga, 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. I planeringen ska regionen även samverka med andra samhällsaktörer och regioner, 7 kap. 7–8 §§ hälso- och sjukvårdslagen. En annan central del av regionens ansvar rör vårdgarantinormen där den som har rätt till regionens hälso- och sjukvård inom en viss tid ska få: (i) kontakt med primärvården (ii) en medicinsk bedömning av behörig

¹¹⁹⁷ Prop. 2016/17:43 – En ny hälso- och sjukvårdslag s. 129.

¹¹⁹⁸ 8 kap. 1–9 §§ hälso- och sjukvårdslagen.

¹¹⁹⁹ Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

hälso- och sjukvårdspersonal (iii) besöka specialistvård, samt (iv) planerad vård, 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Regionen ansvarar annars för att vård erbjuds hos annan vårdgivare utan extra kostnad, 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Regionen har också ansvar för att det även finns katastrofmedicinsk beredskap, 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Det finns även lag (2006:544) som reglerar tillhandahållande av vård på frivillig grund vid extraordinära händelser i fredstid i och höjd beredskap.

14.1.1.2 Rättslig ordning för hälso- och sjukvårdens huvudmannaansvar

I detta arbete fokuserar vi således på hur huvudmannaansvaret måste baseras på, och även utövas inom ramen för, en regional respektive kommunalrättslig ordning. Regioner och kommuner är rättssubjekt med territoriella avgränsningar. Ingen region eller kommun är överordnad annan. Både regioner och kommuner är of-fentligrättsliga juridiska personer.¹²⁰⁰ Vi har redan konstaterat att regeringsformen tydliggör att regioner och kommuner har ett självstyre som ligger till grund för verksamheten, 1 kap. 1–2 §§ och 14 kap. 2 § regeringsformen. Som organisationer styrs både regioner och kommuner av kommunallagen. Enligt kommunallagen ska den regionala och kommunala ordningen utvecklas och hanteras inom det egna geografiska området, 1 kap. 1–2 §§ kommunallagen. Lokaliseringsprincipen innebär att det är regionen som har kompetens att hantera angelägenheter av allmänt intresse kring t.ex. hälso- och sjukvård som har anknytning till regionens område, 2 kap. 1 § kommunallagen. Den ordning som utvecklas ska ha förutsättningar att behandla medlemmar lika om det inte föreligger sakliga skäl, 2 kap. 3 § kommunallag.

När man utvärderar hur huvudmannaskapet kan förstås som rättslig ordning kan man redan med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagens rättsregler konstatera att huvudmannaskapet, både för regioner och kommuner, ska innefatta förmågan att besluta, organisera och planera eller styra över hälso- och sjukvård. En fundamental ordning för huvudmannen att förhålla sig till är det rättsliga beslutsfattandet för att realisera nämnda aktiviteter. I vår kartläggning av Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsarbete framgår det med tydlighet att de handlingar och genomförande som planeras och genomdrivs inom ramen för verksamheten bygger på rättsliga beslut i olika former och på olika nivåer. Nämnda beslut ställer i sin tur krav på beslutsfattande om organisering, planering och styrning av hälso- och sjukvården. Inom ramen för regioner och kommuner kommer detta behöva ske både i dynamiken mellan rollen som huvudman och rollen som vårdgivare. Dessutom måste det utvecklas en ordning i detta avseende i förhållande till externa vårdgivare. Ambitionen i detta kapitel är att utvärdera hur huvudmannen organiserar sig som ansvarig för hälso- och sjukvården och hur man planerar och styr hälso- och sjukvården som huvudman såväl som vårdgivare. Lika intressant är hur man planerar och styr hälso- och sjukvård som tillhandahålls av externa vårdgivare. Utifrån ett rättsligt perspektiv är det särskilt intressant att utreda hur beslut fattas och av vem när det gäller hälso- och sjukvård. Detta utgör basen i hälso- och sjukvården som rättslig ordning.

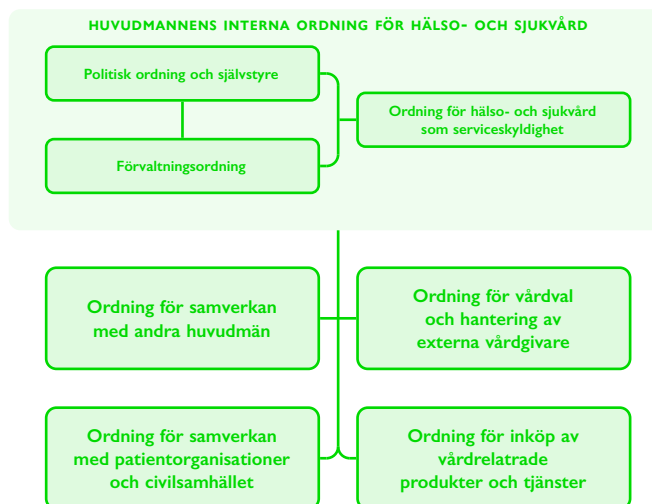
1200 SOU 2022:6 Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga s. 74.

Utmärkande för analysen är således att vi fokuserar på hur huvudmannansvaret måste baseras på, och även utövas inom ramen för, en regional respektive kommunalrättslig ordning. Regioner och kommuner är rättssubjekt med territoriella avgränsningar. Ingen region eller kommun är överordnad annan. Både regioner och kommuner är offentligrättsliga juridiska personer.¹²⁰¹ Vi har redan konstaterat att regeringsformen tydliggör att regioner och kommuner har ett självstyre som ligger till grund för verksamheten. När det gäller den statliga styrningen av huvudmannaskapet är hälso- och sjukvårdslagen av särskild betydelse. Utmärkande för kommunal och regional verksamhet är den serviceskyldighet som föreligger. Hälso- och sjukvård är ett synnerligen centralt inslag i denna skyldighet. I hälso- och sjukvårdslagen preciseras i viss utsträckning hur denna serviceskyldighet konkret ska utföras. Rättsregler om hur vårdåtgärder ska utföras och vad som är god vård ställer krav på regionen att utveckla och använda sig av en intern ordning där serviceskyldigheten preciseras, se 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Hälso- och sjukvårdslagen måste samtidigt ses i ljuset av både förvaltnings- och kommunallagen. Ovan har vi beskrivit hur regioner och kommuner styrs av kommunallagen. Viktigt i sammanhanget är att hälso- och sjukvårdslagens rättsregler avseende organisering, planering och bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamheten ska tillämpas i enlighet med förvaltningslagens regler om handläggning av ärenden. Det blir tydligt att det krävs vad som kan beskrivas som en förvaltningsordning, vilken har stora likheter med statlig förvaltningsverksamhet.

En central slutsats av den forskning som bedrivits är att hälso- och sjukvårdens huvudmannaskap bör förklaras och även hanteras utifrån hur det baseras på ett antal olika rättsliga underordningar och handlingssystem. Att de är just rättsliga beror på att de baseras på organisatorisk implementering av rättsregler, giltiga rättsliga beslut och ingångna avtal.

FIGUR 10.
Huvudmannaskapets
rättsliga ordning.



1201 a.a.

Vi menar att vi kan tydliggöra hur huvudmannaskapet baseras på tre interna rättsliga ordningar och fyra rättsliga ordningar med externa gränssnitt, vilka var för sig präglas av en särskild rättslig logik.¹²⁰² Det är följaktligen inom ramen för dessa rättsliga ordningar som huvudmannen utövar sitt ansvar. Detta innebär att det är inom ramen för dessa som hälso- och sjukvården planeras, styrs och utvärderas.¹²⁰³ Det är också inom dessa som hälso- och sjukvårdsarbete bedrivs och utveckling sker. Härigenom är det följaktligen också inom ramen för dessa som patientens rätt enligt patientlagen ska implementeras och personcentrering möjliggöras.

I avsnitt 14.2 ska vi först utvärdera det interna regionala huvudmannaskapet. Det interna huvudmannaskapet, vilket primärt är statusbaserat och organisatoriskt, består av tre rättsliga underordningar:

- politisk ordning i enlighet med kommunalt respektive regionalt självstyre
- ordning för kommunal respektive regional förvaltning
- ordning för regional respektive kommunal ”serviceskyldighet”

När vi hävdar att respektive underordning har sin egen rättsliga logik, menar vi att den består av handlingssystem som är kopplad till särskilda rättsliga roller och har sin specifika rättsliga status och organisation alternativt avtalsstruktur. Den rättsliga statusen följer av lagstiftning och övrig statlig styrning. Det är som vi kommer att utvärdera viktigt att se hur det regionala huvudmannaskapet samspelar med den statliga styrningen.

I enlighet med vad som ovan sagts om den statliga styrningen kan vi också, inte minst vad gäller jämlik vård och kunskapsstyrning, konstatera att det krävs utvecklade handlingssystem för samverkan mellan regioner och kommuner på olika nivåer. När det gäller hur huvudmannaskapet hanteras externt bör man, enligt vår analys, lyfta fram följande rättsliga ordningar:

- ordning för samverkan med andra regioner och kommuner (avsnitt 14.3)
- ordning för samverkan med patientorganisationer och civilsamhället i övrigt (avsnitt 14.4)
- ordning för hantering av externa vårdgivare (avsnitt 14.5)
- ordning för inköp av vårdrelaterade produkter och tjänster (avsnitt 14.6)

Visserligen är det långt från alltid självklart hur dessa underordningar och handlingssystem ska hållas isär. Betraktade som rättsliga underordningar är de i stor utsträckning sammanflätade. Vår forskningsbaserade slutsats är dock att det är genom att tydliggöra hur de baseras på olika rättsliga logiker som man kan

¹²⁰² Vi bygger här vidare på den utredning av hur man kan förstå kommuners rättslig ordning i enlighet med olika rättsliga logiker som görs i Bladini och Petrusson, Hållbar stadsutveckling – ett institutionellt pusslande.

¹²⁰³ En intressant parallell är hur hälso- och sjukvård anses vara baserad på olika logiker vad gäller organisering. Exempelvis diskuteras hur hälso- och sjukvården kan förstås som professionell organisation, demokratisk profession och uppgiftsstyrd organisation. Se bl.a Asplund och Asplund, Vårdrådet s. 253.

tydliggöra själva samspelet. För att förstå och hantera hur hälso- och sjukvården planeras, styrs och organiseras är det viktigt att tydliggöra respektive underordning/handlingssystem och hur de just samspelar med varandra.

I detta inledande avsnitt kommer vi att kortfattat beskriva vad som utmärker dessa rättsliga ordningar. Vi kommer att tydliggöra hur de kan härledas till lagstiftning och andra rättsregler. Särskilt viktigt är att ge en introducerande bild av hur de i praktiken utvecklas som handlingssystem. I övriga underavsnitt kommer vi att i mer detalj analysera hur de kommer till uttryck inom ramen för Västra Götalandsregionen. Vi kommer härigenom att närmare utvärdera hur respektive delordning/handlingssystem möjliggör implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen och personcentrerad vård. Centralt för analysen är i vilken utsträckning reformarbetet avseende god och nära vård kommer till uttryck inom ramen för respektive delordning och handlingssystem.

På motsvarande sätt som vi gjorde beträffande statens styrningsansvar för hälso- och sjukvården skiljer vi mellan ordningen för att ta ansvar och ordningen för att utkräva ansvar. Detta är som sagt inte en självklar distinktion. Det är ordningar och handlingssystem som i olika avseenden är sammanflätade. En ordning för fördelning av ansvarstagande inbegriper ofta en ordning för ansvarsutkrävande. I ett avslutande avsnitt 14.7 kommer vi att särskilt fokusera på betydelsen av granskning och tillsyn.

14.1.2 Huvudmannaskap baserat på en ordning för politiskt självstyre

En första rättslig ordning, på vilken huvudmannaskapet vilar och utövas, är den som följer av det politiska självstyret. Det är denna ordning som är det rättsliga fundamentet för själva huvudmannaskapet. Det kommunala självstyret följer, som konstaterats, av regeringsformen och kommunallagen. Detta ska naturligtvis förstås utifrån den rättsliga ordningen om den svenska folkstyrelsen där svenska medborgare genom sin rösträtt tillsammans utser folkvalda politiker för parlamentariska och kommunala församlingar, 1 kap. 1 § regeringsformen.¹²⁰⁴ Hälso- och sjukvårdspolitisk reform bedrivs enligt denna logik genom regional hälso- och sjukvårdspolitik.

Inom ramen för den politiska ordningen förhåller vi oss till förtroendevalda i egenskap av ledamöter och ersättare i fullmäktige, nämnder m.m. Centrala aktörer, vilka utses genom fullmäktigebeslut, innefattar regionråd, kommunalråd, oppositionsråd m.fl., se vidare 4 kap. 1–2 §§ kommunallagen. Förtroendevalda agerar sedan inom ramen för regionfullmäktige där politiska beslut fattas, 3 kap. 1 § kommunallagen. Det är också där som huvudmannansansvaret ytterst är placerat. Regionfullmäktiges beslut ställer som nämnts tidigare krav på ytterligare beslut inom ramen för huvudmannens organisering samt planering och styrning. Detta

¹²⁰⁴ Rösträtt i riksdagsval har varje svensk medborgare som fyllt arton år och som är eller varit boende i Sverige. Samma krav gäller för den som vill bli ledamot i riskdagen, 3 kap. 4 § regeringsformen. Rösträtt för ledamöter och ersättare i kommunfullmäktige har den som är folkbokförd och är arton år på valdagen, samt är svensk eller annan unionsmedborgare, medborgare i Island eller Norge eller varit folkbokförd i Sverige tre år i följd innan valdagen, 1 kap. 7 § kommunallagen. Genomförande av val samt val av ledamöter i beslutsförsamlingarna sker enligt särskilda rättsliga ordningar, se vallag (2005:837).

är en rättslig ordning som utgår från och baseras på demokratiska värden och principer, 1 kap. 1 § regeringsformen.¹²⁰⁵

Det är alltså de folkvalda representanterna i region- respektive kommunfullmäktige som har ansvar för att det tillhandahålls hälso- och sjukvård i enlighet med de lagar som riksdagen beslutat om. Redan här kan vi alltså konstatera att det som utgångspunkt är de politiskt tillsatta personerna i fullmäktige som har det övergripande ansvaret att se till att inte bara hälso- och sjukvårdslagen, utan även patientlagens bestämmelser, implementeras i den specifika regionens hälso- och sjukvård. En central fråga i detta sammanhang är givetvis hur hälso- och sjukvårdspolitiken på nationell nivå samspelar med hälso- och sjukvårdspolitiken på regional och kommunal nivå. Ett politiskt reformarbete iscensatt på nationell nivå, exempelvis avseende kunskapsstyrning och god och nära vård, måste rimligen för att lyckas också vara ett centralt inslag i det hälso- och sjukvårdspolitiska arbete som bedrivs inom alla landets regioner och kommuner.

Vi kan konstatera att ett huvudmannaskap för hälso- och sjukvård förutsätter inte bara duktiga och initierade hälso- och sjukvårdspolitiker, utan också en väl utvecklad ordning för hur egen utformad hälso- och sjukvårdspolitik ska integreras med den nationella hälso- och sjukvårdspolitik som realiserar i nya lagar och annat reformarbete. Politiker på regional nivå har följaktligen ansvar för att säkerställa att patientens rätt enligt patientlagen implementeras och att annat i lag fastställt reformarbete implementeras genom det egna politiska arbetet och beslutsfattandet.

14.1.3 Huvudmannaskap baserat på en ordning för förvaltning

En andra rättslig ordning, på vilket huvudmannaskapet baseras och utövas, kan beskrivas som den regionala och kommunala förvaltningen. Förvaltningsarbetet utgör i sammanhanget den ärendehantering och annan förvaltningsverksamhet som huvudmannen i egenskap av myndighet har att besluta, organisera samt planera och styra till följd av beslut i exempelvis regionfullmäktige eller nämnd. Eftersom hälso- och sjukvård i grunden är en offentligt reglerad och styrd verksamhet är förvaltningslagen tillämplig, 1 § förvaltningslagen. Regioners och kommuners verksamhet baseras i stor utsträckning på det arbete som utförs av anställda tjänstemän. Betraktat som en rättslig ordning med en egen logik är den kopplad till rollen som tjänsteman, vilken handlägger och utreder olika ärenden inom ramen för den egna förvaltningen. När det gäller förvaltning skiljer man på ärendehandläggning och annan förvaltningsverksamhet. Exempelvis krävs i regel ett beslut för att en ärendehandlägningsprocess ska avslutas, medan annan förvaltningsverksamhet kan utgöras av att en viss faktisk åtgärd utförs utan att ett handlägningsbeslut fattas, s.k. faktiskt handlande.¹²⁰⁶ En annan distinktion är i förhållande till vad som utgör myndighetsutövning eller inte. För hälso- och sjukvårdens huvudmän är det en viktig fråga i vilken omfattning man hanterar ärenden som utgör myndighetsutövning eller annan ärendehandläggning. Särskilt

¹²⁰⁵ En fundamental utgångspunkt för ordningen är att "All offentlig makt i Sverige utgår från folket. Den svenska folkstyrelsen bygger på fri åsiktsbildning och på allmän och lika rösträtt. Den förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse."

¹²⁰⁶ Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag s. 24.

eftersom hälso- och sjukvårdens nämnder bereder ärenden för politiska beslut genom förvaltningens tjänsteutlåtanden.

Helt klart är att huvudmannens förvaltning ska ordnas i enlighet med förvaltningslagens bestämmelser. I regeringens proposition för den nya förvaltningslagen förtydligar man den självklara utgångspunkten att ärendehandläggning och beslut inom hälso- och sjukvård ska erhålla samma grad av rättssäkerhet som inom andra områden av förvaltningen.¹²⁰⁷ Propositionen framhåller dock att åtgärder inom den faktiska vården, dvs. den som sker på vårdgivarnivå, är faktiskt handlande och därmed faller utanför förvaltningslagens tillämpningsområde för handläggning av ärenden. Sådana åtgärder ska fortfarande hanteras i enlighet med grunderna för god förvaltning enligt förvaltningslagens regler kring tillgänglighet, serviceskyldighet och samverkan med andra myndigheter.¹²⁰⁸ Det innebär att myndigheterna som minimum ska se till att kontakter med enskilda är smidiga och enkla, att vara tillgänglig och informera enskilda kring myndighetskontakter, samt att inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter, 6–8 §§ förvaltningslagen.

Det säger sig självt att tjänstemännen och den regionala respektive kommunala förvaltningen har en central roll för att säkerställa att lagar implementeras och att man i övrigt följer bindande föreskrifter. Statligt reformarbete behöver realiseras som ärendehantering och förvaltning på regional och kommunal nivå. En självklar fråga i sammanhanget är hur man inom ramen för förvaltningen säkerställer att man har överblick över vad man är rättsligt bunden av och att alla dessa bindande regler rent faktiskt implementeras i den egna organiseringen, planeringen och övriga beslutsfattandet. En annan relevant fråga handlar om i vilken omfattning material är rättsligt giltigt eller inte och hur man ska förhålla sig till det. Vi kan konstatera att ett huvudmannaskap för hälso- och sjukvård förutsätter kunniga tjänstemän som inom ramen för sin förvaltning och ärendehantering kan hantera beslutsfattande, organisering, planering och styrning som hälso- och sjukvård förutsätter. Det förutsätter också att tjänstemännen har förmåga att överblicka, följa och implementera resultatet av det arbete som bedrivs inom ramen för EU, regering och riksdag, samt alla för hälso- och sjukvården relevanta myndigheter.

14.1.4 Huvudmannaskap baserat på en ordning för utförande av serviceskyldighet

En tredje rättslig ordning, på vilken huvudmannaskapet baseras och utövas, är den där hälso- och sjukvård utövas som serviceskyldighet. Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvård förutsätter en långtgående förmåga till att professionellt bedriva hälso- och sjukvård. Betraktat som en rättslig ordning med en egen logik är den kopplad till rollen som professionellt kunnig inom hälso- och sjukvård. Den rättsliga logiken kan härledas till hälso- och sjukvårdslagen och förväntan på den professionella förmågan att bedriva hälso- och sjukvård. Logiken är särskilt tydlig i gränssnittet mellan beställandet och utförandet av den praktiska hälso- och sjukvården, och då särskilt när huvudmannen inom ramen för den interna ordningen beslutar om att ge uppdrag åt egen nämnd, eller extern aktör, att utföra

¹²⁰⁷ a.a. s. 34.

¹²⁰⁸ a.a.

den konkreta hälso- och sjukvården. Ordningen för serviceskyldigheten handlar således om att säkerställa utförandet av hälso- och sjukvården i praktiken. Man kan också uttrycka det som att huvudmannen omsätter de politiska besluten till praktisk hälso- och sjukvård vilket i sin tur kräver beslut för att organisera samt styra och planera det konkreta utförandet.

Hälso- och sjukvårdslagen tydliggör befogenheter och skyldigheter för regioner och kommuner vad gäller bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen uppställs ett antal rättsregler som rör aktörer och bedrivande av hälso- och sjukvård i Sverige, 1 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvård definieras som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna, 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

Utifrån den statliga styrningen av huvudmannens ansvar kan vi urskilja följande fyra centrala delar där den regionala huvudmannen för hälso- och sjukvård måste besluta kring organisering samt planering och styrning;

- Primärvård – utgör basen i systembygget och består idag av ca 1000 vårdcentraler och andra mottagningar.
- Länssjukvård – tillhandahåller organiserad sjukhusvård som inte nödvändigtvis täcker alla specialistområden och består idag av ca 20 länssjukhus och 40 länsdelssjukhus.
- Regionsjukvård – tillhandahåller vård med förmåga att behandla alla svåra och sällsynta sjukdomar/skador och består i de 7 universitetssjukhusen.¹²⁰⁹
- Nationell högspecialiserad vård – tillhandahåller särskilt avancerad vård med förmåga att utveckla sjukvårdens kvalitet och bedrivs på högst fem ställen i landet.

Särskilt för de större regionerna är avståndet mellan det politiska beslutsfattandet och vårdutförandet med den enskilda patientrelationen i centrum relativt stort. På den politiskt tillsatta huvudmannanivån är det säkerligen också närliggande att se det som sin primära uppgift att fördela medel och att tillsätta ansvariga personer i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Som vi kommer att utveckla nedan föreligger relativt omfattande förutsättningar att styra den egna verksamheten för att säkerställa patientens rätt och möjliggörandet av personcentrerad hälso- och sjukvård.

Huvudmannen behöver besluta om planering, styrning och organiseringen av själva utförandet av hälso- och sjukvården. I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen ska huvudmannen verka för att verksamheten resulterar i god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, 3 kap. 1 § 1 st. Patientens rätt till god vård enligt 1 kap. 7 § patientlagen motsvaras alltså av huvudmannens skyldighet att tillhandahålla god vård enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Den skyldigheten har huvudmannen alltid, oavsett om det är avtalat med annan att vara utförare

¹²⁰⁹ Universitetssjukhus är sjukhus som bedriver medicinska forskning och utbildning av olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Dessa är: 1) Akademiska sjukhuset i Uppsala, 2) Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm, 3) Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, 4) Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, 5) Skånes Universitetssjukhus i Malmö och Lund, 6) Universitetssjukhuset i Linköping och 7) Universitetssjukhuset i Örebro.

av vården.¹²¹⁰ Att utveckla ett hälso- och sjukvårdssystem som ska erbjuda alla medborgare vård på lika villkor är utan tvekan en utmaning. Som norm är det frågan om att lika ska behandlas lika, dvs. samma vårdbehov kräver samma behandling.¹²¹¹ Redan den omständigheten att hälso- och sjukvårdssystemet organiseras med utgångspunkt i respektive region tydliggör utmaningen. Huvudmannen ska även arbeta för att förebygga ohälsa, 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Vad vi i sammanhanget kan konstatera är att huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården kräver en omfattande kunskap om och förmåga till att omvandla politiska beslut och politisk styrning till hälso- och sjukvård i praktiken. Att man inom region och även kommun besitter denna kunskap och förmåga är avgörande inte bara som vårdgivare och utförare av konkret hälso- och sjukvård, utan även som huvudman och beställare. Huvudmannaskapet är beroende av att läkare, sjuksköterskor och andra representanter för hälso- och sjukvården jobbar nära och tar aktiv del i organisering, planering, styrning och beslutsfattande. Det säger sig självt att ju närmare man kommer själva utförandet av den konkreta hälso- och sjukvården, desto större förutsättningar har man också att tydliggöra vad implementeringen av patientlagen och andra centrala lagar rimligen består i. Det är också inom ramen för denna ordning som hälso- och sjukvårdsreformer översatts till huvudmannens kravställande om vad som förväntas av den praktiska hälso- och sjukvården.

14.1.5 Huvudmannaskap baserat på en ordning för regional och kommunal samverkan

En fjärde rättslig ordning, på vilken huvudmannaskapet vilar och där det utövas, är den utvecklade ordningen för samverkan med andra regioner och kommuner. Detta är en ordning som blir allt viktigare. Samverkan sker på nationell nivå där staten är inblandad, mellan regioner, inom regioner, mellan regioner och kommuner, samt mellan kommuner.¹²¹² Som rättslig ordning betraktat utgår den från huvudmännens interna beslut om organisering samt planering och styrning av extern samverkan. Utmärkande för den rättsliga logiken avseende denna ordning är att den avser att med olika rättsliga lösningar skapa förutsättningar för självständiga rättssubjekt att koordinera och gemensamt driva hälso- och sjukvårdsreform. Huvudmännen företräds i sin tur av fysiska personer som har rollen att samverka och även besluta i samverkansfrågor. I sammanhanget ska nämnas att de beslut som tas av huvudmännens företrädare i samverkansstrukturerna också behöver beslutas inom ramen för huvudmannens interna ordning för att vara rättsligt bindande.

Det säger sig självt att samverkan mellan regioner och kommuner är helt avgörande om hälso- och sjukvården ska vara jämlik. Det föreligger också ett stort behov av att koordinera olika insatser inom ramen för hälso- och sjukvården. Detta gäller såklart konkreta vårdinsatser avseende specialistvård m.m. Allt viktigare blir också koordinering och samverkan avseende hälso- och sjukvårdens

¹²¹⁰ Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag s. 86.

¹²¹¹ Vahlne Westerhäll, Svensk patientlagstiftning s. 17.

¹²¹² När det gäller planeringen och utvecklingen ska regionen även samverka med andra samhällsaktörer och regioner, 7 kap. 7–8 §§ hälso- och sjukvårdslagen.

digitalisering och den därtill kopplade kunskapsstyrningen. Samverkan kan i vissa fall begränsas till dialog och kunskapsutbyte, medan det i andra sammanhang krävs ingående avtalsförhandlingar och överenskommelser.

Vad vi kan konstatera är att ett huvudmannaskap för hälso- och sjukvården förutsätter en omfattande förmåga att samverka med andra huvudmän. Hälso- och sjukvårdsreform och implementering av centrala lagar som patientlagen förutsätter ett omfattande samverkans- och samordningsarbete mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän. Är man en region är man beroende av samverkan i ett antal olika sammanhang, alltifrån inom ramen för SKR till den lokala samverkan med kommunerna inom den egna regionen. I digitaliseringens tidevarv krävs som sagt alltmer av denna samverkansförmåga. Om patientens ställning ska kunna stärkas och patientlagen implementeras är det samverkansbaserade reformarbetet på huvudmannanivå av avgörande betydelse.

14.1.6 Huvudmannaskap baserat på en ordning för samverkan med patientorganisationer och civilsamhället i övrigt

En fjärde rättslig ordning, på vilket huvudmannaskapet vilar och utövas, är ordningen för samverkan med patientorganisationer, deras företrädare och det övriga civilsamhället. Hälso- och sjukvårdens huvudmän behöver rättsligt ordna samverkan med civilsamhället med utgångspunkt i föreningsfriheten och opinionsfriheterna, vilka är grundlagsskyddade fri- och rättigheter genom regeringsformen, 2 kap. 1 §.¹²¹³ Det innebär bland annat att huvudmännen behöver ha kunskap om och kunna hantera de beslut som tas av medborgarna för att förena sig och driva hälso- och sjukvårdsfrågor med grund i civilsamhället. Huvudmännen behöver således inom sin interna ordning besluta i nämnda frågor, vilket i sin tur ställer krav på beslut om planering, styrning och organisering av samverkan med civilsamhället. Härigenom läggs den rättsliga grunden för folkrörelsen och civilsamhällets samverkan med hälso- och sjukvårdens huvudmän. Detta är en ordning som har tydlig koppling till folkrörelsernas utveckling och deras roll i samhällsbygget. Här är följaktligen samverkan med patientorganisationer av särskilt intresse. Det föreligger också krav på att huvudmannen ska fatta beslut för att möjliggöra samverkan med civilsamhället inom ramen för hälso- och sjukvård.¹²¹⁴ Här innefattas krav på att planera, styra och organisera sådan samverkan.

Patientorganisationer och andra intresseföreningar, bl.a. indelade i förhållande till olika sjukdomar och hälsotillstånd, har haft en central ställning under lång tid. Vi menar att huvudmannens samverkan med dessa åtminstone i viss utsträckning utgör en rättslig ordning och bör hanteras som en del i huvudmannens ansvar för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsreform förutsätter att man i olika delar av sin verksamhet har en aktiv samverkan med dessa organisationer och deras företrädare. Betraktat som en rättslig ordning, baserad på en egen logik, är den både organisatorisk och avtalsbaserad. Företrädare för patientorganisationer

¹²¹³ I sammanhanget kan man prata om den positiva föreningsfriheten som också innefattar yttrandefrihet, informationsfrihet, mötesfrihet, demonstrationsfrihet och religionsfrihet, 2 kap. 1 § regeringsformen, samt den negativa föreningsfriheten som innefattar att man inte behöver tillkänna ge sin politiska, kulturella eller religiösa åskådning och inte heller tvingas att delta i sammankomster för opinionsbildning m.m., 2 kap. 2 § regeringsformen.

¹²¹⁴ Se exempelvis 7 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen.

är i olika avseende delaktiga i själva det organisatoriska utövandet av huvudmannaskapet enligt ovan. Dessutom ingår huvudmän i olika sammanhang ett antal avtal med olika organisationer inom civilsamhället. Mycket talar dessutom för att patientföreträdare och andra patientnära aktörer inom civilsamhället kommer få en allt större roll inom hälso- och sjukvården. Utvecklingen i detta avseende är som vi diskuterat i det första kapitlet nära förknippat med utvecklandet av personcentrerad hälso- och sjukvård.

14.1.7 Huvudmannaskap baserat på en ordning för hantering av externa vårdgivare

En sjätte rättslig ordning, på vilken huvudmannaskapet vilar och utövas, är den avtalsbaserade ordningen/handlingssystemet i förhållande till externa vårdgivare. Det är inom ramen för denna som huvudmannen styr den hälso- och sjukvård som omfattas av huvudmannaansvaret, men genomförs av externa vårdgivare. Den rättsliga logik som ligger till grund för denna ordning kan beskrivas som upphandlings-, förhandlings- och avtalsbaserad. Även denna rättsliga ordning utgår från huvudmannens interna ordning med beslut om att på olika sätt interagera med externa vårdgivare. Genom nämnda beslut har huvudmannen krav på att besluta om organisering samt planering och styrning av hantering av de externa vårdgivarna. Huvudmannen företräds här av personer med rollen att säkerställa avtalsbaserade relationer till externa vårdgivare. Det är i princip frågan om att köpa in vårdtjänster från andra aktörer. Huvudmannen verkar följaktligen som en kommersiell aktör som upphandlar tjänster på en marknad för sjukvårdstjänster. Sätillvida är det mer eller mindre samma rättsliga logik som ligger till grund för den ordning enligt vilken huvudmannen köper in läkemedel, medicintekniska produkter och andra digitala lösningar. Vad som motiverar att se den rättsliga ordningen i förhållande till externa vårdgivare, som en ordning vilken baseras på en egen rättslig logik, är det s.k. vårdvalssystemet och även den omständighet att det är fullt möjligt för regioner och kommuner att bilda egna bolag som verkar som vårdgivare. En viktig distinktion i relation till inköp och upphandling är att alla externa vårdgivare som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget för vårdval får delta i valfrihetssystem i egenskap av leverantör av vårdtjänster. Det ska jämföras med traditionella upphandlingsordningar där den upphandlande myndigheten tilldelar en aktör kontraktet i konkurrens med andra.

En intressant fråga, utifrån huvudmannaansvaret, är följaktligen i vilka delar som hälso- och sjukvårdsverksamheten är att anse som intern vs. extern. Med utgångspunkt i huvudmannens juridiska person och dess unika identifiering i form av organisationsnummer kan man ganska enkelt skapa sig en bild av vad som kan utgöra interna eller externa ordningar.¹²¹⁵ Allt som hanteras inom ramen för nämnda organisationsnummer är i sammanhanget att beteckna som interna ordningar. Slutsatsen är särskilt viktig i relation till organisering av hälso- och sjukvård där huvudmännens nämnder och styrelser ingår i den interna ordningen. Motsatsvis är alla andra aktiviteter att anse som externa strukturer. Hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av bolag som ägs av kommun respektive region, är ur detta perspektiv extern.

¹²¹⁵ Detsamma gäller även organisationen som skattesubjekt med momsregistreringsnummer.

Vad vi kan konstatera är att huvudmannaskapet i denna del baseras på förmågan att utveckla en avtalsbaserad ordning i förhållande till externa vårdgivare. Detta är en ordning där huvudmannen i upphandling och förhandling ställer krav på den hälso- och sjukvård som ska tillhandahållas. Vårdvalssystemet är som konstaterats en central bas för denna avtalsbaserade ordning. Detta är såklart en viktig ordning inom ramen för vilken huvudmannen kan ställa krav i relation till patientens ställning, implementeringen av patientlagens bestämmelser och att den vård som ska ges ska vara personcentrerad. Fullt möjligt är att föreskriva att uppfyllandet av dessa krav ska utvärderas och följas upp.

14.1.8 Huvudmannaskap baserat på en ordning för inköp av vårdrelaterade produkter och tjänster

En sjunde och sista ordning utifrån vilken man kan förstå huvudmannaskapet är den i förhållandet till aktörer som tillhandahåller läkemedel, medicintekniska produkter, digitala produkter och tjänster m.m. Mycket av hälso- och sjukvårdens kvalitet tillhandahålls av dessa externa aktörer. Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården baseras också alltmer på förmågan att utveckla och hantera ordningen till dessa primärt privata och ofta multinationella bolag. Detta görs med utgångspunkt i att huvudmannen inom ramen för sin interna ordning beslutar om upphandlingsbaserade inköp. Dessa beslut föranleder ytterligare beslut om planering, styrning och organisering av inköpsprocessen. Själva inköpsrelationen med den externa aktören hanteras genom en avtalsbaserad ordning. I dessa tider, då upphandlingen av digitala system och lösningar blir allt viktigare, är det också viktigt att implementeringen av patientens rätt sker även i denna rättsliga ordning så att de digitala lösningar som tillhandahålls baseras på och möjliggör ett personcentrerat arbetssätt.

14.2 Huvudmannens interna ordning för hälso- och sjukvård

I detta avsnitt kommer vi således att närmare presentera vad som utgör den regionala huvudmannens interna rättsliga ordning för hälso- och sjukvård. Denna består, i enlighet med vad som ovan beskrivits, av den på självstyret baserade politiska ordningen, förvaltningsordningen och ordningen för själva beställandet av den specifika hälso- och sjukvården (serviceskyldigheten mot invånarna). För att förstå vad som utgör den rättsliga ordning i praktiken är det i nödvändigt att fokusera på en eller flera specifika regioner. I detta arbete kommer vi som sagt att fokusera på Västra Götalandsregionen som huvudman. Vi kommer att analysera den regionala ordningen utifrån hur regionen själv beskriver sin ordning. Därefter kommer vi att närmare analysera vad som mer konkret görs på de olika nivåerna inom organisationen. I ett första avsnitt kommer vi att ringa in vad som är de centrala beståndsdelarna i huvudmannaskapets interna (rättsliga) ordning. Vi frågar oss hur huvudmannaansvaret placeras och hanteras internt. Härigenom är ambitionen att lägga grunden för en analysmodell, såväl som en modell för hur man utövar huvudmannaskap.

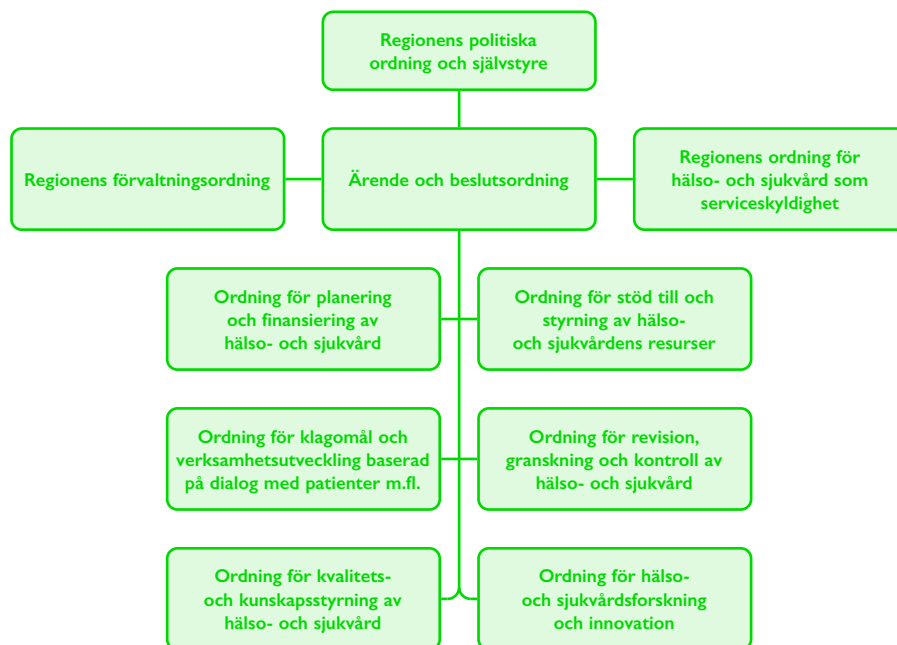
14.2.1 Intern ordning för utveckling och drift av hälso- och sjukvård

I detta arbete är vi således särskilt intresserade att kartlägga hur man inom ramen för det regionala huvudmannaskapet hanterar den sofistikerade dynamiken mellan att:

- implementera hälso- och sjukvårdslagar och andra regler m.m. som man är rättsligt bundna av,
- bedriva hälso- och sjukvårdsreform och annan utveckling av hälso- och sjukvården, samt
- säkerställa att regioninvånarnas behov av hälso- och sjukvård tillgodoses.

Det är i förhållande till dessa sammanlänkade uppgifter som vi tillämpar den modell som vi iterativt har utvecklat avseende det interna huvudmannaskapet. Vi har redan konstaterat att det interna huvudmannaskapet hanteras genom en politisk ordning, en förvaltningsordning och en ordning för beställande/utförande av hälso- och sjukvård. Dessa är som sagt rättsliga ordningar baserade på egen rättslig logik. Utifrån vår analys av hälso- och sjukvården måste samspelet mellan dessa förstås utifrån ett antal rättsliga underordningar.

FIGUR 11.
Huvudmannaskapets
interna ordning
och beståndsdelar.



För att förstå hur regioner inom ramen för sitt huvudmannaskap implementerar hälso- och sjukvårdslagstiftning och bedriver hälso- och sjukvårdsreform behöver vi först skaffa oss en mer ingående bild i förhållande till följande tre frågor:

- Vad är regionpolitikernas ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling och inom ramen för vilken rättslig ordning hanterar de sitt ansvar?

- Vad är de förvaltningsspecialiserade tjänstemännens ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling och inom ramen för vilken rättslig ordning hanterar de sitt ansvar?
- Vad är de mer hälso- och sjukvårsspecialiserade tjänstemännens ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling, samt inom ramen för vilken rättslig ordning hanterar de sitt ansvar?

Vi menar att ska man förstå hur hälso- och sjukvård utvecklas och bedrivs ska man ta utgångspunkt i dessa tre frågor. Det går som vi sagt att urskilja vad som kan ses som en politisk ordning, en förvaltningsordning och en ordning där man utöver själva serviceskyldigheten. Det är enligt vår mening klargörande att börja med att tydliggöra vad dessa består i. Samtidigt är de sammanflätade och kan inte utan vidare hållas isär. Vår forskningsmässiga slutsats är att det är när man ser hur de samspelar avseende specifika frågor etc. som man mer konkret förstår hur hälso- och sjukvården utvecklas och drivs.

Själva kittet i huvudmannens interna ordning är ärende- och beslutsordningen. Huvudmannens interna rättsliga ordning baseras på rättsligt giltiga beslut som beslutets adressat är bunden av. Det är dessa beslut som gör ordningen just rättslig. Det är också inom ramen för denna ordning som vi ser distinktionen mellan vad som utgör politiska beslut och förvaltningsbeslut. Det är i detta sammanhang möjligt att tydliggöra vad som utgör rättsliga beslut avseende själva serviceskyldigheten, dvs. avseende det mer konkreta beställandet och utförande av specifik hälso- och sjukvård.

Med en djupare förståelse för hur samspelet sker mellan politik, förvaltning och hanterandet av serviceskyldigheten är det möjligt att tydliggöra ett antal underordningar med direkt betydelse för hur huvudmannen internt har att hantera hälso- och sjukvårdsreform och bedriva hälso- och sjukvård. I förhållande till dessa kan vi uppställa ett ytterligare antal frågor:

- Hur utvecklar huvudmannen hälso- och sjukvården genom planering och finansiering av hälso- och sjukvården?
- Hur utvecklar huvudmannen hälso- och sjukvården genom kvalitets- och kunskapsstyrning?
- Hur utvecklar huvudmannen hälso- och sjukvården genom stöd till och styrning av hälso- och sjukvårdens resursskapande?
- Hur utvecklar huvudmannen hälso- och sjukvården genom forskning och utveckling?
- Hur utvecklar huvudmannen hälso- och sjukvården genom att hantera patienters klagomål och synpunkter?
- Hur utvecklar huvudmannen hälso- och sjukvården genom revision, intern kontroll och annan granskning?

Vi menar att det är inom ramen för huvudmannens utvecklingsarbete som statliga lagar och hälso- och sjukvårdsreform implementeras. Det är också genom utvecklingsarbete som personcentrerad vård möjliggörs. Samtidigt är det som redan antytts svårt att skilja mellan huvudmannens ansvar att utveckla

hälso- och sjukvården från ansvaret att hantera dess operativa säkerställande. På huvudmannanivå är detta två sidor av samma mynt.

14.2.2 Huvudmannens politiska ordning för hälso- och sjukvård

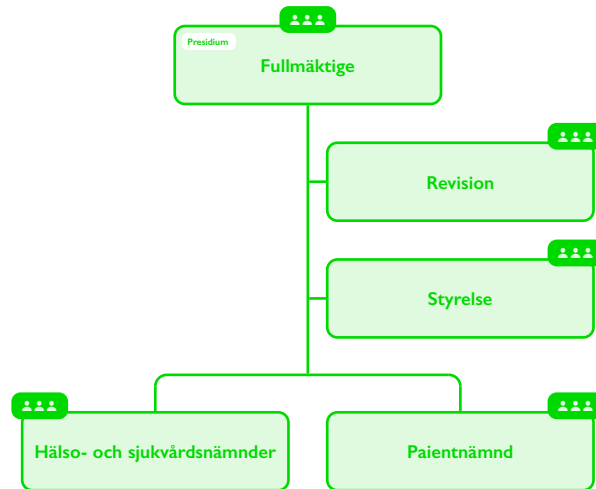
Vi har redan konstaterat att regionen, i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården, har både politisk makt och politiskt ansvar för att organisera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det sagda bygger på att huvudmannen har rättslig status som regionkommun enligt 1 kap. 7 § regeringsformen. Ett rimligt antagande är följaktligen att hälso- och sjukvårdsreform förutsätter ett politiskt engagemang på regional nivå. En central fråga i sammanhanget är också i vilken utsträckning implementering av en mer ingripande lagstiftning som patientlagen förutsätter att folkvalda politiker på regional nivå driver implementeringsprocesser. I detta underavsnitt kommer vi att närmare undersöka hur det politiska ansvaret för politiken är organiserat.

14.2.2.1 Organisering av det politiska ansvaret för hälso- och sjukvården

Av regeringsformens och kommunallagens rättsregler framgår att det som utgångspunkt föreligger ett stort mått av frihet för de 21 regionerna respektive 290 kommunerna att genom egna beslut organisera och utforma sin hälso- och sjukvårdsverksamhet. Frågan är dock vilket utrymme det rent faktiskt föreligger att med utgångspunkt i regionala politiska processer bedriva egen hälso- och sjukvårdsreform. Klart är att det regionala självstyret lägger en rättslig grund för hälso- och sjukvårdens politiska ordning. Samtidigt kan vi redan utifrån ovan genomgång av hur staten styr regionerna konstatera att friheten att organisera den egna hälso- och sjukvården med utgångspunkt i det kommunala självstyret är begränsad. Ett första steg i vår utvärdering är skaffa oss en översiktlig bild av hälso- och sjukvårdens politiska ordning. Det är som sagt denna som lägger grunden för huvudmannaskapet.

14.2.2.1.1 En grundmodell för hälso- och sjukvårdens politiska ordning

Utifrån framför allt kommunallagens rättsregler kan vi tydliggöra en ”grundmodell” för hur en regionalpolitisk ordning och organisation ska se ut oavsett regiontillhörighet.



FIGUR 12.
Grundmodell för
den regionala politisk
ordningen.

I kommunallagen uppställs krav på att den regionala politiska ordningen ska innefatta regionfullmäktige, regionstyrelse samt de nämnder som krävs utöver styrelsen för att regionen ska kunna hantera sina regionala hälso- och sjukvårdsangelägenheter, se vidare i 3 kap. och 6 kap. kommunallagen. Det framgår även av kommunallagen att verksamheten ska ha ett granskningsorgan för revision, se 12 kap. kommunallagen. Även om det i lagtexten inte uppställs några explicita krav på att det ska finnas hälso- och sjukvårdsnämnder, så anser vi att det i praktiken är svårt att på regional nivå utelämna nämnder som organiserar och driver hälso- och sjukvårdsrelaterat arbete. Det föreligger dock ett rättsligt krav på att det ska finnas en hälso- och sjukvårdsnämnd i form av patientnämnd, se vidare 1 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Huvudmannen har i övrigt frihet att inom ramen för sin verksamhet besluta om ytterligare organ, såsom utskott och nämndberedningar. Dessa har särskilda uppgifter att förbereda beslut som ska tas i fullmäktige- eller nämndförsamling, 3 kap. 5 § kommunallagen.¹²¹⁶ Vad gäller regional organisering av hälso- och sjukvård är det intressant hur huvudmannen genom fullmäktige kan besluta att en nämnd ska tillhandahålla tjänster åt en annan nämnd, 6 kap. 2 § p. 4 kommunallagen. Detta lägger grunden för den tidigare nämnda ordningen med beställare och utförare av hälso- och sjukvård.

Utmärkande för alla dessa delar av organisationen är att de styrs av folkvalda politiker. Fundamentet i den regionpolitiska ordningen är att folkvalda ledamöter utövar sitt demokratiska ansvar genom att rösta (besluta) i regionala beslutsförsamlingar, 1 kap. 1 § regeringsformen. Härigenom kan vi konstatera att huvudmannaansvaret har sin rättsliga bas i det kommunala självstyret, partipolitiken och rollen som folkvald politiker, se vidare 7 kap. hälso- och sjukvårdslagen. Detta ska också ses i ljuset av att förtroendevalda i hög grad utgörs

¹²¹⁶ Detta gäller även partssammansatta organ och delar av organisationen som hanterar gränssnitt mot externa strukturer, såsom kommunala bolag, stiftelser och föreningar, samt gemensamma nämnder och kommunalförbund. Det gäller också organisering för att hantera privata utförare. Se 3 kap. 8–9 och 11–12 §§ kommunallagen.

av fritidspolitiker, vilka beslutar i regionala hälso- och sjukvårdsangelägenheter i regionfullmäktige.¹²¹⁷

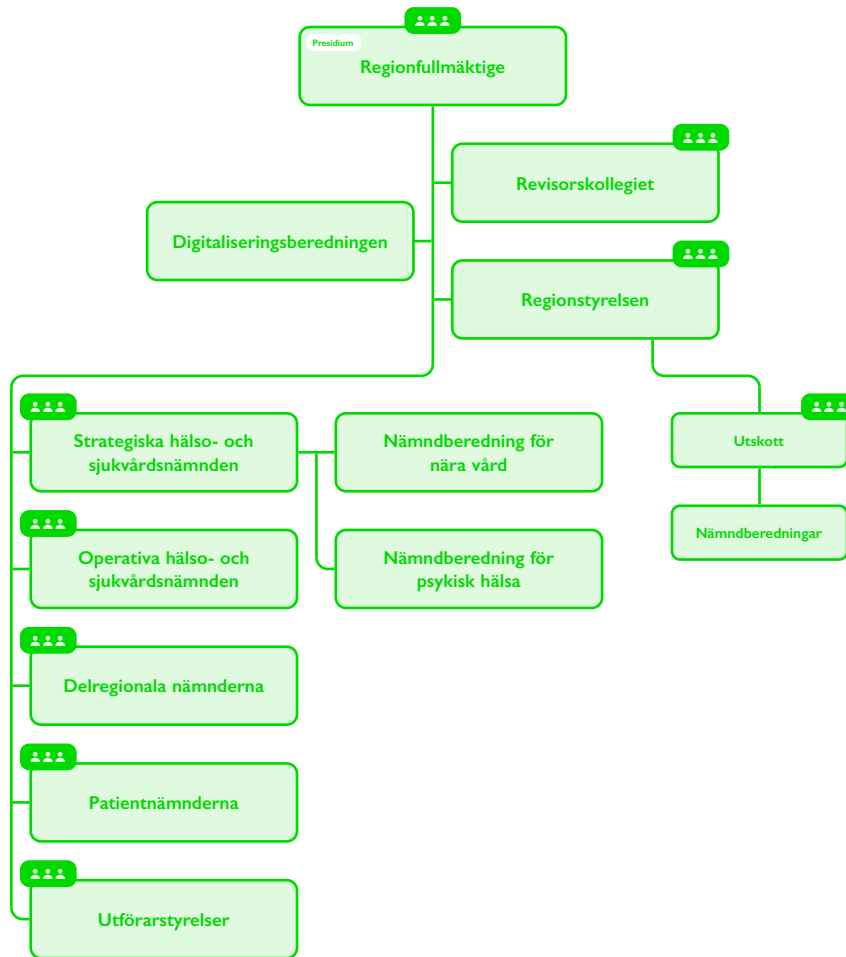
En viktig fråga i sammanhanget är den om ansvarsutkrävande. Av styrande reglementen framgår att nämnder och styrelser ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt lag och andra författningar. Häri infattas att man säkerställer hantering av personalansvar, arbetsmiljöansvar, personuppgiftsansvar m.m. Dessa ansvar är enligt lagstiftning, förknippade med straff- och/eller skadeståndsansvar. Brister och felaktigheter kan således resultera i påföljder för de folkvalda ledamöterna.¹²¹⁸

14.2.2.1.2 Hälso- och sjukvårdens politiska ordning i Västra Götalandsregionen

Som ovan nämnts föreligger åtminstone viss frihet när man bestämmer hur man, med utgångspunkt i kommunallagen, ska utveckla sin politiska ordning. Ser vi till hur Västra Götalandsregionen beslutat om sin politiska organisation, kan vi konstatera att man har en mer utvecklad politisk ordning jämfört med den lagstiftningsbaserade ”grundmodellen”.

¹²¹⁷ Fritidspolitiker är i sammanhanget en förtroendevald som med ett arbetstidsmått/ersättningsarvode som understiger 40% av heltid. Enligt sammanställning från Statistiska centralbyrån är över 90% av regionpolitikerna s.k. fritidspolitiker, se vidare SCB, Förtroendevalda i kommuner och regioner 2019 s. 7.

¹²¹⁸ I NJA 1987 s. 426 menar Högsta domstolen att principen om företagsansvar kan användas för ledning avseende ansvarsfördelning mellan en kommunal organisation och dess ledamöter. För det fall ett brott begås så kan inte den juridiska personen bindas, utan ansvaret fördelas på de fysiska personer som är ansvariga för saken. Principen om företagsansvar får också genomslag i Högsta domstolens domskäl där man menar att förvaltningens tjänstemän bär ett stort ansvar för saken eftersom de i egenskap av anställda besitter en hög kunskapsnivå och tillgängliga resurser i arbetsutförandet. Hur en ansvarsfördelning kommer se ut behöver naturligtvis bedömas utifrån det enskilda fallet. Det kan naturligtvis vara så att personligt ansvar träffar både en ledamot och tjänsteman. Exempelvis kan det handla om tjänstefelsbrott, mutbrott, brott mot tystnadsplikten, trolöshet mot huvudman m.m. enligt brottsbalkens regler.



FIGUR 13.
Politisk ordning Västra
Götalandsregionen
med fokus på hälso- och
sjukvård.¹²¹⁹

I Västra Götaland har regionfullmäktige beslutat om att komplettera ”grundmodellen” med ett antal hälso- och sjukvårdsrelaterade nämnder, 3 kap. 3–4 §§ kommunallagen.¹²²⁰ Man har också beslutat om en vertikal organisation

¹²¹⁹ Modellen är baserad på offentlig information från Västra Götalandsregionen och modellen fokuserar på de organ som kopplar an till Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsarbete. Därav saknas vissa organ i framställan.

¹²²⁰ Västra Götalandsregionens beslutade år 2022 att tillsätta en ny politisk organisation för nästa mandatperiod. Till grund för beredningsarbetet tillsattes Styrgruppen för politisk organisation med uppdraget från regionstyrelsen att ta fram förslag och beslutsunderlag för ny organisation. Styrgruppen innefattade medlemmar från partierna med stöd från förvaltningen, däribland Koncernkontoret och regiondirektören. Styrgruppen lade genom yrkande till regionstyrelsen fram sitt förslag om utformning av ny politisk organisation. Regionstyrelsen beslutade i sin tur om ett ställningstagande för att regionfullmäktige att anta förslaget. Regionfullmäktige antog sedan förslaget genom omröstning. Se styrgruppens förslag till detaljutformning av Västra Götalandsregionens politiska organisation 2023 till 2027 (slutversion 2022-03-16), se bilaga till beslutsärende RS 2022-01294. Se även yrkande Styrgruppen politisk organisation daterat 2022-03-07 Dnr RS 2022-01294, sammanträdesprotokoll Regionstyrelsen daterat 2022-03-29 § 73 Dnr RS 2022-01294, samt protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-04-12 § 66 Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027 Dnr RS 2022-01294. Se även yrkande Styrgruppen politisk organisation daterat 2022-03-07.

som lägger grunden för en ordning där man stegvis omsätter politiska hälso- och sjukvårdsmål till konkret vårdutförande.¹²²¹ Både den strategiska och den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden har givits viktiga roller. Den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har givits det politiska ansvaret att i egenskap av huvudman beställa hälso- och sjukvård, medan den operativa nämnden har det politiska ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster, 6 kap. 2 § p. 4 kommunallagen.¹²²² Den operativa nämnden är såtillvida närmare länkad till rollen som vårdgivare. Även de delregionala nämnderna och patientnämnderna har viktiga roller inom ramen för det politiska huvudmannans ansvaret. De har bl.a. till uppgift att samverka med civilsamhälle och intresseorganisationer inom sina respektive upptagningsområden (norr, öst, väst, söder och Göteborg). Under den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden finns även ett antal nämndberedningar som har till uppgift att bereda ärenden för beslut och annat arbete som nämnden ansvarar för och ska besluta inom områden nära vård och psykisk hälsa. Västra Götalandsregionens utförarstyrelser innefattar ett antal olika organ som utgör regionens vårdutförare i egen regi.

I sammanhanget ska nämnas att det också inom ramen för regionstyrelsen finns ett antal utskott och nämndberedningar, däribland beredning för sammanhållen hälso- och sjukvård (vilken ännu inte driftsatts).¹²²³ Bland utskotten kan ägarutskottet nämnas. Detta utskott ska stödja regionstyrelsen i den löpande styrningen och uppföljningen av den egna förvaltningsorganisationen. Under regionfullmäktige finns även digitaliseringsberedningen som har relevans för det digitala hälso- och sjukvårdsarbetet.¹²²⁴

Det är alltså inom ramen för denna politiska ordning som hälso- och sjukvården ska utvecklas och drivas. Regionfullmäktige har utformat och beslutat om instruktioner för styrelser och nämnder, bl.a. för vad som utgör verksamhetsområde, arbetsuppgifter, ansvarsområden m.m.¹²²⁵ Regionen tillser också att den politiska organisationen granskas utifrån de politiska mål som uppställts.¹²²⁶ Revisorskollegiet har en särskild granskande roll i förhållande till Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

1221 Regionfullmäktigebeslut som rör Västra Götalandsregionens politiska organisationsstruktur om fem nivåer –: (i) regiongemensam ägarnivå (ii) strategisk nivå (iii) operativ nivå (iv) delregional nivå (v) utförarnivå. Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-04-12 § 66 Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027 Dnr RS 2022–01294. Se även yrkande Stygruppen politisk organisation daterat 2022-03-07.

1222 Se även Prop. 2016/17:171 En ny kommunallag s. 166.

1223 Se ägarutskottet, personalutskottet, hållbarhetsutskottet samt beredningen för hållbar utveckling, beredningen för mänskliga rättigheter och beredning för sammanhållen hälso- och sjukvård.

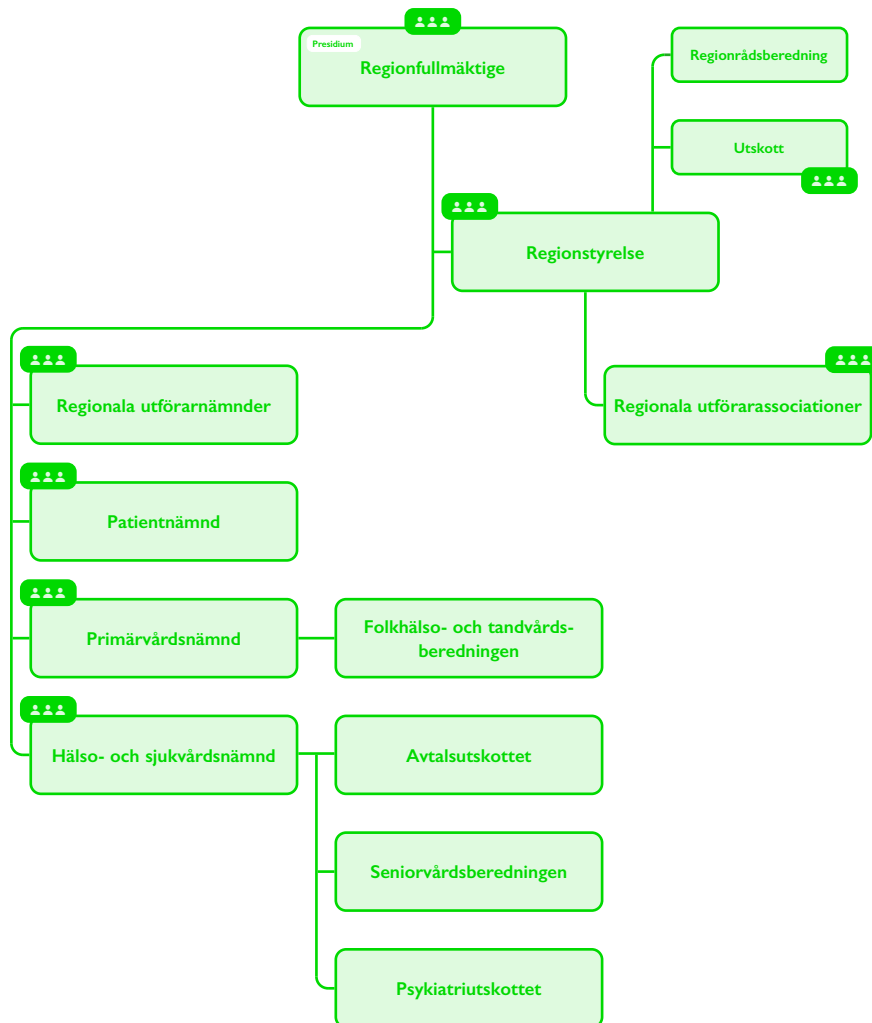
1224 På denna nivå finns även valberedning och arvodesberedning.

1225 6 kap. 44 § kommunallagen. Se Reglemente med anledning av ny politisk organisation beslutades av regionfullmäktige. Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-11-29 § 240 Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 samt justering av tidigare beslut om politisk organisation Dnr RS 2022–04495. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande gällande Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 daterat 2022-10-11 (reviderat 2022-10-13) Dnr RS 2022–04495.

1226 Se vidare Västra Götalandsregionen – Revisionsrapport Granskning av ny politisk organisation 2024-01-24.

14.2.2.1.3 Hälso- och sjukvårdens politiska ordning i Region Stockholm

För att ytterligare fördjupa vår förståelse för hur regionala politiska ordningen kan utformas har vi gjort en jämförelse med region Stockholm. Där har man genom rättsliga beslut beslutat om en något annorlunda politisk ordning.



FIGUR 14.
Politisk ordning Region Stockholm med fokus på hälso- och sjukvård.¹²²⁷

Även Region Stockholm har inrättat ett antal hälso- och sjukvårdsnämnder med egna nämndberedningar. Jämfört med Västra Götalandsregionen framstår Region Stockholms politiska ordning något mer decentraliserad på pappret, men i praktiken kan skillnaderna vara små.¹²²⁸ Den stora skillnaden jämfört med

¹²²⁷ Modellen är baserad på offentlig information från Region Stockholm och fokuserar på de organ som kopplar an till Region Stockholms hälso- och sjukvårdsarbete. Därav saknas vissa i organ i framställan.

¹²²⁸ Den är mer centraliserad i Västra Götalandsregionen.

Västra Götalandsregionens politiska ordning är att man placerat ansvaret för vårdutförandet inom ramen för regionala utförarassociationer som till sin natur är privaträttsliga subjekt. Ur ett rättsligt perspektiv är det intressant hur man genom rättsligt externa subjekt i form av vårdbolag, genomför och styr regionala hälso- och sjukvårdsangelägenheter såsom vårdutförande i egen regi.¹²²⁹ Även om man har kvar den politiska kontrollen över själva utförandet av vården så är det fortfarande frågan om en privatisering såtillvida att man flyttat verksamheten från regionen till bolag. Vi kommer att närmare utvärdera denna ordning nedan.

14.2.2.2 Regionfullmäktiges roll och ansvar för hälso- och sjukvården

Efter att vi skaffat oss en övergripande bild av den politiska ordningen är ett nästa steg att närmare utvärdera hur huvudmannaansvaret är fördelat. Vi börjar med att utvärdera regionfullmäktiges roll och ansvar för hälso- och sjukvården. Härigenom kommer vi också kunna utvärdera och diskutera regionfullmäktiges roll vad gäller hälso- och sjukvårdsreform och när det gäller implementering av hälso- och sjukvårdslagstiftning. Vi fokuserar även här på Västra Götalandsregionen som praktikfall. Utvärderingsresultatet och den därpå följande diskussionen om hur man politiskt kan bedriva hälso- och sjukvårdsreform och utveckla hälso- och sjukvården är enligt vår mening relevant för alla regioner.

Regionfullmäktige som arena för regional hälso- och sjukvårdspolitik

Ett första konstaterande är att det är regionfullmäktige som utgör den arena där hälso- och sjukvårdsreform ska bedrivas som politiska processer. I egenskap av högsta beslutsförsamling utgör Västra Götalandsregionens regionfullmäktige basen för det politiska självstyret och regionens hälso- och sjukvård, 5 kap. 1 § kommunallagen. Det är genom den politiska sammansättningen i regionfullmäktige som den röstberättigade allmänheten utövar sin demokratiska påverkan på hälso- och sjukvårdens regionala utveckling.¹²³⁰ Precis som på riksdagsnivå är det partipolitiken och partiernas politiska arbete som lägger grunden för hur hälso- och sjukvårdspolitik ska drivas. En viktig skillnad är dock att det inte föreligger någon regering på regional nivå. Den politiska sammansättning som föreligger i kommunfullmäktige ska även finnas i kommunstyrelse och nämnder.¹²³¹

Vår slutsats är att det även på regional nivå finns ett kontinuerligt behov av att de politiska partierna aktivt driver en politik vad gäller patientens rätt och hur vårdens personcentrering ska möjliggöras. Det finns behov av konkretion vad gäller ett politiskt programförklarande och arbete i detta avseende.

¹²²⁹ Ägardirektiv för Region Stockholms bolag i avsnitt 6.2 i Budget 2024 för Region Stockholm RS 2023-0160.

¹²³⁰ Kommunallagens regler om rösträtt för medborgare, 1 kap. 7 § kommunallagen. Själva förfarandet följer rättsregler om genomförande av regionval samt val av ledamöter i beslutsförsamlingarna i enlighet med vallagens rättsliga ordningar. Varje medborgare som har rösträtt är valbar som ledamot till regionfullmäktige, 4 kap. 3 § kommunallagen.

¹²³¹ Kommunfullmäktige är sammansatt utifrån hur många röster respektive parti fått i valet. Mandatfördelning styr sedan fördelning av antal ledamöter, ordförande m.m. i nämnder och styrelser.

Regionfullmäktiges beslutskompetens och ansvar för hälso- och sjukvården

Det är som noterats regionfullmäktige som har det övergripande uppdraget och även beslutskompetensen att styra och bestämma över hälso- och sjukvården. Det är följaktligen genom regionfullmäktigebeslut som de förtroendevalda utövar det politiska självstyret, 4 kap. kommunallagen.¹²³² Regionfullmäktiges position och uppdrag följer av kommunallagen. Själva beslutskompetensen utgår från kommunallagens rättsregler om att regionfullmäktige ska besluta i ärenden som är av principiell beskaffenhet eller som annars är av större vikt för regionen, 5 kap. 1 § kommunallagen. Regionfullmäktige ska fatta beslut i frågor som gäller: (i) mål och riktlinjer för verksamheten, (ii) budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor, (iii) nämndernas organisation och verksamhetsformer, (iv) val av ledamöter och ersättare i nämnder och beredningar, (v) val av revisorer, (vi) grunderna för ekonomiska förmåner till förtroendevalda, (vii) årsredovisning och ansvarsfrihet, (viii) folkomröstning i kommunen eller regionen, samt (ix) extra val till fullmäktige.

Viktig för hur regionfullmäktige ska utöva sin beslutskompetens är den egna arbetsordningen.¹²³³ Regionfullmäktige ska fatta beslut om en arbetsordning där man bl.a. tydliggör vad som gäller för regionfullmäktigesammanträden och handläggning av ärenden, se 5 kap. 71 §. Den i Västra Götalandsregionens beslutade arbetsordningen uppställer normer kring vilka ansvar och arbetsuppgifter regionfullmäktige har. Exempelvis är det regionfullmäktiges ordföranden som bestämmer när hälso- och sjukvårdsrelaterade ärenden ska behandlas i beslutsförsamlingen enligt 9 § i regionfullmäktiges arbetsordning. Det är rimligt att anta att regionfullmäktiges ordförande ser det som sitt strategiska ansvar att driva och följa hälso- och sjukvårdens utveckling. På personnivå kan man inte frigöra sig från att detta är en individ som åtminstone utifrån ett politiskt perspektiv har ett stort personligt ansvar för hälso- och sjukvården.

Regionfullmäktiges roll att tydliggöra och utveckla huvudmannaansvaret för hälso- och sjukvården

En viktig roll för regionfullmäktige, vilken följer av den generella beslutskompetensen, är att tydliggöra hur huvudmannaansvaret ska fördelas och även utvecklas inom den egna organisationen. Av lag följer att hälso- och sjukvårdsnämnder har beslutskompetens inom sitt verksamhetsområde. Viktigt är dock att regionfullmäktige inom ramen för det politiska självstyret, med vissa begränsningar, kan delegera beslutskompetens till nämnder. Dessa kan i sin tur delegera beslutskompetens till utskott inom ramen för den interna politiska beslutsordningen,

¹²³² De folkvalda ledamöter representerar den offentliga makten genom att rösta i regionala beslutsförsamlingar, 1 kap. 1 § regeringsformen. Grundläggande värden för att utöva den offentliga makten innefattar respekt för alla människors värde, den enskilda människans frihet och värdighet, skyldighet att verka för demokratins idéer och att värna om enskildas privat- och familjeliv m.m. Se vidare 1 kap. 2 § regeringsformen.

¹²³³ Arbetsordning för regionfullmäktige Dnr RS 2018–03535.

5 kap. 2 § och 6 kap. 41 § kommunallagen.¹²³⁴ Regionfullmäktige använder sig av reglementen för att styra nämndernas verksamhet och arbetsformer, 6 kap. 44 § kommunallagen. Besluten i dessa avseenden skapar en ordning för den interna rättsliga bundenheten.¹²³⁵

Det är alltså på detta sätt regionfullmäktige i Västragötalandsregionen utvecklat den politiska ordning för hälso- och sjukvården som presenterats ovan.¹²³⁶ Ett viktigt dokument i sammanhanget är det av regionfullmäktige beslutade styrdokument som beskriver de grundläggande principerna för Västra Götalandsregionens styrning och organisation inom ramen för det politiska självstyret.¹²³⁷

Regionfullmäktiges budgetbeslut och styrning avseende hälso- och sjukvård

Reformarbete och styrning av hälso- och sjukvården har i någon mening alltid sin politiska bas i regionfullmäktige. Av särskild betydelse är den av regionfullmäktige beslutade budgeten.¹²³⁸ Budgeten är ett grundläggande styrdokument när det gäller hur regionfullmäktige styr hälso- och sjukvården. Den sätter ramarna för både det strategiska utvecklingsarbetet och den operativa hälso- och sjukvårdsverksamheten. Budgeten återspeglar de mål som återfinns i regionens beslutade visioner och strategier för hälso- och sjukvårdens omställning m.m. Vi kommer också att närmare utvärdera hur budgeten används och kan användas vad gäller hälso- och sjukvårdens utveckling.

Viktiga instrument i regionfullmäktiges politiska styrning av hälso- och sjukvården är de redan nämnda reglementen för politiska styrelser och nämnder.¹²³⁹

¹²³⁴ Se även 6 kap. 37–38 §§.

¹²³⁵ När nämnda arbetsuppgifter återges i beslutade reglementen finns en rättslig bundenhet för respektive politiskt organ inom ramen för det regionala rättssubjektet uppfylla arbetsuppgifter. Det nämnda lägger också en grund för hur nämnderna ska utföra sitt arbete och ansvar att bereda hälso- och sjukvårdsärenden för huvudmannens regionfullmäktige samt verkställa sådana beslut, 6 kap. 3–4 §§ kommunallagen. Allt detta ligger i linje med kommunallagens bindande rättsregler där det framgår att huvudmannens nämnder ska bedriva verksamheten i enlighet med regionfullmäktiges rättsliga beslut och lagstiftning, 6 kap. 6 § kommunallagen.

¹²³⁶ Se avsnitt 14.2.2.1.2.

¹²³⁷ Se beslut Policy för styrning. Protokoll från regionfullmäktige daterat 2023-II-28 § 246 Reviderad policy för styrning 2023 Dnr RS 2022–03751. För mer information se koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-10-24. Se även Policy för styrning 2023–2026. Policyn beskriver organiseringen mellan de olika regionala aktörerna utifrån gällande styrningsprinciper och utgår från nämndernas ansvar, interna kontroll m.m. Policyn beskriver också översiktligt den interna organiseringen mellan regionens olika politiska organ, avtalsrelationer till externa aktörer såsom privata utförare, samt relationen mellan nämnder och styrelser och dess förvaltning. Därtill finns också en vägledning för nämnders och styrelserns arbete som konkretiserar regionens policy för styrning och som nämnderna kan använda direkt eller anpassa för sin verksamhet. Se vägledning för nämnders och styrelserns arbete, Dnr RS2017-04735, beslutad av regionstyrelsen 12 december 2017. Vägledningen ger mer detaljerad stöttning i hur nämndernas styrning ska utarbetas och verksamheterna planeras.

¹²³⁸ Vi kommer att utveckla vikten av budgeten i kommande avsnitt.

¹²³⁹ Västra Götalandsregionens fullmäktige har naturligtvis en viktig roll som beslutsförsamling för regionens reglementen med uppgifter och ansvar. Beroende på roll och position i den interna ordningen framgår olika uppdrag för god och jämlik hälso- och sjukvård. Se exempelvis regionens reglementen för regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset m.fl.

Vissa reglementen innefattar uppgifter att förvalta det strategiska och långsiktiga hälso- och sjukvårdsansvaret, medan andra har uppgiften att operationalisera och övervaka den konkreta hälso- och sjukvården.¹²⁴⁰ Intressant för detta arbete är hur regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen har fattat beslut om ett övergripande mål- och strategidokument för hälso- och sjukvårdens omställning.¹²⁴¹ Regionfullmäktige skapar härmed ett regionsgemensamt fundament för inriktningen och styrningen av Västra Götalands hälso- och sjukvård. Vidare finns ett antal styrande dokument för hälso- och sjukvårdsverksamhet i form av bl.a. visioner och policys.¹²⁴² Även denna politiska styrning kommer vi att närmare utvärdera nedan.

Regionfullmäktiges roll att följa upp och granska hälso- och sjukvårdens utförande

En ytterligare viktig roll för regionfullmäktige är att följa upp och granska vad som sker inom hälso- och sjukvården. Detta gäller utövandet av huvudmannaskapet såväl som vårdgivarrollen. Fullmäktige kan besluta om en revision för att granska i vilken utsträckning regionens verksamhet sköts på ett ändamålsenligt sätt, att den ekonomiska redovisningen är tillfredsställande och verksamhetens interna kontroll är tillräcklig.¹²⁴³ Fullmäktige beslutar om att utföra revision samt är också uppdragsgivare för den revision som sker av särskilda delar av verksamheten.¹²⁴⁴ Ett viktigt inslag i granskningen är rimligen i vilken utsträckning man följer tillämpliga lagar. Med beaktande av patientlagens karaktär och den diskussion som föreligger om nödvändigheten av att införa tydligare påföljder för bristande tillämpning kan man tycka att det borde vara särskilt angeläget för huvudmannen att vidta kontrollerande åtgärder.

Redan i detta sammanhang kan vi konstatera att implementeringen av statligt initierad hälso- och sjukvårdsreform på regional nivå kan vara förknippad med politiska utmaningar. De politiska företrädarna på regional nivå har rollen att själva bedriva hälso- och sjukvårdspolitik, samtidigt som de är ytterst ansvariga för att implementera den politik som bedrivs på statlig nivå.

1240 Ex. reglementen för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

1241 Ex. besluten Vision Västra Götaland – Det goda livet se beslut regionfullmäktigeprotokoll §59 daterat den 2005-04-05, Förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027 se beslut regionfullmäktigeprotokoll § 236 daterat den 2022-11-29. Se även Regionala utvecklingsstrategin Dnr RS 2022–04772, se beslut regionfullmäktigeprotokoll daterat 2021-02-16 § 13 Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030. Se även Färdplan – läns-gemensam strategi för god och nära vård Dnr RS 2018–05444, se beslut regionfullmäktigeprotokoll den 2022-06-13 § 138 och Hälso- och sjukvårdsavtal se beslut regionfullmäktigeprotokoll den 2022-06-13 § 137.

1242 Se beslut för regional rutin Handläggning regionala styrande dokument inom hälso- och sjukvård, Dnr HS 2021–01320.

1243 12 kap. 1 § kommunallagen.

1244 Ex. Revisionsrapport – Granskning av ny politisk organisation 2024-01-24 s. 53. Dnr REV 2023–00094, Yrkesrevisorer: Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen.

14.2.2.3 Regionstyrelsens roll och ansvar för hälso- och sjukvården

En andra aktör att utvärdera närmare är regionstyrelsen. På motsvarande sätt som för regionfullmäktige är vi intresserade av att fördjupa vår förståelse för vilket ansvar regionstyrelsen har inom ramen för hälso- och sjukvårdens huvudmannaskap. Vilken roll har regionstyrelsen när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling och drift? Viktigt i sammanhanget är att skaffa sig en mer utförlig bild av samspelet mellan regionfullmäktige och regionstyrelsen. Vi kommer i följande avsnitt att lyfta fram att detta skiljer sig tydligt från det mellan riksdag och regering. Regionstyrelsen är som redan konstaterats sammansatt utifrån den mandatfördelning som föreligger i fullmäktige. Även i detta avsnitt kommer vi att fokusera på Västra Götalandsregionen som praktikfall.

Regionstyrelsens roll att leda den politiska förvaltningen

Regionfullmäktige ska enligt kommunallagen utse en regionstyrelse med ansvar för att samordna och leda den politiska förvaltningen av regionens angelägenheter. Regionstyrelsen karaktäriseras ofta som det ledande politiska förvaltningsorganet med ansvar för den övergripande politiska styrningen. Detta ansvar gäller för hälso- och sjukvården. Det är också rimligt att särskilt lyfta fram regionstyrelsens ansvar för att ha överblick över, och även ta politiskt ansvar för, det reformarbete och den utveckling som sker av hälso- och sjukvården. Precis som i kommunfullmäktige är det de förtroendevalda politiker regionfullmäktige tillsätter som ledamöter vilka har att bereda ärenden och besluta i frågor som rör uppdraget.

Regionstyrelsens roll att bereda regionfullmäktiges hälso- och sjukvårdsärenden

Regionstyrelsen har ett särskilt ansvar att vara beredningsorgan i förhållande till regionfullmäktige. I denna roll ingår att hantera politiska ärenden, såväl som mer förvaltningsrättsliga ärenden.¹²⁴⁵ Det handlar i sak om att regionstyrelsen, inom ramen för regionens huvudmannaskap, bereder ärenden och sammanställer beslutsunderlag för regionfullmäktigebeslut avseende hälso- och sjukvården, 6 kap. 13 § kommunallagen.

Regionstyrelsens roll att implementera fullmäktiges hälso- och sjukvårdsbeslut

Regionstyrelsen har också en roll och ansvar för att implementera regionfullmäktiges beslut avseende hälso- och sjukvården, 6 kap. 2 § och 44 § kommunallagen.

¹²⁴⁵ Beredningsuppdrag för fullmäktige kan gälla exempelvis ärenden som nämns i ovan stycke. Se protokoll från kommunstyrelsenssammanträde § 79 daterat den 2005-03-15 – Vision Västra Götaland – Det goda livet, protokoll från regionstyrelsen daterat 2022-11-15 § 321 – Förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027 Dnr RS 2022–04772, protokoll från regionstyrelsen daterat 2021-01-26 § 10 – Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030 Dnr RS 2018-05444. Se även 3 § reglemente för regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022–04495.

Den mer konkreta innebörden av denna roll och ansvar följer i stor utsträckning av regionens utarbetade reglementen och övriga beslut.¹²⁴⁶

Västra Götalandsregionen har i ett reglemente tydliggjort regionstyrelsens ansvar för att implementera regionfullmäktiges beslut.¹²⁴⁷ Implementeringsansvaret innefattar samhällsuppdraget att tillhandahålla god hälso- och sjukvård inom Västra Götalandsregionen. I reglementet framgår det att regionstyrelsen ska utöva ägarskap över regionens vårdutförare i egen regi. Västra Götalandsregionen har därmed givit regionstyrelsen en uppsiktsplikt och ett övergripande samordningsansvar för att utförarstyrelserna bedriver sin verksamhet enligt de reglementen regionfullmäktige beslutat, samt i övrigt ändamålsenligt, 6 kap. 1 § kommunallagen.¹²⁴⁸ Ansvaret innebär exempelvis att regionstyrelsen utövar tillsyn av vårdens tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet samt hållbarhet. Detta är naturligtvis frågor som tangerar de hälso- och sjukvårdsmål och inriktningar som Västra Götalandsregionen genom regionfullmäktige beslutat. I sammanhanget kan också nämnas att regionstyrelsen företräder Västra Götalandsregionen i egenskap av vårdgivare, 6 kap. 15 § kommunallagen.¹²⁴⁹

I övrigt har Västra Götalandsregionen bl.a. ålagt regionstyrelsen ansvaret att hantera och följa upp den egna hälso- och sjukvårdsverksamheten samt att hantera verksamhetens utförande i enlighet med regionfullmäktiges mål och strategier.¹²⁵⁰ Det gör att regionstyrelsen genom sin uppsiktsplikt kan ha en normerande påverkan på verksamheten. Detsamma gäller för regionstyrelsens beslutskompetens för att anta olika regionala delegeringsordningar, instruktioner, planer, riktlinjer, rutiner m.m. för utförande av regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet.¹²⁵¹ Härav följer att regionstyrelsen har relativt goda förutsättningar att ta ansvar för implementeringen av patientlagen och bedriva hälso- och sjukvårdsreform.

Regionstyrelsen roll att hantera särskilt delegerad beslutskompetens avseende hälso- och sjukvården

Regionfullmäktige kan inom ramen för den politiska ordningen tilldela beslutskompetens till regionstyrelsen. Det gäller dock inte beslut som rör de andra nämndernas myndighetsutövning, 6 kap. 8 § kommunallagen. I regionstyrelsen sitter förtroendevalda politiker. Regionstyrelsens beslutsordningar för hälso- och sjukvårdsärenden följer ordningar för sammanträdesbeslut eller delegationsbeslut där enskilda ledamöter beslutar i ärendet. Tilldelning av beslutskompetens sker genom att regionstyrelsen beslutar och fastställer delegeringsordning inom ramen

¹²⁴⁶ Det innebär ordningar om tilldelning av verksamhetsområde, arbetsuppgifter, ansvar, uppföljning m.m. Se exempelvis Reglemente för regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022-04495, antaget av regionfullmäktige den 29 november 2022.

¹²⁴⁷ Se vidare 5 § reglemente för regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022-04495.

¹²⁴⁸ Se vidare 4 § reglemente för regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022-04495. Se även 6 kap. 1 § kommunallagen.

¹²⁴⁹ Se vidare 15b) § reglemente för regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022-04495.

¹²⁵⁰ Se vidare 10-14 §§ reglemente för regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022-04495.

¹²⁵¹ Regional rutin Handläggning regionala styrande dokument inom hälso- och sjukvård Dnr HS 2021-01320.

för regionstyrelsens område.¹²⁵² För regionstyrelsen i Västra Götaland finns fyra delegeringsområden för hälso- och sjukvård; läkemedelsförsörjning, utlämnande från biobanker, avtal med läkemedelsföretag om vissa aspekter av läkemedelsförmåner samt ansökan till IVO om sprutbytarverksamhet.¹²⁵³

Regionstyrelsens roll att hantera utskott och nämndberedningar

En ytterligare roll för regionstyrelsen är att hantera utskott och nämndberedningar. Västra Götalandsregionen har genom regionfullmäktige beslutat att regionstyrelsen ska organisera och driva tre utskott (ägarutskottet, hållbarhetsutskottet och personalutskottet), 3 kap. 5 § kommunallagen.¹²⁵⁴ Utskotten ska vara behjälpliga vid beredning av ärenden inom olika områden och kan även fatta vissa beslut på delegation. Västra Götalandsregionens beredningar är inga självständiga organ – de är organiserade under någon av hälso- och sjukvårdsnämnderna eller regionstyrelsen. Fullmäktige har beslutat att beredningen ska utföra beredningsuppdrag för prioriterade hälso- och sjukvårdsområden inom den politiska styrningen.¹²⁵⁵ Regionstyrelsen har exempelvis tillsatt beredningen för mänskliga rättigheter och beslutat om nämndens uppgiftsbeskrivning.¹²⁵⁶ Beredningen ska hantera ärenden som rör regionstyrelsens systematiska arbete i olika delar gällande mänskliga rättigheter.

14.2.2.4 Politiska nämnder med roller och ansvar för hälso- och sjukvård

Viktiga aktörer inom den politiska hälso- och sjukvårdsordningen är nämnderna. På motsvarande sätt som ovan är vi intresserade av vilken roll och ansvar dessa nämnder har när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling och drift. Vi är intresserade av en fördjupad förståelse för vilket ansvar nämnderna som arbetar med hälso- och sjukvård har i förhållande till regionfullmäktige och regionstyrelsen. Som redan framgått kan det föreligga relativt stora skillnader mellan olika regioner när det gäller hur man valt att organisera verksamheten inom nämnderna. Vi kommer att utgå från hur Västra Götalandsregionen har valt att organisera sin verksamhet, men kommer att kontinuerligt reflektera över nämndernas mer generella roll och ansvar.¹²⁵⁷

¹²⁵² Delegeringsordning regionstyrelsen Västra Götalandsregionen, fastställd av regionstyrelsen i protokoll daterat 2023-04-25 § 85.

¹²⁵³ Delegeringsordning regionstyrelsen nr 38–41. Övriga områden för delegeringsbeslut omfattar beslut för regionstyrelsen samt regionstyrelsens regionövergripande uppdrag såsom exempelvis personal- och förhandlingsärenden, ekonomiärenden, upphandling m.m.

¹²⁵⁴ Se även reglemente för regionstyrelsen.

¹²⁵⁵ Se vidare 26 § reglemente för regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022-04495.

¹²⁵⁶ Protokoll från regionstyrelsen daterat 2022-12-13 § 372 Uppgiftsbeskrivningar för regionstyrelsens utskott och beredningar Dnr RS 2022-05601. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2022-12-05.

¹²⁵⁷ Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-04-12 § 66 Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027 Dnr RS 2022-01294. Se även yrkande Styrgruppen politisk organisation daterat 2022-03-07.

14.2.2.4.1 Nämnd/nämnder med ansvar att bereda, genomföra och följa upp regionfullmäktiges hälso- och sjukvårdsbeslut

Det är som sagt regionfullmäktige som beslutar om i vilken utsträckning det ska finnas nämnder med ansvar för hälso- och sjukvården. Ett undantag är d.s.k. patientnämnderna, vars existens är obligatorisk. Även om det är teoretiskt möjligt för huvudmannen att hantera det politiska ansvaret inom ramen för regionfullmäktige och regionstyrelse så är det i princip uteslutet i praktiken. Det är regelmässigt inom ramen för nämndernas arbete som hälso- och sjukvården i stor utsträckning utvecklas och hanteras utifrån ett politiskt perspektiv. En central fråga är givetvis hur avancerad nämndstruktur som är erforderlig. Detta skiljer sig rimligen åt beroende på regionens storlek.

På ett generellt plan kan vi konstatera att hälso- och sjukvårdsnämnderna ansvarar för att genomföra den hälso- och sjukvårdspolitik regionfullmäktige beslutat om. I ansvaret ingår att säkerställa att hälso- och sjukvården uppfyller de krav som uppställs i lag och andra bindande rättskällor, 3 kap. 4 § kommunallagen. Redan här kan vi konstatera att nämnderna har en viktig roll när det gäller att implementera patientens rätt. I Västra Götalandsregionen utgör också de beslutade reglementena viktiga underlag för nämndernas ansvar.¹²⁵⁸ Reglementena föreskriver bl.a. vad som är nämndernas roll, ansvarsområde, organisation, arbetsuppgifter m.m.¹²⁵⁹ Det framgår också i reglementena att nämnderna i sin verksamhet ska följa det som regionfullmäktige beslutat i reglemente, budget eller genom andra särskilda beslut.

Som nämnts tidigare har regionstyrelsen ansvar för hälso- och sjukvårdsnämndernas verksamhet. Samtidigt är nämnderna politiska organ med eget ansvar för sin hälso- och sjukvårdsverksamhet i frågor som rör förvaltningen eller har sin grund i lag eller annan författning. Av lag framgår att regionfullmäktige kan delegera beslutsfattande till nämnderna, 6 kap. 3 § kommunallagen. Det är följaktligen primärt i relation till regionfullmäktige, men även regionstyrelsen, som nämnderna har att rapportera och hantera sitt ansvar. Inom ramen för denna relation kan man, enligt vår mening, tydliggöra ett antal generella roller och ansvar vad gäller hälso- och sjukvårdens utveckling och så även avseende implementeringen av hälso- och sjukvårdslagstiftning.

¹²⁵⁸ Beslut om reglementen i fullmäktige, 6 kap. 44 § kommunallagen. Se protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-11-29 § 240 Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 samt justering av tidigare beslut om politisk organisation Dnr RS 2022–04495. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande gällande Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 daterat 2022-10-11 (reviderat 2022-10-13) Dnr RS 2022–04495.

¹²⁵⁹ Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-04-12 § 66 Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027 Dnr RS 2022–01294. Se även yrkande Styrgruppen politisk organisation daterat 2022-03-07. Se protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-11-29 § 240 Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 samt justering av tidigare beslut om politisk organisation Dnr RS 2022–04495. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande gällande Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 daterat 2022-10-11 (reviderat 2022-10-13) Dnr RS 2022–04495.

Rollen och ansvaret att bereda ärenden

Hälso- och sjukvårdsnämnder har ett ansvar för att bereda ärenden för regionfullmäktigebeslut avseende hälso- och sjukvården. Beredningsansvaret gäller inom ramen för nämndernas verksamhetsområde. Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen har även beslutat om ett antal nämndberedningar inom ramen för sin verksamhet. Nämndberedningarna är närmast en resurs för att bereda politiska ärenden för regionens nämnder och saknar egen beslutskompetens. Beslut fattas av den aktuella nämnden som erhåller beredningsunderlaget.

Ett för detta arbete intressant exempel på en nämndberedning är Beredningen för nära vård som har inrättats genom beslut av den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden. Nämnden har beslutat om en uppgiftsbeskrivning som innefattar ansvar och arbetsformer för Beredningen för nära vård.¹²⁶⁰ Enligt uppgiftsbeskrivningen ansvarar nämndberedningen för att bereda ärenden för strategiska nämnden inom området nära vård. Nämndberedningen fokuserar särskilt på området vårdval inom primärvården och arbetet med Krav – och kvalitetsboken, samt det kvalitetsarbete som görs i relation till förfrågningsunderlag för valfrihetssystemen. I övrigt ska nämndberedningen bevaka omställningen i hälso- och sjukvården och primärvårdens roll inom området nära vård och arbetet med att öka jämlik tillgång till vård m.m.

En annan nämndberedning som inrättats av strategiska nämnden är Beredningen för psykisk hälsa med en tillhörande uppgiftsbeskrivning.¹²⁶¹ Nämndberedningen ska bereda ärenden avseende psykisk hälsa inom ett antal områden, exempelvis för våldsutsatthet, beroendeproblematik, samt kvinnors, ungas och äldres hälsa. Centrala frågor i arbetet omfattar att stödja den strategiska nämndens arbete med förbättrad psykisk hälsa för regionens befolkning. Därtill ska nämndberedningen på andra sätt uppmärksamma och verka för psykisk hälsa som en del av den regionala vården samt samverka mellan aktörer som skola, socialtjänst, andra vårdgivare, patienter och anhöriga. Andra uppgifter innefattar att bevaka och stödja genomförande av styrande dokument inom hälso- och sjukvårdsområdet för psykisk hälsa samt rapportera iakttagelser och föreslå förbättringar till strategiska nämnden.

Rollen och ansvaret att verkställa beslut avseende hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsnämnder har också ett ansvar att verkställa de beslut som regionfullmäktige tar inom ramen för nämndens verksamhetsområde, 6 kap. 4 § kommunallagen. Det följer av att de hälso- och sjukvårdsangelägenheter som regionfullmäktige beslutar om rör det verksamhetsområde som tilldelats nämnden. Verkställandets natur beror på vilken typ av beslut som regionfullmäktige fattat.¹²⁶²

¹²⁶⁰ Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-06-22 § 79 Inrättande av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens beredning för nära vård Dnr SSN 2023-00482. Se koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-06-14.

¹²⁶¹ Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-04-27 § 52 Inrättande av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens beredning för psykisk hälsa Dnr SSN 2023-00407. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-04-17.

¹²⁶² Se vidare avsnitt 14.2.5.

Rollen och ansvaret att fatta egna hälso- och sjukvårdsbeslut

Nämnder har en egen kompetens att fatta beslut avseende hälso- och sjukvårdsangelägenheter. Det är regelmässigt en mer avgränsad beslutskompetens som är kopplad till det tilldelade ansvarsområdet.¹²⁶³ Här innefattas typiskt sett att besluta om fördelning av medel genom detaljbudgetar, verksamhetsplaner och antagande av styrande dokument, instruktioner, planer, riktlinjer m.m.¹²⁶⁴ Nämndens beslutsförsamling vid sammanträden består, som framgått, av förtroendevalda politiker.¹²⁶⁵

För detta arbete är det särskilt intressant att den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen har beslutskompetens avseende uppdrag som innefattar gemensamt införande av nya behandlingsmetoder och läkemedel, vilket ger den operativa nämnden en betydande roll i regionens kunskapsstyrning. Operativa nämnden har också ett ansvar mot de delregionala nämnderna att bereda och skyndsamt besluta i ärenden som nomineras av dem.¹²⁶⁶ Det ligger även inom nämndens uppgift att hantera patientnämnderna och återkoppling gällande synpunkter på regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet.¹²⁶⁷

Rollen och ansvaret att följa upp och granska hälso- och sjukvårdsbeslutens implementering

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har krav på sig att granska sin verksamhet och dess utfall mot de mål och riktlinjer som regionfullmäktige beslutat, samt andra bestämmelser i lag och författningar som är tillämpliga på verksamheten, 6 kap. 6 § kommunallagen. I uppföljningsarbetet behöver nämnderna beakta huvudmannens förpliktelser enligt lag avseende planering, utförande och uppföljning av den regionala hälso- och sjukvårdsverksamheten, se intern kontroll enligt 6 kap. 6 § 2 st. kommunallagen. Vidare uppföljning sker genom extern revision av årsredovisningen, vilket i sin tur fastställs i respektive nämnd. Uppföljningsarbetet redovisas för regionstyrelsen.

I sammanhanget kan nämnas att den operativa nämnden följer upp och granskar beslutsprocesser och verkställande av beslut som gäller vårdöverenskommelser och

¹²⁶³ Nämndernas beslutsordning innefattar sammanträdesbeslut och delegationsbeslut. Sammanträdesbesluten följer av kommunallagens regler för politiska sammanträden medan delegationsbesluten grundar sig på nämndens beslutade delegationsordningar. Se exempelvis delegeringsordning operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, se sammanträdesprotokoll daterat 2023-01-17 § 7, reviderad 2023-06-08 § 170.

¹²⁶⁴ För det fall det handlar om regionövergripande planer eller riktlinjer så är regionstyrelsen behörig beslutsfattare. Se regional rutin Handläggning regionala styrande dokument inom hälso- och sjukvård, Dnr HS 2021-01320.

¹²⁶⁵ Förvaltningsbesluten kan beroende på ärendets natur omfatta delegater som produktionsdirektör för hälso- och sjukvård och avdelningschefen för primärvården är delegat (ärenden kopplade till vårdval). Se vidare delegeringsordning operativa hälso- och sjukvårdsnämnden nr 20. Andra delegat kan gälla för FoU-chefen för hälso- och sjukvård gällande ärenden för FoU-verksamhet. Se vidare delegeringsordning operativa hälso- och sjukvårdsnämnden nr 31 och 32.

¹²⁶⁶ Se avsnitt 14.2.2.4.3 nedan.

¹²⁶⁷ 6 § Reglemente för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022-04495.

vårdavtal med vårdgivare. Inom ramen för de rättsliga ordningarna ingår också uppgiften att följa upp och granska genomförandet av givna uppdrag och avtal. Om utförare inte följer uppdraget kan nämnden besluta att omfördela uppdraget och de tilldelade resurserna. Den operativa nämnden har till uppgift att hushålla med regionens resurser och tillgodose en god tillgänglighet till vård som uppfyller lagstiftningens krav på tillgänglighet.¹²⁶⁸ De delregionala nämnderna beslutar också om uppföljnings- och granskningsarbete kring måluppfyllnad, aktiviteter m.m. De delregionala nämnderna ska utifrån dessa dialoger vid behov nominera ärenden till den operativa nämnden för skyndsamt ställningstagande.¹²⁶⁹

14.2.2.4.2 Nämnd/nämnder med strategiskt ansvar att planera och långsiktigt bedriva hälso- och sjukvård

Regionerna kan som sagt dela upp ansvaret för hälso- och sjukvården på ett flertal nämnder. En intressant fördelning är den där man ger en nämnd ett mer strategiskt ansvar för hälso- och sjukvården. Västra Götalandsregionen har genom regionfullmäktigebeslut utsett den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden till sitt ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organ.¹²⁷⁰ I sitt arbete företräder nämnden Västra Götalandsregionen i externa relationer. Den strategiska nämnden är ansvarig för regionens långsiktiga mål och utveckling avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet.¹²⁷¹ Exempelvis har nämnden tilldelats ansvaret att säkerställa regionövergripande perspektiv för en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård i Västra Götaland.¹²⁷²

Nämndens har i uppdrag att långsiktigt verka för god och jämlik hälsa och en vård på lika villkor i Västra Götaland. Uppdraget innefattar bland annat att ta fram relevanta regiongemensamma planer, riktlinjer m.m. för konkretisera utförandet av vården.¹²⁷³ Exempelvis kan det innebära att nämnden inom ramen för sin rättsliga kompetens utformar och beslutar om regionala medicinska riktlinjer för regional tillämpning av nationella vårdprogram eller riktlinjer för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.¹²⁷⁴ Ansvaret kan också bestå i

¹²⁶⁸ Se 2–3 §§ Reglemente för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022–04495. Se även sammanträdesprotokoll från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-03-22 § 42 Samlad uppföljning av avtal och vårdöverenskommelser 2022 Dnr OSN 2023–01509.

¹²⁶⁹ 3 § Reglemente för delregional nämnd i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022–04495.

¹²⁷⁰ Reglemente för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022–04495.

¹²⁷¹ 3 § Reglemente för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022–04495.

¹²⁷² 2 § Reglemente för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022–04495.

¹²⁷³ 3–4 §§ Reglemente för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022–04495.

¹²⁷⁴ Det finns i dagsläget nästa 300 regionala medicinska riktlinjer inom Västra Götalandsregionen. Drygt 30 av dessa avser regional tillämpning av nationella vårdprogram med övervikt av vårdprogram för cancersjukdomar. Regionala medicinska riktlinjer för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp avser områden för hjärtsvikt, KOL, kritisk benischemi samt schizofreni förstagångsinsjuknande, se Västra Götalandsregionens webbsida Vårdgivarwebben, Regionala medicinska riktlinjer och rutiner.

att fastställa regionens genomförandeplaner samt genomförande av uppföljning och granskning av den regionala hälso- och sjukvårdsverksamheten.¹²⁷⁵ Den strategiska nämnden har även ett rättsligt ansvar för att följa upp patientnämnderna och deras synpunkter på regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet.¹²⁷⁶ Nämnden ska i sitt arbete följa regionens beslutade målstyrningsdokument, exempelvis den regionala omställningsstrategin.¹²⁷⁷

14.2.2.4.3 Nämnd/nämnder med operativt ansvar för hälso- och sjukvård

Det kan falla sig naturligt att i förhållande till en nämnd med ett strategiskt ansvar inrätta nämnder med mer operativt ansvar. Västra Götalandsregionen har genom regionfullmäktige tillsatt en operativ hälso- och sjukvårdsnämnd med ansvar och rättslig kompetens att förvalta regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet ur ett kortare perspektiv. I uppdraget ingår att förverkliga och konkretisera den strategiska nämndens måldokument och planer. Av reglementet framgår att nämnden har ansvaret att besluta om uppdrag till egna utförarverksamheter och att sluta avtal med externa vårdgivare.¹²⁷⁸ Den operativa nämnden är tänkt att fungera som en operationell länk mellan den strategiska politiska nivån och utförarnivån. Detta ska ske genom att nämnden på olika sätt tillgodogör sig utförarnas erfarenhet och kunskap för att därefter föra vidare informationen så att den innefattas i den strategiska nämndens mål- och strategiarbete.

Ett för detta arbete intressant ansvar är att besluta om styrmedel för kvalitativ primärvård och rehab.¹²⁷⁹ Inom ramen för detta arbete utvecklar nämnden ett förfrågningsunderlag som ska tillämpas då man ingår avtal med externa vårdgivare, vilka verkar som leverantörer av vårdtjänster till regionen enligt lagen om valfrihet.¹²⁸⁰ I förfrågningsunderlagen uppställs krav som den externa vårdgivaren måste uppfylla. Kraven avser organisering, kvalitet av vårdutförandet, uppföljning m.m. De s.k. krav- och kvalitetsböckerna är i sammanhanget viktiga instrument för att konkretisera och implementera regionens strategiska mål, de krav som följer av lagstiftning och av regionens beslutade styrdokument.

14.2.2.4.4 Nämnd/nämnder med delregionalt ansvar

Ett annat sätt att fördela ansvar avseende hälso- och sjukvården är att inrätta nämnder som svarar för ett visst geografiskt område inom regionen. I Västra Götalandsregion har regionfullmäktige beslutat om att inrätta fem delregionala nämnder

¹²⁷⁵ Lägg till dokumenten. Se exempelvis strategiska nämndens uppföljning av genomförandeplan för omställningsstrategin.

¹²⁷⁶ 6 § Reglemente för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022-04495

¹²⁷⁷ En förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027. Se regionfullmäktigeprotokoll § 236 daterat den 2022-11-29. Se även Dnr RS 2022-04772.

¹²⁷⁸ Avsnitt A och 2–3 §§ Reglemente för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022-04495.

¹²⁷⁹ Se Krav och kvalitetsböcker för vårdvalen vårdcentral och rehab. Se sammanträdesprotokoll från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-09-27 § 259 Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral 2024 Dnr OSN 2023-00308 och § 260 Krav- och kvalitetsbok Vårdval Rehab 2024 Dnr OSN 2023-00424.

¹²⁸⁰ Se vidare avsnitt 14.6.2.1.

med geografiskt fokus på Göteborg, norra, södra, östra och västra regionen. I dessa nämnders uppdrag ingår bl.a. att upprätthålla dialog avseende hälso- och sjukvård med kommunala huvudmän inom området, patientföreningar och andra aktörer inom civilsamhället. De delregionala nämnderna har också ansvar för att regionens måldokument och strategiska planer förverkligas på delregional nivå.¹²⁸¹ Här innefattas uppdraget att realisera regionens måldokument och strategiska planer för god och jämlik vård inom de geografiska upptagningsområdena.

14.2.2.4.5 Patientnämndernas roll och ansvar att säkerställa hantering av klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård

Som nämnts ska det finnas en eller flera patientnämnder inom en region, 1 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Dessa nämnder har till uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående. De är därför av särskilt intresse för detta arbete. Enligt 3 § ska patientnämnderna bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Detta ska ske genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter, samt genom att uppmärksamma regionen eller kommunen på riskområden och hinder av vården. Det måste vara mer eller mindre självklart att inom ramen för detta uppdrag verka för att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad.

Västra Götalandsregionen har inrättat fem patientnämnder, vilka på motsvarande sätt som de delregionala nämnderna verkar inom ett geografiskt område (Göteborg, norra, södra, västra och östra). Patientnämnderna är som sagt politiskt sammansatta och är såtillvida en del av den politiska styrningen av hälso- och sjukvården.¹²⁸² Detta ska dock ses i ljuset av de verksamhetskrav som framgår av lag. Patientnämnderna ska fungera som opartiska instanser med uppgiften att hjälpa enskilda patienter att framföra synpunkter och klagomål på den regionala hälso- och sjukvårdsverksamheten, 2 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Mer specifikt ska patientnämnderna:

”1. tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, 2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, 3. rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter, 4. informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet.”

Regionen är skyldig att organisera patientnämnderna så att deras självständighet bevaras, 4 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.¹²⁸³

¹²⁸¹ Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-11-29 § 240 Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 samt justering av tidigare beslut om politisk organisation Dnr RS 2022–04495. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande gällande Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 daterat 2022-10-11 (reviderat 2022-10-13) Dnr RS 2022–04495.

¹²⁸² Den Norra patientnämnden har en särskild ställning eftersom man är anställningsmyndighet samt tillhandahåller tjänstemannastöd inom regionen och i övrigt ska säkerställa att verksamheterna bedrivs enligt fullmäktiges mål och styrmodeller samt lagar och författningar. Samråd sker mellan patientnämnderna.

¹²⁸³ Viktigt avseende patientnämnderna är brukarinflytandet enligt kommunallagens bestämmelser, 8 kap. 3 § kommunallagen. Se vidare nedan.

Regionfullmäktige har i sitt reglemente bl.a. tydliggjort att patientnämnderna ska föra dialog med de delregionala nämnderna och systematiskt åiterrapportera till regionens nämnder och styrelser. Åiterrapportering sker främst till de strategiska och operativa hälso- och sjukvårdsnämnderna som har en särskild uppgift att beakta patientnämndernas systematiska återkoppling.¹²⁸⁴ Genom att ta initiativ till utveckling ska patientnämnderna vara med och stärka patientens ställning och förbättra vården. Regionen har även beslutat att patientnämnderna i sitt arbete har rätt att begära uppgifter och biträde från andra nämnder och styrelser.¹²⁸⁵ Sammantaget bör patientnämnderna kunna spela en central roll när det gäller att driva utvecklingen avseende personcentrerad vård och säkerställandet av patientens rätt och ställning.

14.2.2.5 Revisorskollegiets roll och ansvar att granska regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet

Revisorskollegiet är en viktig aktör vad gäller Västra Götalandsregionens revision av hälso- och sjukvårdsarbetet. Revisionsarbetet ska utföras i enlighet med av regionfullmäktige beslutade reglemente.¹²⁸⁶ Kollegiet består av förtroendevalda revisorer som har till uppgift att årligen granska regionens verksamheter. Inom ramen för uppdraget ska revisorskollegiet verka för ”ett gemensamt, samordnat och kollektivt arbetssätt” vad gäller planering, genomförande och avrapportering av revisorernas revisionsuppdrag. Revisorskollegiet ska också i enlighet med reglementet löpande rapportera till regionfullmäktige, lämna delårsrapporter samt i övrigt utföra och rapportera granskningsarbetet enligt speciallagstiftning.¹²⁸⁷ Revisorskollegiet är i sammanhanget ett viktigt organ för granskningsbeslut och huruvida regionen sköter sin verksamhet i enlighet med lagar, författningar och regionsfullmäktigebeslut samt i övrigt på ändamålsenligt sätt. Även beträffande revisorskollegiet bör man, enligt vår mening, ta upp frågan om det inte ska ingå i deras uppdrag att utvärdera implementering av hälso- och sjukvårdslagstiftning, som exempelvis patientlagen.

14.2.3 Huvudmannens förvaltningsordning för hälso- och sjukvård

I detta underavsnitt kommer vi att närmare utvärdera den regionala förvaltningens betydelse för hälso- och sjukvårdens huvudmannaskap. Vi är intresserade av att förstå både hur förvaltningen utgör en rättslig ordning med egen logik och hur den är en integrerad del av den politiska ordningen. Härigenom kommer vi också att kunna utvärdera och diskutera förvaltningens roll i hälso- och sjukvårdsreform och när det gäller att implementera patientlagen och annan hälso- och sjukvårdslagstiftning. Även i denna del kommer vi att utgå från tillämplig lagstiftning för att därefter utvärdera Västra Götalandsregionens förvaltning. När det gäller hur förvaltningen är organiserad kommer vi att göra en jämförelse med Region Stockholm.

¹²⁸⁴ 4 § Reglemente för patientnämnd i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022–04495.

¹²⁸⁵ 3 § Reglemente för patientnämnd i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2022–04495.

¹²⁸⁶ Reglemente för revisorskollegiet. Se sammanträdesprotokoll 19 september 2017 § 188 Dnr REV 57-2016.

¹²⁸⁷ A 11 §, A 16 § samt B 1 § reglemente för revisorskollegiet.

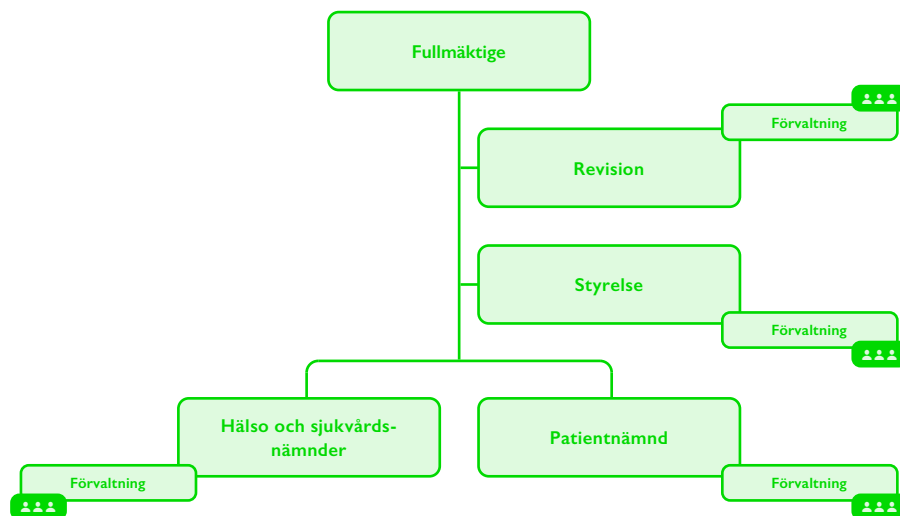
14.2.3.1 Organisering av förvaltningens ansvar för hälso- och sjukvården

Även i denna del börjar vi med kartlägga vad som utgör själva förvaltningsordningen på ett övergripande plan. På motsvarande sätt som ovan kommer vi att utgå från lagstiftningens krav.

14.2.3.1.1 En grundmodell för hälso- och sjukvårdens förvaltningsordning

Organiseringen av den offentliga förvaltningen har sin rättsliga grund i regeringsformen, 1 kap. 8 §. En grundprincip är att förvaltningen och dess tjänstemän följer den politiska organisationen. Om vi applicerar nämnda princip på den ”grundmodell” vi identifierat i avsnittet om den politiska ordningen så kan vi utveckla enligt följande.

FIGUR 15.
Förvaltningsorganisation
för den politiska
ordningens grundmodell.



Inom ramen för den interna organisationen finns förvaltningsorganisationer för regionstyrelse och nämnder. Styrelsen har som vi redan konstaterat ett ansvar att leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter, 6 kap. 1 § kommunallagen. På motsvarande sätt styr de politiska den förvaltning som ska understödja dem, 6 kap. 3 §. Innebörden är således att styrelsen och nämnderna styr över sin förvaltningsorganisation och sitt tjänstemannastöd i de politiska ärende- och beslutsprocesserna. Under regionstyrelsen ska det finnas en förvaltningsorganisation som leds av tjänstemän och har till uppgift att stödja regionstyrelsen. Styrelsen ska utse en direktör som ska ansvara för nämnda förvaltningsorganisation under styrelsen, 7 kap. 1 § kommunallagen. Styrelsen ska även besluta om en instruktion för direktören, 7 kap. 2 § kommunallagen.¹²⁸⁸

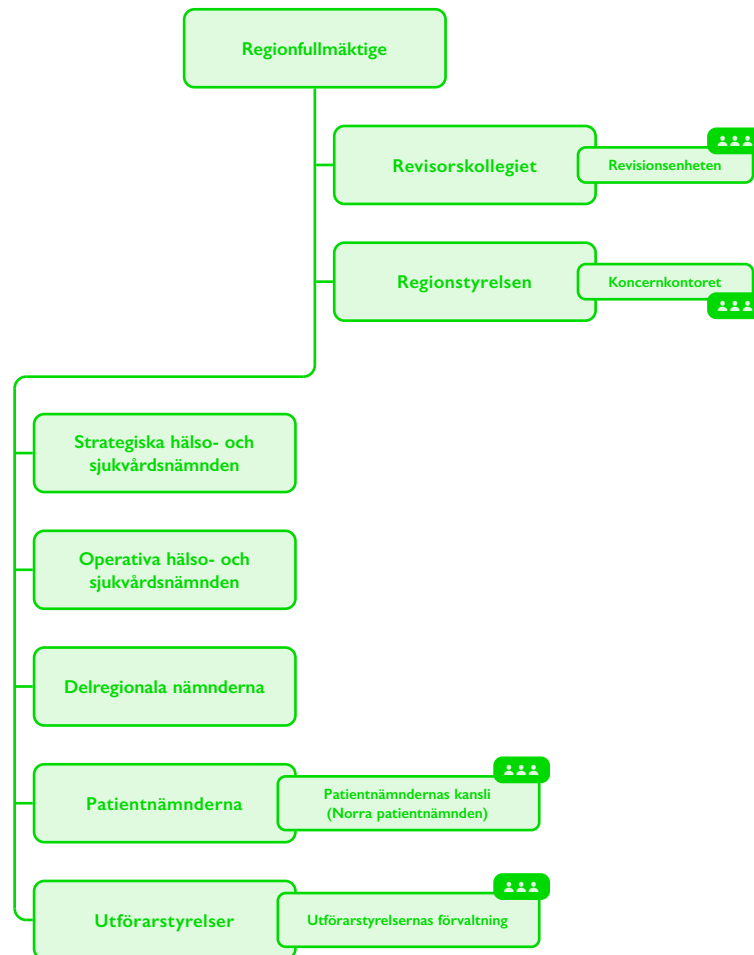
Även hälso- och sjukvårdsnämnder ska ha en egen förvaltning. Ansvariga personer inom ramen för nämndernas verksamhet är förvaltningschefer, se vidare 7

¹²⁸⁸ En dylik instruktion kan inkludera instruktioner direktörens ansvar för personal, organisationsförändringar inom regionstyrelsens förvaltning m.m. med stöd av nämnda instruktion. Se beslut från regionstyrelse Region Kalmar län beslutsprotokoll daterat 2018-12-05 § 200 Dnr 180272.

kap. kommunallagen.¹²⁸⁹ Vidare ska även patientnämnden ha en egen förvaltningsorganisation. Till skillnad från förtroendevalda politiker vilka således har politiska förtroendeuppdrag, är tjänstemännen anställda i regionens verksamheter. Det gör att regionen därmed ikläder sig ett arbetsgivaransvar gentemot arbetstagna i verksamheten. Som nämnts tidigare kan straff- och skadeståndsrättsliga ansvar även träffa de anställda vid felaktigheter i yrkesutövandet. Det åligger tjänstemännen ett särskilt ansvar för verksamhetens kvalitet.

14.2.3.1.2 Hälso- och sjukvårdens förvaltningsordning i Västra Götalandsregionen

När det gäller Västra Götalandsregionen, och den förvarande politiska ordningen, ser förvaltningsordningen ut på följande sätt.



FIGUR 16.
Förvaltningsorganisation för
Västra Götalandsregionen

¹²⁸⁹ Personer om innehar chefspositioner i den regionala förvaltningen är inte valbar för förtroendeuppdrag i regionen, 7 kap. 3 § kommunallagen.

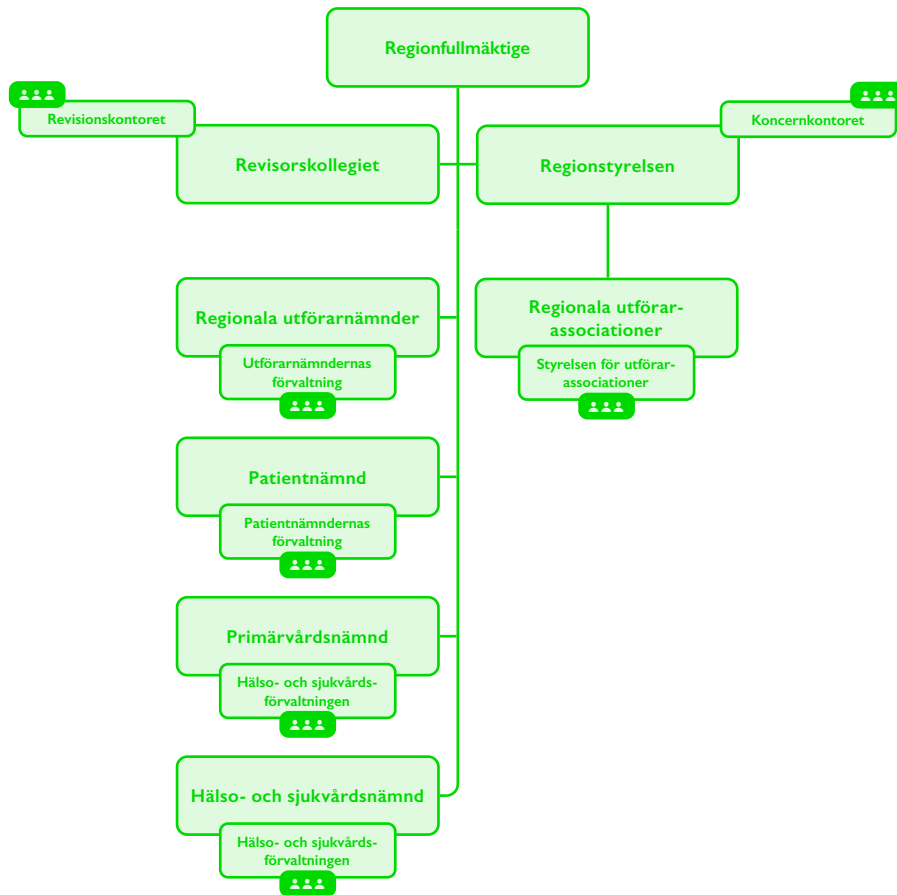
Västra Götalandsregionen har genom regionfullmäktige beslutat om sin förvaltningsorganisation.¹²⁹⁰ De beslut som Västra Götalandsregionen tagit gällande sin politiska ordning och organisering lägger följaktligen grunden även för förvaltningsordningen. Ur ett förvaltningsorganisatoriskt perspektiv har regionen i sin modell valt att centralisera stora delar av sin förvaltning till Koncernkontoret med regionstyrelsen som ansvarigt organ. Koncernkontoret och dess tjänstemän ger förvaltningsstöd till större delen av de politiska organen i den interna ordningen. Revisionsenheten med sina tjänstemän ger förvaltningsstöd till revisorskollegiet i granskningsarbetet.¹²⁹¹ Patientnämndernas förvaltning utförs av patientnämndernas kansli med Norra patientnämnden som ansvarigt organ. Även utförarstyrelsernas har egna förvaltningsorganisationer.

14.2.3.1.3 Hälso- och sjukvårdens förvaltningsordning i Region Stockholm

Även beträffande förvaltningsordningen har vi gjort en jämförelse med Region Stockholm. Precis som är fallet i Västra Götalandsregionen följs den politiska och förvaltningsordningen åt.

¹²⁹⁰ Ex. Västra Götalandsregionens protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-04-12 § 66 Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027 Dnr RS 2022–01294. Se även yrkande Styrgruppen politisk organisation daterat 2022-03-07. Se protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-11-29 § 240 Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 samt justering av tidigare beslut om politisk organisation Dnr RS 2022–04495. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande gällande Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 daterat 2022-10-11 (reviderat 2022-10-13) Dnr RS 2022–04495.

¹²⁹¹ Se avsnitt 14.2.2.5.



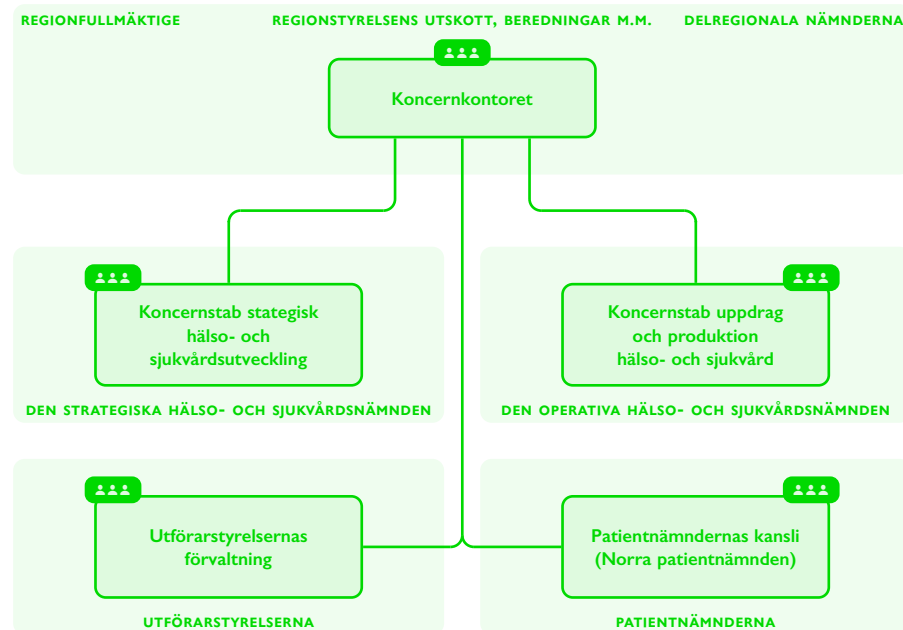
FIGUR 17.
Förvaltningsorganisation
för Region Stockholm

Region Stockholms förvaltningsordning är mer närliggande ”grundmodellen”. Förvaltningsverksamheten är i högre grad decentraliserad och kopplar an till dess placering för den aktuella nämnden och styrelsen. Vårduförarna har en separat förvaltning. Särskilt intressant är att förvaltningen för regionala utförarassociationer som utför vård inom Region Stockholms regi utförs av utförarassociationernas styrelser, dvs. av bolagsstyrelserna och förbundsstyrelserna.

14.2.3.2 Förvaltningens roll och ansvar för hälso- och sjukvården

Efter att vi fått en överblick av förvaltningsordningen behöver vi närmare förstå förvaltningens roll och ansvar i utvecklingen och driften av hälso- och sjukvården. I detta underavsnitt kommer vi att behandla den samlade förvaltningen, dvs. vi kommer inte att dela upp den i dess olika delar. Inom Västra Götalandsregionen tillämpas en linjestruktur för förvaltningen. Utmärkande är den centrala roll som Koncernkontoret har i relation till regionens övriga förvaltningar och deras förvaltningsuppdrag för nämnderna.

FIGUR 18.
Linjestruktur för förvaltningsorganisationen i Västra Götalandsregionen.



Förvaltningen leds av regiondirektören som är högsta tjänsteman i Västra Götalandsregionen, med ansvaret att sköta den löpande driften och att verkställa de politiska hälso- och sjukvårdsbesluten. Regiondirektören är chef över nämndernas förvaltningschefer. Varje nämnd har var sin förvaltningschef.¹²⁹² Vidare är regiondirektören chef över koncernkontoret. Koncernkontoret är som utgångspunkt den centrala förvaltningsorganisationen för Västra Götalandsregionen samt formellt underställd regionstyrelsen.¹²⁹³ Kontoret består av ett antal tjänstemän som utför själva förvaltningsarbetet.

Förvaltningens generella roll att understödja hälso- och sjukvårdspolitiken

En viktig slutsats i detta arbete är att huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i hög grad är beroende av förvaltningsorganisationens roll och ansvar att understödja politikerna i deras ansvar. Detta kan också uttryckas med att den regionala förvaltningsordningen utgör den systembaserade förankring som krävs för ett fungerande huvudmannaskap. Det är i stor utsträckning tjänstemännen som har att säkerställa att det regionala huvudmannaskapet hanteras i enlighet

¹²⁹² Regiondirektören har en ledningsgrupp för övergripande ledningsfrågor i form av koncernstabsledningen och därtill koncernövergripande ledningsgrupper, bland annat koncernledning regional utveckling (leds av regionsutvecklingsdirektören) och koncernledningen hälso- och sjukvård (leds av hälso- och sjukvårdsdirektören), som ger stöd till regiondirektören. Det finns därutöver ett antal grupper med stödjande funktioner, exempelvis olika samordningsråd för hälso- och sjukvården, läkemedelskommittén.

¹²⁹³ Koncernkontoret leds av tjänstemän och en förvaltningschef, regiondirektören, som utses av regionstyrelsen. Regionen beslutar genom regionstyrelsen om organiserande dokument för regiondirektörens arbetsuppgifter m.m., se regiondirektörens instruktion, Instruktion för regiondirektör fastställd av regionstyrelsen 2023-02-21 § 37, Dnr RS 2022-06090.

med alla lagar, föreskrifter, myndighetsbeslut och andra initiativ som omfattas av det reformarbetet som bedrivs på statlig nivå.

Inom Västra Götalandsregionen är det som framgått Koncernkontoret som har den regionövergripande uppgiften att ge förvaltningsstöd. Koncernkontoret tillhandahåller tjänstemannastöd till regionfullmäktige. Kontoret tillhandahåller även förvaltningsstöd till regionstyrelsen med sina utskott och beredningar. Tjänstemännen stödjer regionstyrelsen i arbetet med att leda, utveckla och samordna Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsverksamheter. Vidare tillhandahåller koncernkontoret förvaltningsstöd till båda hälso- och sjukvårdsnämnderna, samt även till de delregionala nämnderna.¹²⁹⁴ Koncernkontoret är organiserat i ett antal koncernstaber utifrån olika kompetensområden och ansvar. Tjänstemän med viktiga ansvar är hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling) och produktionsdirektören för hälso- och sjukvård (koncernstab uppdrag och produktion hälso- och sjukvård). Särskilt viktig för reformarbetet i hälso- och sjukvården är koncernstaben för strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling. Även andra koncernstaber, exempelvis den ansvariga för digitalisering, har en central roll i den omställning som nu pågår.

Förvaltningens roll och ansvar att hantera och bereda hälso- och sjukvårdsärenden

Ett viktigt ansvar som tydliggör förvaltningens roll vad gäller reformarbetet, och driften av hälso- och sjukvården, är beredningen och hanteringen av ärenden. Tjänstemännen har ansvar för att ärenden avseende hälso- och sjukvården bereds och hanteras på ett korrekt sätt enligt den ordning som följer av kommunallagen såväl som av förvaltningslagen.¹²⁹⁵ Inom Västra Götalandsregionen har Koncernkontoret ansvar för att bereda och hantera hälso- och sjukvårdsärenden där beslut ska fattas av regionstyrelse, regionfullmäktige samt de båda hälso- och sjukvårdsnämnderna. Inom ramen för nämnda förvaltningsarbete ingår ärendeberedning och beslutsunderlag i form av tjänsteutlåtanden. Tjänstemännen har i sin ärendehantering ett särskilt ansvar för att beslutsunderlagen är förenliga med rättsliga krav och bindande beslut som fattats av överordnade strukturer. Här innefattas statliga beslut och överenskommelser vad gäller hälso- och sjukvårdens omställning och reformarbete.

Inom ramen för sitt ansvar avseende ärendeberedning arbetar Koncernkontoret bl.a. med framtagande av regionala styrdokument avseende hälso- och sjukvården. En särskild ärendesamordningsgrupp vid Koncernkontoret har här rollen att utvärdera behovet av att styrande dokument och agera som expertstöd då ärenden initieras.¹²⁹⁶ Förvaltningen utarbetar beslutsunderlag avseende

¹²⁹⁴ I sammanhanget gör vi en distinktion mellan det arbete som görs av regionstyrelsen i egenskap av huvudmannens ledande politiska förvaltningsorgan med uppgift att bereda och förbereda ärenden för fullmäktigebeslut samt verkställa nämnda beslut m.m., jämfört med arbetet nämndernas förvaltningsorganisationer, 6 kap. 13 kommunallagen.

¹²⁹⁵ Förvaltningslagen är subsidiär i förhållande till kommunallagens regler vilket i sig kan skapa vissa utmaningar för huvudmannen i det praktiska hälso- och sjukvårdsarbete.

¹²⁹⁶ Regional rutin Sammanhållen struktur för styrande dokument i Västra Götalandsregionen, RS7847-355747063-4. Se protokoll från regionstyrelsen daterat 2021-05-25 § 187 Reviderad struktur för styrande dokument 2021 Dnr RS 2021-01444. Se även protokoll från ägarutskottet daterat 2021-05-11 § 79 samt tjänsteutlåtande från koncernkontoret daterat 2021-05-05.

hälso- och sjukvårdens verksamhetsplaner, riktlinjer och rutiner m.m. Motsvarande gäller delegationen av beslutskompetens inom hälso- och sjukvården.¹²⁹⁷

Förvaltningens roll att säkerställa god förvaltning m.m.

Det kanske tydligaste sättet att förklara hur viktig förvaltningsordningen är avseende utveckling och driften av hälso- och sjukvården är att lyfta fram kraven kopplade till vad som utgör god förvaltning. Det är som konstaterats tjänstemännen som måste besitta förmågan att navigera i och hantera den rättsliga komplexitet som följer av hälso- och sjukvårdens organisering inom ramen för statlig, regional, kommunal och privat verksamhet. Denna förmåga manifesteras och utvecklas genom den ordning som följer av kraven på god förvaltning. Ansvariga tjänstemän har att säkerställa att hälso- och sjukvårdsbeslutsprocesser hanteras i enlighet med förvaltningslagens bestämmelser som rör legalitet, proportionalitet och objektivitet.¹²⁹⁸ I korthet innebär det att tjänstemännen behöver känna till och följa de regler som gäller för verksamheten. En begränsning i sammanhanget är att tjänstemännens arbete måste ha stöd i rättsordningen. Vidare ska tjänstemännen vara sakliga och opartiska genom att förhålla sig objektiva i sitt arbete, 5 § förvaltningslagen. Viktigt är att ärendehandläggning som resulterar i myndighetsbeslut hanteras enligt särskilda förvaltningsrättsliga regler, se särskilt om överklagan av beslut som påverkar någons situation på ett inte obetydligt sätt i 41 § förvaltningslagen.¹²⁹⁹ Annan ärendehandläggning som inte resulterar i myndighetsbeslut ska också följa reglerna om god förvaltning. Detsamma gäller även förvaltningsarbete som inte rör ärendehandläggning, exempelvis beslut avseende löpande drift m.m.¹³⁰⁰

Tjänstemännens arbete resulterar ofta i beslutsunderlag bestående av en sammanställning av information som är relevant för ett specifikt ärende och beslut – ett s.k. tjänsteutlåtande. Tjänsteutlåtanden utgör beslutsunderlag för en mängd olika

¹²⁹⁷ Även tjänstemän såsom regiondirektörer, förvaltningschefer och andra utsedda förvaltningsfunktioner har i detta enskilda fall beslutskompetens att för huvudmannens räkning besluta om ändamålsenliga handlingsplaner, programplaner, verksamhetsplaner, projektplaner, riktlinjer om verkställighet samt rutiner som ligger inom ramen för verksamheterna.

¹²⁹⁸ Se exempelvis förvaltningsorganisationens beslutsunderlag och tjänsteutlåtanden.

¹²⁹⁹ Ärendehandläggning som avser ”utövning av befogenhet att för enskild bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinär bestraffning eller annat jämförbart förhållande” avser myndighetsbeslut. Se vidare Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag, s. 47.

¹³⁰⁰ Ärendehandläggningen kan därtill förstås utifrån en funktionsbaserad ansats och vilka beslut som är överklagningsbara. Se vidare Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag s. 250. Det handlar om att identifiera beslutstyper som följer huvudmannens funktionella hälso- och sjukvårdsförvaltning. Initialt kan det handla om inledningsbeslut när huvudmannen inleder ett ärende efter en anmälan eller ett uppdrag. Sådana beslut är normalt sett inte överklagningsbara. Andra typer av beslut omfattar huvudmannens beredningsbeslut/förfaringsbeslut som exempelvis att begära eller ge ett yttrande i ärenden. Sådana yttranden kan utgöra underlag för både politiska och förvaltningsbeslut. Beredningsbeslut är i utgångspunkt inte heller överklagningsbara. Nästa beslutstyp avser avgörande/slutligt beslut som också innebär att förvaltningen skiljs från ärendet. Det kan exempelvis innebära att förvaltningen beslutar om att ge ett ställningstagande för politiskt beslut i nämnd eller fullmäktige. Nämda beslut är överklagningsbart. Avslutningsvis finns ordningar för beslut om verkställighet vilka inte är överklagningsbara. Hur beslutens rättsliga status och rättsliga effekter påverkar huvudmannen kommer vi att titta närmare på i relation hälso- och sjukvårdens förvaltningsbeslut.

politiska beslut som ligger till grund för hälso- och sjukvårdsreform, se exempelvis beslut för budget, verksamhetsplaner, styrande dokument m.m.¹³⁰¹ Tjänsteutlåtandet är ett skriftligt beslutsunderlag där tjänstemän redovisar sitt berednings- och utredningsarbete. Inom ramen för tjänsteutlåtandet ska tjänstemännen dels lyfta fram materiellt viktig information som ska ligga till grund för beslutet och dels säkerställa att berednings- och utredningsarbetet följer förvaltningsrättsliga regler och andra bindande beslut på statlig och regional nivå. Ett viktigt inslag i beredningsarbetet avseende dessa utlåtanden är också samverkan med andra myndigheter, 8 § förvaltningslagen. I den professionella förmågan till god förvaltning ingår att samverka med statliga myndigheter såväl som andra huvudmän.

Förvaltningens roll att fatta beslut

Förvaltningsorganisationen har regelmässigt även ett delegerat ansvar vad gäller beslutsfattande avseende hälso- och sjukvården. Inom ramen för detta sker mycket av den konkreta styrningen på huvudmannanivå. I Västra Götalandsregionen har regionstyrelsen genom en regional rutin beslutat att vissa verksamhetsbeslut ska fattas av förvaltningsorganisationens regiondirektörer, förvaltningschefer och andra utsedda tjänstemän. Det gäller hälso- och sjukvårdsbeslut för styrning och genomförande avseende handlingsplaner, programplaner, verksamhetsplaner, projektplaner, riktlinjer om verkställighet samt rutiner.¹³⁰² Koncernkontoret har i sin tur beslutat om en regional rutin avseende fördelning av beslutskompetens inom ramen för den regionala hälso- och sjukvårdsverksamheten.¹³⁰³ Exempelvis tydliggörs vilka tjänstemän som är beslutsfattare avseende rutiner i hälso- och sjukvården.¹³⁰⁴

Förvaltningens roll att verkställa beslut

Nära sammankopplat med förvaltningens roll att fatta egna beslut är förvaltningens roll att verkställa den politiska organisationens beslut avseende hälso- och sjukvården. Förvaltningsorganisationen ansvarar för verkställande av de beslut som nämnder och styrelser fattar avseende drift och förvaltning av verksamheterna, däribland personalfrågor och arbetsmiljö. Exempelvis fattar förvaltningschefer eller andra anställda beslut som rör den löpande driften. Exempelvis behöver

1301 Ex. Rutin för tjänsteutlåtande, Regionhälsan (RHS9919-529963968-40).

1302 Regional rutin Sammanhållen struktur för styrande dokument i Västra Götalandsregionen, RS7847-355747063-4. Se protokoll från regionstyrelsen daterat 2021-05-25 § 187 Reviderad struktur för styrande dokument 2021 Dnr RS 2021-01444. Se även protokoll från ägarutskottet daterat 2021-05-11 § 79 samt tjänsteutlåtande från koncernkontoret daterat 2021-05-05.

1303 Se regional rutin Handläggning regionala styrande dokument inom hälso- och sjukvård, dnr. HS 2021-01320. För lokala styrande dokument se exempelvis Hantering av styrande dokument – Förvaltning, framtagande och återsökning av styrande dokument på Sahlgrenska Universitetssjukhuset godkänd av sjukhusdirektör på SU.

1304 Koncernkontoret ger vid behov framtagandestöd genom ärendesamordningsgruppen och den medicinska redaktionen och har representanter i program- och prioriteringsrådet som i vissa fall granskar förslagen innan beslut. Vid allvarliga händelser kan framtagandeprocessen revideras till förmån för en skyndsam och anpassad handläggning. Ett tydligt exempel på sådan allvarlig händelse var Covidpandemin.

ett nämndbeslut om att anställa någon omsättas i praktiken genom att den beslutade parten ingår anställningsavtal med vederbörande.

14.2.4 Huvudmannens ordning för hälso- och sjukvård som serviceskyldighet

En tredje rättslig ordning, i enlighet med vilket det interna huvudmannaskapet utövas, är den som avser ansvaret för själva utförandet av hälso- och sjukvården. Vi menar, som framgått, att det är en verksamhet som hanteras enligt en egen rättslig ordning – en ordning där man åtminstone i viss utsträckning måste ha professionell förmåga att verka inom hälso- och sjukvården i sig. Det är inom ramen för denna ordning där det mer kliniska utförandet av hälso- och sjukvården utvärderas, planeras och bestäms. Samtidigt är det en ordning som inte utan vidare kan hållas isär från vare sig den politiska ordningen eller förvaltningsordningen. Vidare är det en utmaning att göra en tydlig distinktion när huvudmannaansvar går över i vårdgivaransvar. I detta underavsnitt kommer vi att närmare utvärdera och förklara vad denna tredje delordning av det interna huvudmannaskapet består i. Även i denna del kommer vi att analysera Västra Götalandsregionen som praktikfall. På motsvarande sätt som ovan gör vi en översiktlig jämförelse med Region Stockholm.

14.2.4.1 Organisatoriskt säkerställande av tillgången till hälso- och sjukvård

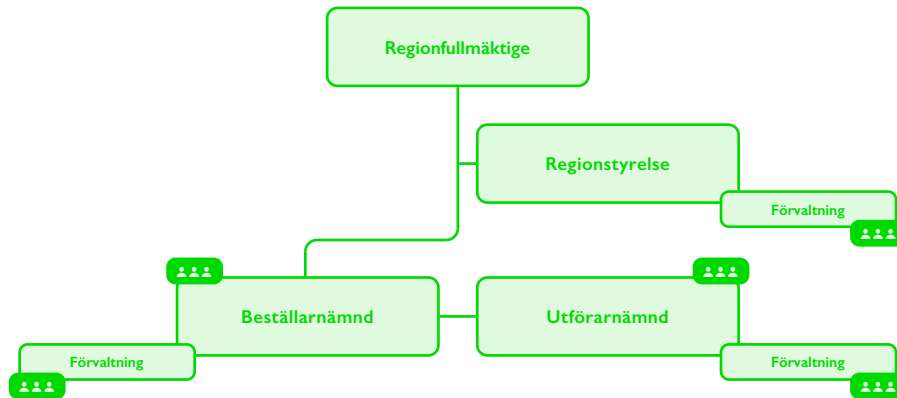
Vi börjar således med att översiktligt kartlägga vilka aktörer och vilken verksamhet som innefattas i huvudmannens ordning för utförande av hälso- och sjukvård.

14.2.4.1.1 En grundmodell för huvudmannens ansvar att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård

På motsvarande sätt som beträffande den politiska ordningen och förvaltningsordningen kan vi ur lagstiftning och förarbeten utläsa vad som kan beskrivas som en grundmodell. Om den politiska ordningen primärt kan härledas till kommunallagen, och förvaltningsordningen till förvaltningslagen, så följer ordning kopplad till serviceskyldigheten primärt till hälso- och sjukvårdslagen. Detta är förvisso en alltför förenklad bild, då de tre regelkomplexen har en normerande verkan vad gäller utvecklingen av samtliga tre delar av huvudmannens rättsliga ordning. Vi menar dock att vad gäller huvudmannens utförarordning är det rimligt att ta utgångspunkt i den serviceskyldighet som preciseras i kap. 8 hälso- och sjukvårdslagen. Detta kapitel inleds, som redan nämnts, med skyldigheten för den regionala huvudmannen att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i regionen, se 1 § 8 kap. hälso- och sjukvårdslagen. En viktig utgångspunkt vad gäller utförarordningen är reglerna i hälso- och sjukvårdslagen där det föreskrivs att den regionala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska ledas av regionala nämnder, i enlighet med 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. När det gäller den mer konkreta utformningen av den rättsliga ordningen är det enligt vår mening rimligt att utgå från en beställar- och utförarmodell.¹³⁰⁵

¹³⁰⁵ Modellens rättsliga fundament kan i viss utsträckning härledas till de rättsregler i kommunallagen som förskriver hur regionala nämnder uppdrar åt varandra att utföra tjänst, se 6 kap. 2 § p. 4 kommunallagen.

Denna modell diskuteras i förarbeten som behandlar hälso- och sjukvårdens genomförande och utförande.¹³⁰⁶



FIGUR 19.
Grundmodell för vård-
utförande i egen regi.

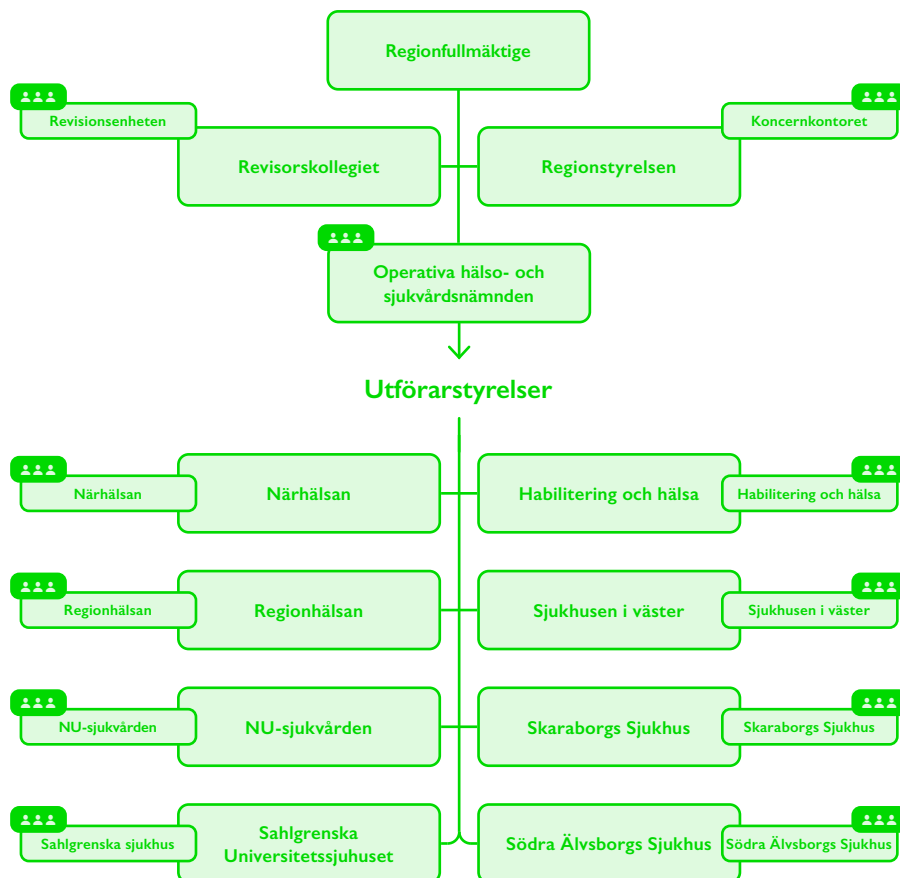
Det är uppenbart att huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården ställer krav på en beställarkompetens med omfattande medicinsk specialistkompetens. Huvudmannaskapet sträcker sig enligt vår mening relativt långt in i hälso- och sjukvårdsverksamheten, utan att för den sakens skull övergå i rollen som vårdgivare. Detta tydliggörs också i de sammanhang då huvudmannen använder sig av externa vårdgivare, vilket vi kommer att utveckla nedan. Agerande inom ramen för huvudmannens utförarordning förutsätter omfattande kompetens vad gäller hur hälso- och sjukvård bedrivs kliniskt. Detta framgår inte minst av hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård, vilket i sin tur ställer krav på ett omfattande kvalitetsarbete i allmänhet och patientsäkerhetsarbete i synnerhet, se 5 kap. 1 §.

¹³⁰⁶ Se även Prop. 2016/17:171 En ny kommunallag s. 166.

14.2.4.1.2 Västra Götalandsregionens ordning för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård

Västra Götalandsregionen har på huvudmannanivå valt att organisera själva serviceskyldigheten med utgångspunkt i ett antal utförarstyrelser.

FIGUR 20.
Västra Götalandsregionens
organisering av
vårdutförande i egen regi.



Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen har beslutat att inrätta ett antal utförarstyrelser, vilka tilldelats olika ansvar enligt specifika reglementen.¹³⁰⁷ Fullmäktige har på så vis tydliggjort vad som kan beskrivas som en utförarordning. Varje utförarstyrelse har en egen förvaltning som ansvarar för operativ ledning, driftsansvar, personalansvar m.m. I sammanhanget ska nämnas att varje förvaltning led av en direktör som leder sin stab med chefer m.fl., exempelvis primärvårdsdirektör, sjukhusdirektörer m.fl. Som redan nämnts är det Koncernkontorets stab "Uppdrag och produktion hälso- och sjukvård" som är kontaktyta mellan den operativa nämndens förvaltning och utförarstyrelsernas förvaltning.¹³⁰⁸ Det är i relationen mellan den operativa hälso- och

¹³⁰⁷ Se respektive reglementen.

¹³⁰⁸ Se sjukhusen, Närhälsan m.m.

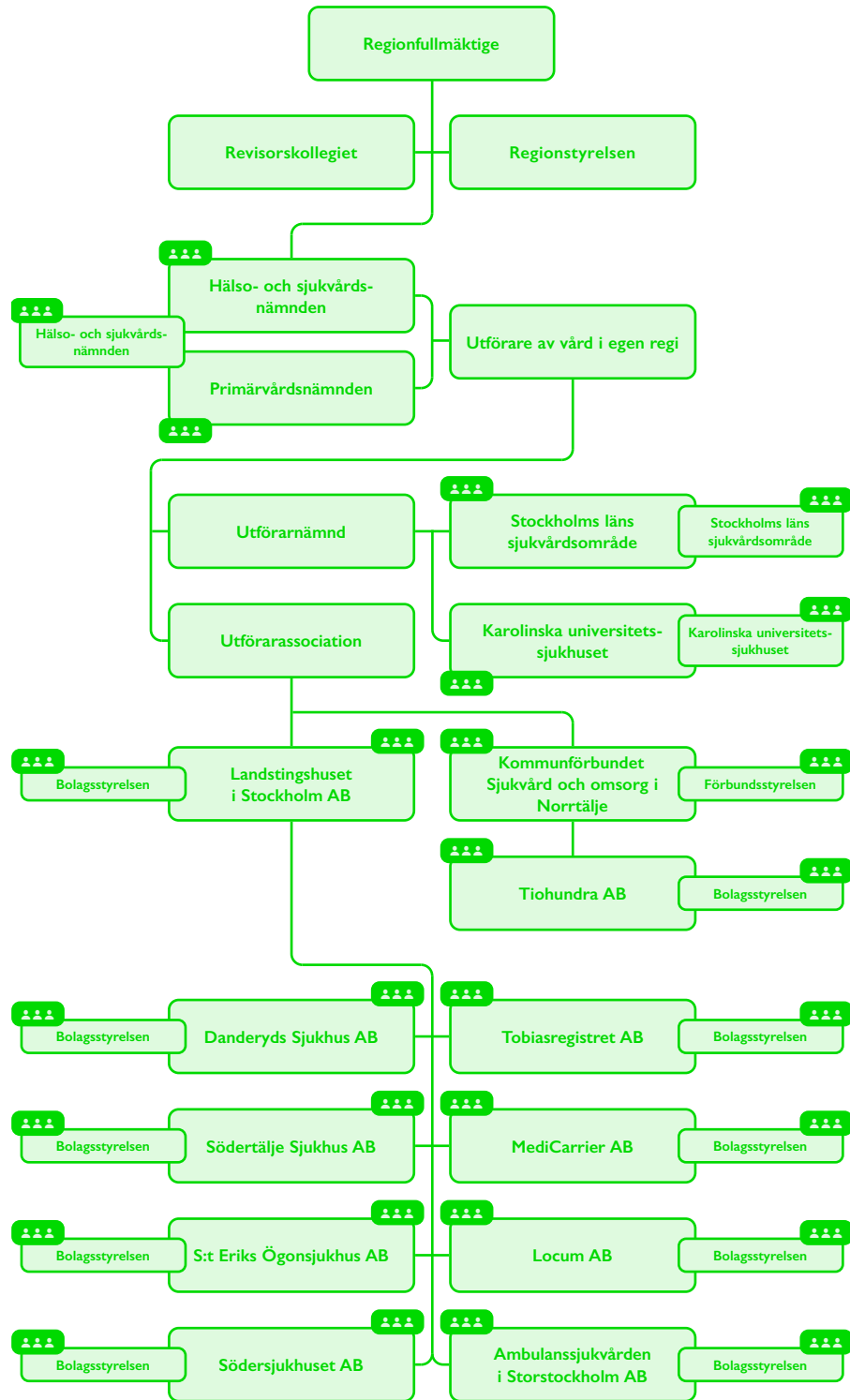
sjukvårdsnämnden och utförarstyrelserna som Västra Götalandsregionen har utvecklat något av en beställar- och utförarmodell.

14.2.4.1.3 Region Stockholms ordning för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård

Region Stockholm har i mycket större utsträckning valt att använda sig av privaträttsliga lösningar när det gäller själva serviceskyldigheten. Detta återspeglas även på huvudmannanivån.¹³⁰⁹

¹³⁰⁹ Se avsnitt 12.1 gällande tidsperioden för vår huvudanalys, där tonvikten legat på 2023 och första halvan av 2024. Därefter har Region Stockholm från och med 2025 bland annat avbolagiserat ett antal sjukhus som i stället organiseras under den nya regionala nämnden Akutsjukhusnämnden. I vår analys av Region Stockholm har vi dock utgått från den beslutade organisation som gällde under analysperioden.

FIGUR 21.
Region Stockholms
organisering av vårdut-
förande i egen regi.



Även i Region Stockholms utförarordning kan man skönja en beställare- och utförarmodell mellan nämnder och utförarorgan. Det är primärvårdsnämnden som har till uppdrag att ingå vårdöverenskommelser med utförare av primärvård i egen regi. När det gäller övrig vård i egen regi har hälso- och sjukvårdsnämnden motsvarande ansvar.¹³¹⁰ Hälso- och sjukvårdsförvaltningen tillhandahåller tjänstemannastöd för utförande av nämnda uppdrag. Utförarnämndernas förvaltning består av ansvariga tjänstemän, men även legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En skillnad är som sagt att Region Stockholm beslutat att i större utsträckning bedriva vårdutförande i egen regi genom privaträttsliga associationer. Region Stockholm styr sina eget ägda associationer genom konstituerande privaträttsliga dokument som exempelvis bolagsordning och förbundsordning, samt styrdokument som ägardirektiv m.m.¹³¹¹ Intressant i sammanhanget är hur huvudmannens organisation avseende serviceskyldigheten inbegrips i associationernas styrelsearbete.

14.2.4.2 Beställarorganisationens roll och ansvar för hälso- och sjukvården

Det säger sig självt att ordningen för hälso- och sjukvårdens utförande är helt avgörande när det gäller hälso- och sjukvårdsreform. Ur vårt perspektiv är det också rimligt att regionen ikläder sig ett särskilt ansvar vad gäller implementering patientlagen i gränssnittet mellan regionens ansvar som huvudman respektive som vårdgivare. Det är just i detta gränssnitt som den utveckling som drivs utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv möter hälso- och sjukvårdens kliniska praktik. Det är i detta gränssnitt som huvudmannen kan ställa krav på att specifika lagar efterföljs och ta konkreta steg för att följa upp att så är fallet. Detta blir särskilt tydligt beträffande externa vårdgivare.

14.2.4.2.1 Distinktionen mellan huvudmannaansvar och vårdgivaransvar

En viktig, men i sig inte självklar, distinktion är således den mellan huvudman och vårdgivare.¹³¹² Rättsligt sett är det frågan om två olika roller. I 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen stadgas, som redan konstaterats, att med huvudman avses den region eller kommun som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. I 2 kap. 3 § föreskrivs att med vårdgivare avses den statliga myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vad som gör distinktionen svår är just den omständigheten att regionen samtidigt har att ikläda sig båda roller. Som konstaterats är distinktionen avsevärt tydligare då vårdgivare är externa och särskilt då det är privata aktörer som verkar som vårdgivare. Man kan givetvis fråga sig vilken praktisk betydelse det har att ha en klar bild av när regionen agerar som huvudman respektive som vårdgivare. Då man som vi fokuserar på enligt vilken rättslig ordning man har

¹³¹⁰ Reglemente för Primärvårdsnämnden Region Stockholm 2 § p. 9. Se även reglemente för Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Stockholm 2 § p. 12. Vidare så framgår i sistnämnda reglemente ett helhetsansvar för Regions Stockholms hälso- och sjukvårdsverksamhet i de delar som Primärvården inte ansvarar. Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder Dnr RS 2023–0414.

¹³¹¹ Ägardirektiv för bolag som ingår i koncern med moderbolaget Landstingshuset i Stockholm AB i avsnitt 6.2 Budget 2024 för Region Stockholm Dnr RS 2023–0160.

¹³¹² Regionens roll som vårdgivare kommer vi att beskriva närmare i kap. 15.

att driva hälso- och sjukvårdens utveckling m.m., är det relevant att åtminstone i viss utsträckning upprätthålla distinktionen även internt.

I Västra Götalandsregionen är det möjligt att tydliggöra när huvudmannans ansvar övergår i vårdgivaransvar. Detta är fallet då man i Västra Götalandsregionen valt att utveckla en ordning där en beställarnämnd ingår vårdöverenskomelser med egna vårdutförare. Således är vårduppdraget en fundamental nyckel för gränsdragning mellan huvudmannens ansvar att planera och tillhandahålla vårdutförande och rollen att som vårdgivare utföra själva vården. Därför menar vi också att det är klargörande att skilja mellan beställarrollen och utförarrollen avseende serviceskyldigheten för hälso- och sjukvård. Tydliggörande för Västra Götalandsregionens utförarordning är också de av fullmäktige beslutade reglementena för utförarstyrelsernas uppgifter vid vårdens utförande. I sammanhanget ska även nämnas regionens budgetstyrning som har en normerande verkan för utförandeordningarna genom uppställda mål, fokusområden och konkreta aktiviteter.¹³¹³

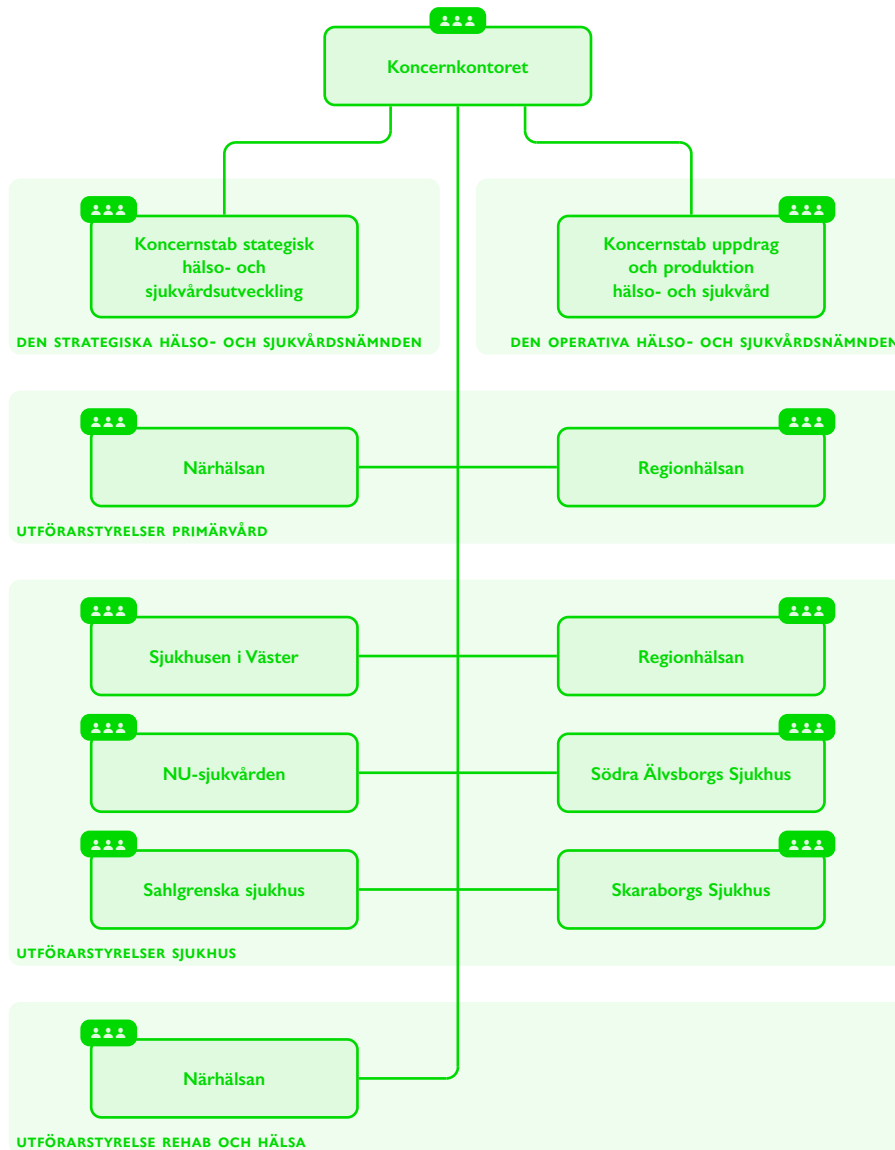
14.2.4.2.2 Vårduppdragets centrala betydelse

I Västra Götalandsregionen tydliggörs huvudmannens ansvar för utförande av hälso- och sjukvård av regionfullmäktige beslutade reglementen. Västra Götalandsregionens konkreta serviceskyldighet utgår från de vårduppdrag som den operativa nämnden tilldelar respektive utförarstyrelse.¹³¹⁴ Vårduppdraget utgör ett fundamentalt inslag i regionens arbete med att omsätta strategiska hälso- och sjukvårdsmål till operativ verksamhet. Vårduppdraget institutionaliserar vad som kan beskrivas som ett partnerskap där beställarnämnden och utförarnämnden har ett gemensamt ansvar att utföra hälso- och sjukvård enligt regionfullmäktiges mål.¹³¹⁵ Därmed föreligger ett gemensamt organisatoriskt ansvarstagande för att utföra vård enligt viss kvalitet och standard inom Västra Götalandsregionen. Vårduppdraget fråntar inte beställarnämnden huvudmannansansvaret för att vården ska utföras. I stället kan man säga att vårduppdraget aktualiserar utförarstyrelsernas vårdgivaransvar. Vårduppdraget påkallar således att utförarstyrelserna i förhållande till beställarnämnden svarar för vårdens utförande.

¹³¹³ Budgetstyrning innefattar att genom finansiell styrning gradvis operationalisera utförandeordningen genom både operativa nämndens och utförarstyrelsernas detaljbudgetar. Budgeterna illustrerar tillsammans med nämndernas reglementen hur det konkreta ansvaret för reformarbete inom ramen utförandeordningarna förskjuts från huvudmannen till vårdgivarrollen.

¹³¹⁴ Se §§ 251–257 Sammanträdesprotokoll daterat 2023-09-27 för den operativa nämnden hälso- och sjukvårdsnämnden gällande uppdragsavtal. Se § 251 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, § 252 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Sjukhusen i väster, § 253 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för NU-sjukvården, § 254 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, § 255 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, § 256 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Regionhälsan, § 257 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Habilitering & Hälsa.

¹³¹⁵ Utförandeuppdraget ska också följa den i regionfullmäktige beslutade strategin kring hälso- och sjukvårdens omställning i Västra Götalandsregionen 2023–2027.



FIGUR 22.
Västra Götalandsregionens
organisering av vård-
utförandets förvaltning.

Regionfullmäktige har också tilldelat utförarstyrelserna makt och ansvar.¹³¹⁶ Utförarstyrelserna utför Västra Götalandsregionens drift, förvaltning och utveckling av hälso- och sjukvård baserat på regionens politiska beslut. Regionfullmäktige har ålagt styrelserna att ansvara för "dess ledningssystem och (att) organisationen är tydlig och ändamålsenlig med hänsyn till fullmäktiges mål och styrmodell samt lagar och andra författningar för verksamheten."¹³¹⁷ Härigenom

¹³¹⁶ Se vidare Reglemente styrelsen för Regionhälsan, Reglemente för styrelsen för tandvård i Västra Götalandsregionen, Reglemente för styrelsen för Habilitering & Hälsa, Reglemente för styrelsen för NU-sjukvården, Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Reglemente för styrelsen för Sjukhusen i väster, Reglemente för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, Reglemente för styrelsen för Sjukhusen i väster samt Reglemente för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

¹³¹⁷ Se respektive reglementen för utförarstyrelser.

tydliggörs vad som ovan sagts om att det just i detta sammanhang är rimligt att patientlagens implementering och möjliggörandet av personcentrerad vård tillmätts särskild betydelse.

14.2.4.3 Ansvaret för öppenvården

Inom ramen för utförrarordningen ska det erbjudas s.k. öppenvård. Enligt 2 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen definieras öppen vård som all annan vård än slutenvård. Huvudmannens ansvar i detta avseende preciseras i kap. 7 och 8 i hälso- och sjukvårdslagen. I 2 kap. 6 § definieras primärvård som öppen vård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Av rättsregeln följer att regionerna som primärvård ska tillhandahålla medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Primärvården har enligt 13 a kap. 1 § fått ett grunduppdrag. Huvudmannen ska inom ramen för den utförrarordning som utgör primärvård:

”1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, 2. se till att vården är lätt tillgänglig, 3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar, 4. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar, 5. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och 6. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete”.

I och med reformen för god och nära vård stadgas numera i 7 kap. 2 a § att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Viktig i sammanhanget är också 7 kap. 3 § om vårdvalssystemet. I paragrafen tydliggörs att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Dessutom ska den organiseras så att de som vill ska få tillgång till fast läkarkontakt.

Västra Götalandsregionen har i enlighet med vad vi ovan diskuterat genom beslut om reglementen och vårduppdrag avgränsat ett utförraransvar till utförrarstyrelserna vad gäller primärvård. Reglementena sätter upp ramarna. Utförrarstyrelsernas beslutar om detaljbudgetar, vilka har en normerande verkan på öppenvårdens utförandeordningar. I sammanhanget ska nämnas att framtagande av förslag på budgetbeslut görs av utförrarförvaltningen baserat på reglemente och uppdrag från operativa nämnden. Primärvårdsdirektören ansvarar ytterst för framställning av budgetarbetet.

14.2.4.3.1 Styrelsen för Närhälsan

Västra Götalandsregionen har genom reglemente beslutat att Styrelsen för Närhälsan har uppgiften och ansvaret att ”bedriva primärvård i egen regi som faller under lagen om valfrihet”.¹³¹⁸ Inom ramen för uppdraget uppställer huvudmannen kvalitetskrav på att vården ska bedrivas med ”professionell kompetens och med en hög kvalitet på det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten”, samt att utförarstyrelsens verksamhet ska bedrivas enligt krav- och kvalitetsbok för vårdcentral respektive rehab.¹³¹⁹ Uppgiften innefattar att man i utförandet av hälso- och sjukvård inkluderar ansvar som följer av reformarbetet avseende god och nära vård. I reglementet finns även krav på att styrelsen ska ha förmåga att anpassa sin verksamhet till förändrade krav och förutsättningar i omvärlden till följd av att man arbetar på en konkurrensutsatt marknad. I uppgiften ingår även att ansvara för verksamhetens drift, förvaltning och utveckling samt att interagera med patientnämndernas återkoppling.¹³²⁰ Styrelsen för Närhälsan har följaktligen ett centralt ansvar när det gäller implementeringen av patientlagen i primärvården.

I detaljbudgeten, som sätter verksamhetens yttre ramar, har också styrelsen för Närhälsan beslutat om att man aktivt ska bidra till omställningen av regionens hälso- och sjukvård vad gäller god vård och personcentrering.¹³²¹ Det är också ett uttalat mål, i enlighet med reformen avseende god och nära vård, att det ska ske en omställning där primärvården tar ett större ansvar i förhållande till specialistvården. Aktiviteter för att möjliggöra omställningen inbegriper förbättrad tillgänglighet med ökad digitalisering, personcentrerat arbetssätt och ökad involvering av patienter. I budgeten lyfter man även fram vikten av åtgärder för systematiska förbättringar gällande medicinsk kvalitet. Vårdkvalitet diskuteras utifrån regioninvånarnas rätt till en god och nära vård.

Vårduppdragen lägger som sagt grunden för den beställning av vårdutförande som regionen gör för primärvården. Vårdcentralernas ansvar beskrivs också i förfrågningsunderlaget Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral, vilket ligger till grund för vårduppdragen. Detta är ett konkret sammanhang där implementeringen av patientlagen kan göras till en central del.

1318 Se Reglemente för Styrelsen för Närhälsan. Se även Närhälsans tjänsteutlåtande och styrelsens beslut om detaljbudget Dnr PVV 2023–01854. Närhälsan är Sveriges största primärvårdsleverantör och driver 106 vårdcentraler och barnvårdscentraler, 21 jourcentraler, en närakut, 61 rehabmottagningar, nio mottagningar ungas psykiska hälsa (UPH), fem smärtmottagningar och den digitala jourmottagningen Närhälsan Online. Två nya digifysiska vårdcentraler har öppnats under hösten 2023.

1319 Reglemente för Styrelsen för Närhälsan 2 §. Intressant i sammanhanget är att Västra Götalandsregionen genom reglementet fastställer samma kvalitetskrav på interna och externa vårdutförare (för externa sker genom vårdavtalet i stället).

1320 Reglemente för Styrelsen för Närhälsan 3 §, 4 § och 5 §.

1321 Se beslut 7 § nämndprotokoll daterat 2023-11-06 Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 Närhälsan Dnr PVV 2023–01854.

14.2.4.3.2 Styrelsen för Regionhälsan

Västra Götalandsregionen har genom reglemente beslutat att Styrelsen för Regionhälsan har uppgiften och ansvaret att ”bedriva hälsofrämjande nära vård och regiongemensamma vårdverksamheter”.¹³²² Regionfullmäktige har i sitt beslut begränsat ansvaret till att omfatta den primärvård i regionen som inte omfattas av lagen om valfrihet. I uppdraget ryms myndighetssamverkan och uppdrag att bedriva regional vård och folkhälsoarbete enligt uppdrag och fastställda styrande dokument. Liknande Närhälsan så ställer regionen kvalitetskrav på att utförandet ska vara i linje med professionell kompetens och ha hög kvalitet i patientkontakten. Även i detta fall ingår att ansvara för verksamhetens drift, förvaltning och utveckling samt att interagera med patientnämndernas återkoppling.¹³²³ Det är tydligt att även denna styrelse har en central roll vad gäller patientens rätt och möjliggörande av personcentrerad vård.

I vårduppdraget som den operativa nämnden beslutat framgår ett grunduppdrag som avser ”den vård, utbildning och FoU som bedrivs inom respektive kategori, akut och planerad, öppenvård”.¹³²⁴ Detta ska förstås utifrån de uppgifter och ansvar regionen beslutat om i reglementet. I styrelsens beslutade budget framgår målbilder som att ”öka tillgängligheten och möjliggöra digitala vårdkontakter där det är adekvat samt fortsatt arbeta aktivt med kapacitets- och produktionsstyrning”.¹³²⁵ Aktiviteter innefattar att stödja chefer i omställningsarbetet mot nära vård. Andra intressanta budgetmål är regionhälsans arbete med att utveckla kunskapskapital och kompetensförsörjningsstrategier inom ramen för kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Budgeten belyser även arbete med patientsäkerhetsplaner och ledningssystem för patientsäkerhet. Det innefattar även Regionhälsans arbete med att ta fram medicinska råd för patientsäkerhet och medicinsk kvalitet.¹³²⁶

14.2.4.4 Ansvaret för slutenvården

En annan fundamental del avseende huvudmannens serviceskyldighet är att tillhandahålla slutenvården. Enligt 2 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen är slutenvård sådan hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. I 7 kap. 4 § tydliggörs att huvudmannen har att säkerställa att det för de patienter som behöver sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska finnas sjukhus.

Västra Götalandsregionen tydliggör genom reglementen vilka ansvar de olika utförarstyrelserna ska ha för den slutna vården. Även här är det vårduppdragen som tydliggör hur huvudmannans ansvar hanteras i förhållande till vårdgivaransvaret. På motsvarande sätt som ovan är de specifika budgetarna ett viktigt inslag i hur regionen utifrån sin huvudmannaroll hanterar vårdgivaransvarets utförande.

¹³²² Reglemente för Styrelsen för Regionhälsan.

¹³²³ Reglemente för Styrelsen för Regionhälsan.

¹³²⁴ För mer information Vårduppdrag beslutat av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden sammanträdesprotokoll daterat 2023-09-27 § 256 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Regionhälsan Dnr OSN 2023-01965.

¹³²⁵ Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 Närhälsan.

¹³²⁶ Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 Närhälsan s. 10.

Utförarstyrelserna beslutar om detaljbudgetar, vilka också har en normerande verkan på slutenvårdens utförande. I denna del tar sjukhusförvaltningarna fram budgetförslag baserat på reglemente och uppdrag från operativa nämnden. Här skiljer sig de beslutade vårduppdragen åt mellan de olika sjukhusstyrelserna.¹³²⁷ Sjukhusdirektörerna ansvarar ytterst för själva framtagande av budgeten.

14.2.4.4.1 Sjukhusstyrelserna

När det gäller ansvaret för den slutna vården är det styrelserna för Sjukhusen i väster, Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus, NU-sjukvården samt Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset som är de centrala aktörerna. Västra Götalandsregionen har således genom reglementen och vårduppdrag tilldelat dessa sjukhusstyrelser uppgifter och ansvar att utföra sjukhusvård. Uppdragen och ansvaren kan skilja sig något åt, men det gäller i huvudsak specialistvård.¹³²⁸ Utifrån vårduppdragets grunduppdrag kan man urskilja ett antal skillnader, vilka också illustrerar hur regionen fördelar ansvaret för sjukhusvården. Grunduppdraget för Sahlgrenska Universitetssjukhuset innefattar bedrivande av specialiserad vård inom länssjukhusvård samt högspecialiserad vård, enligt 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen. NU-sjukvården, Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus och Sjukhusen i väster bedriver i sin tur specialiserad vård inom länssjukvård.¹³²⁹ Därtill framgår även i beslutade reglementen huvudmannens ansvarsfördelning för sjukhusvårdens utförande.

I reglementena, där det ställs krav på kvalitet, tydliggörs att vården ska motsvara ”professionell kompetens och hög kvalitet vad gäller det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten”. I övrigt ska utförandet av vården följa de uppdrag och överenskommelser som ingåtts med den operativa nämnden innefattande kvalitetskrav och kvalitetsstyrning av vårdarbetet.¹³³⁰ Utförarstyrelserna har att efterfölja regionens beslutade måldokument, exempelvis omställningsstrategin för hälso- och sjukvården. Ett annat viktigt ansvar avser hantering av patientnämndernas systematiska återkoppling gällande verksamhetens kvalitet m.m.¹³³¹

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har i egenskap av regions- och universitetssjukhus ett särskilt omfattande uppdrag. Uppdraget innebär det

¹³²⁷ Se §§ 251–255 Sammanträdesprotokoll daterat 2023-09-27 för den operativa nämnden hälso- och sjukvårdsnämnden gällande uppdragsavtal. Se § 251 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, § 252 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Sjukhusen i väster, § 253 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för NU-sjukvården, § 254 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, § 255 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.
¹³²⁸ Se vidare Reglemente för styrelsen för NU-sjukvården, Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Reglemente för styrelsen för Sjukhusen i väster, Reglemente för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, Reglemente för styrelsen för Sjukhusen i väster samt Reglemente för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

¹³²⁹ För mer information se den operativa nämndens beslutade vårduppdrag, Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset Dnr OSN-2023-01966.

¹³³⁰ Se vidare kap. 15 för vårduppdrag.

¹³³¹ Se vidare reglementen för respektive styrelse.

särskilda ansvaret att bedriva forskning och utveckling tillsammans med Göteborgs universitet, att bedriva utbildning tillsammans med akademien, att driva utvecklingsfrågor inom Life Science, samt att svara för etablering av ny metodik och behandling m.m.¹³³²

I de budgetar som avser sjukhusstyrelserna lyfter man fram regionfullmäktiges mål och strategi för hälso- och sjukvårdens omställning till god och nära vård m.m.¹³³³ I linje med detta preciseras i budgetarna att utförarstyrelserna har att utveckla den nära vården, prioritera jämlik vård med hög kvalitet och tillgänglighet, utveckla digitala vårdformer och tjänster, fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, samt verka för hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård. Budgeterna innehåller även mål om att införa högre medicinsk kvalitet och vårdkvalitet i verksamheten.

I enlighet med de krav som uppställts i reglemente, budget och vårduppdrag har utförarstyrelserna på olika sätt beslutat hur man ämnar driva det konkreta omställningsarbetet. Exempelvis har NU-sjukvården beslutat om att öka den medicinska, patientupplevda samt organisatoriska kvaliteten inom vården.¹³³⁴ Södra Älvsborgs Sjukhus arbetar mot samma kvalitetsmål genom att skapa ett sammanhållet kvalitetsledningssystem som uppfyller ISO-certifiering.¹³³⁵ NU-sjukvården lyfter även fram vikten av kvalitetsarbete genom att arbeta kunskaps- och systembaserat genom standardiserade vårdförlopp och regiongemensamma riktlinjer för en effektivare och mer jämlik vård.

14.2.4.5 Ansvaret för habilitering och hälsa

En ytterligare del inom ramen för regionernas utförarordning avser hanteringen av ansvaret för habilitering och hälsa. I 8 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen tydliggörs att den regionala huvudmannen ska erbjuda habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning, samt tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade. Intressant i sammanhanget är att det i tredje stycket tydliggörs att regionen, i samverkan med patienten, ska upprätta en individuell plan. I denna ska det framgå vad som utgör planerade och beslutade insatser i detta avseende.

Västra Götalandsregionen hanterar på motsvarande sätt som ovan sitt huvudmannans ansvar genom att utfärda reglemente, precisera en budget och upprätta vårduppdrag. I denna del görs detta i förhållande till Styrelsen för Habilitering och Hälsa.

¹³³² Se vidare 6 § Reglemente för Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhus.

¹³³³ Förvaltningsplan och budget 2024 NU-sjukvården Dnr NU 2023-00818, Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 Sjukhusen i väster Dnr SV 2023-00434 och Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 Södra Älvsborgs Sjukhus Dnr SÄS 2023-00950. Skaraborgs Sjukhus (SkaS) detaljbudget utgår från regionfullmäktiges budget 2024 och de regiongemensamma riktlinjerna för budgetarbetet. Budgetramen styrs främst av uppdraget som preciseras i beställningen från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. Det övergripande uppdraget är att ge akut och planerad vård till invånare i Västra Götaland (VGR), se Detaljbudget 2024 Skaraborgs Sjukhus Dnr SKAS 2023-00582.

¹³³⁴ Förvaltningsplan och budget 2024 NU-sjukvården s. 15.

¹³³⁵ Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 Södra Älvsborgs Sjukhus Dnr SÄS 2023-00950 s. 7.

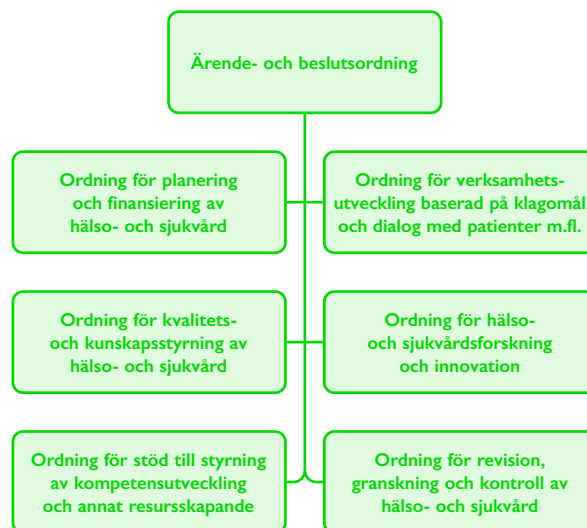
14.2.4.5.1 Styrelsen för Habilitering och Hälsa

Västra Götalandsregionen har således inrättat Styrelsen för Habilitering och Hälsa vad gäller ansvaret att för regionens räkning ”bedriva vård inom området habilitering och hälsa”. Ansvaret består i att utföra hälsofrämjande åtgärder som stöd och behandling till funktionsnedsättningar som autism, blindhet, dövhet, intellektuell funktionsnedsättning, rörelsenedsättning m.m. Precis som för övriga styrelser föreligger krav på att verksamheten ska utföras enligt en särskild kvalitet och i enlighet med regionens fastställda måldokument, reglemente, vårdöverenskommelser m.m.¹³³⁶

I budgeten tydliggörs att man ska verka för fullmäktiges mål och strategin om hälso- och sjukvårdens omställning. Prioriterade mål i detaljbudgeten är att invånarna ska få en god vård på rätt nivå med fokusområde att verka för användarvänliga digitala vårdtjänster för patienters bästa. Styrelsen har i enlighet med de krav som uppställs beslutat om fokusområden för utveckling av arbetssätt som ger förutsättningar för ökad vårdkvalitet och patientsäkerhet.

14.2.5 Huvudmannens ärende- och beslutsordning för hälso- och sjukvårdsreform

Utifrån en sociolegal analys av hur den regionala huvudmannen hanterar sin roll och sitt ansvar avseende hälso- och sjukvården har vi avgränsat vad vi menar är huvuddelar i en ordning för hur huvudmannen utvecklar hälso- och sjukvården. Ur vårt perspektiv är detta en sociolegal modell för hur huvudmannen internt bedriver hälso- och sjukvårdsreform. Det är följaktligen inom ramen för denna som huvudmannen ska säkerställa att patientlagen implementeras och att personcentrerad vård möjliggörs.



FIGUR 23.
Huvudmannens interna ordning för hälso- och sjukvårdens utveckling.

1336 Se vidare Reglemente för Styrelsen för Habilitering och Hälsa Dnr RS 2023-01583.

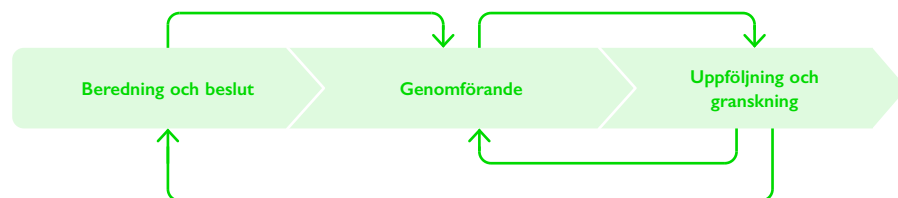
En viktig slutsats är att hälso- och sjukvårdsreform måste förstås och hanteras inom ramen för regional ärende- och beslutshandling. Vi kan konstatera att huvudmannaskapet i detta avseende baseras på ett relativt sofistikerat samspel, där nämnda tre maktsfärer och rättsliga logiker för huvudmannaskap involveras. Det har varit en krävande sociolegal forskningsuppgift att tydliggöra vilka olika ärenden och beslut som är relevanta när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling. Vi insåg efterhand att det är möjligt att urskilja en rättslig ordning och systematik som kan härledas till vissa ”funktionella” kategorier av ärenden, dvs. till kategorier av ärenden som utgör de centrala delarna vad gäller utövandet av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, utan att de nödvändigtvis går att härleda ur lagstiftning eller andra rättskällor. Vi menar att vi utifrån vår rättsempiriska analys av huvudmannens ärendehantering har kunnat avgränsa vad som utgör de fundamentala delarna i den interna rättsliga ordning där huvudmannaskapet utövas.¹³³⁷

Även i detta avsnitt kommer vi att utgå från Västra Götalandsregionen som rättsempiriskt praktikfall. Vi menar att den rättsliga ordning vi avgränsat återfinns i alla regioner. Samtidigt kan det i den mer detaljerade utformningen av respektive underordning föreligga relativt stora skillnader. Vi menar dessutom att det föreligger en både strategisk och operativ potential för många huvudmän att mer systematiskt utveckla sitt huvudmannaskap som intern rättslig ordning – i enlighet med den logik som utmärker de olika delordningarna. Varje delordning kommer att behandlas i ett eget underavsnitt nedan. Vi kommer att inleda respektive underavsnitt med en mer koncis beskrivning av respektive delordning, för att därefter ge en bild av hur Västra Götalandsregionen valt att agera. På motsvarande sätt som ovan kommer vi att skaffa oss en bild av hur reformen om god och nära vård har hanterats.

14.2.5.1 Regional hälso- och sjukvårdsreform som beslutsprocess

Det är den omständigheten att huvudmannaskap i huvudsak handlar om att bereda ärenden och fatta rättsligt giltiga beslut som gör huvudmannaskapet till just en rättslig ordning. I detta avsnitt ska vi kortfattat utvärdera hur den rättsliga ordningen avseende ärendehantering och beslutsfattande lägger den rättsliga grunden för hur huvudmannen utvecklar hälso- och sjukvården. Av vad som ovan sagts följer att ärendehantering och beslutsfattande sker i dynamiken mellan en politisk ordning, en förvaltningsordning och en utförarordning.

FIGUR 24.
Beslutsprocesser för hälso- och sjukvårdens utveckling.



¹³³⁷ Av våra sociolegala studier av ärendehantering och beslut framför allt i Västra Götalandsregionen, men även i Region Stockholm och i Göteborgs stad, följer att det i sig är möjligt att se andra ärendekategorier än de vi har valt att lyfta fram. Samtidigt menar vi att de vi valt att fokusera på har störst potential och kan ligga till grund för ett mer genomarbetat förhållningssätt till hur man bedriver reform och förändringsarbete med ett uppifrån och ned-perspektiv.

Vi menar att allt reformarbete avseende hälso- och sjukvård, oavsett om det handlar om att implementera statliga initiativ eller att iscensätta egna initiativ, kretsar kring rättsliga beslut i tre samverkande steg. I vissa fall hanteras alla tre stegen helt och hållet inom ramen för det ansvar som är kopplat till huvudmannen, medan det i andra fall är så att själva genomförandet sker hos externa vårdgivare. Uppföljning och granskning kommer alltid att behöva utföras av huvudmannen. Det hindrar givetvis inte att vårdgivare också ägnar sig åt uppföljning och granskning inom ramen för den egna verksamheten.

14.2.5.1.1 Initiering av ärende, beredning och beslut av hälso- och sjukvårdsärenden

Huvudmannen bedriver således hälso- och sjukvårdsreform genom att initiera ärenden, bereda dessa och därefter fatta beslut. I denna del har vi i huvudsak tittat närmare på politisk ärendehantering och beslut.¹³³⁸ En viktig fråga för huvudmannen är således när ett ärende initieras eller väcks. Med en funktionell ansats initieras ett ärende när en avgränsad fråga, vilken i någon mening bör resultera i ett beslut, tas upp till behandling. Västra Götalandsregionen förklarar, i sina beslutade riktlinjer för ärendehantering, att ”ett ärende är en avgränsad fråga som ett politiskt organ handlägger och som politikerna beslutar om.”¹³³⁹

Utifrån ett mer formellt rättsligt perspektiv behöver frågan relateras till den regionala organisationen och det ansvar som de olika verksamheterna har.¹³⁴⁰ I enlighet med vad som sagts ovan tar vi utgångspunkt i den politiska ordningen. Det viktigaste sättet på vilket ett ärende väcks är att (avgränsade) hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp i fullmäktige.¹³⁴¹ Hälso- och sjukvårdsärenden kan även väckas i nämnder om fullmäktige har delegerat beslutskompetens. En i sammanhanget viktig rättighet är initiativrätten som ger ledamöter en individuell rätt att väcka hälso- och sjukvårdsärenden i fullmäktige respektive i nämnder.¹³⁴² Även den som inte är förtroendevald, men folkbokförd i regionen, har rätt att väcka hälso- och sjukvårdsärenden inom huvudmannens politiska ordning.¹³⁴³ I Västra

¹³³⁸ Anledningen till detta är att huvudmannens reformarbete i stor utsträckning emanerar från ärenden och beslut på den politiska arenan.

¹³³⁹ Västra Götalandsregionens Ärendehandbok – Riktlinjer för ärendeberedning.

¹³⁴⁰ Till skillnad från den tidigare förvaltningslagen görs inga inskränkningar kring tillämplighet på hälso- och sjukvårdens handläggning av ärenden, 31 och 33 §§ förvaltningslag (1986:223). I proposition för den nya förvaltningslagen förtydligar regeringen att ärendehandläggning inom hälso- och sjukvård ska erhålla samma grad av rättssäkerhet som inom andra förvaltningsområden. Propositionen framhåller även att vissa åtgärder kan vara faktiskt handlande. Sådana åtgärder omfattas av förvaltningslagens regler kring *tillgänglighet, serviceskyldighet och samverkan med andra myndigheter*, se Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag s. 34.

¹³⁴¹ I enlighet med kommunallagen uppkommer hälso- och sjukvårdsärenden genom att avgränsade frågor väcks i fullmäktige av: (i) en nämnd (ii) en ledamot genom motion (iii) en revisor, om ärendet gäller förvaltning som har samband med revisionsuppdraget eller om ärendet gäller granskningen, sen fullmäktigeberedning om fullmäktige beslutat det, eller (v) styrelsen i en juridisk person (kommunala bolag, stiftelser m.m.) om fullmäktige har beslutat det för särskilda fall, 5 kap. 22 § kommunallagen.

¹³⁴² 4 kap. 19–20 §§ kommunallagen. Individer kan i egenskap av ledamöter väcka motioner samt ställa interpellationer och frågor, se vidare 5 kap. 59–64 §§ kommunallagen. På sikt kan detta resultera i fortsatta hälso- och sjukvårdsärenden.

¹³⁴³ Ärende genom medborgarförslag enligt 8 kap. 1 § kommunallagen. Se även folkinitiativ enligt 8 kap. 2 § kommunallagen.

Götalandsregionens ärendehandbok förklaras vidare att ärenden uppkommer när medborgare kontaktar regionens organisation.¹³⁴⁴

Ärenden upprättas antingen internt eller inkommer från externa aktörer. Oavsett om ärenden upprättats eller inkommit ska de som utgångspunkt beredas. När det gäller beredningen har som framgått förvaltningen en central roll.¹³⁴⁵ Den politiska ärendehantering är beroende av att förvaltningens tjänstemän framställer beslutsunderlag i form av exempelvis tjänsteutlåtanden.¹³⁴⁶ Särskilt intressant är att tjänstemännen i arbetet med tjänsteutlåtandet dels fattar beslut som rör berednings- och utredningsarbetet avseende det materiella innehållet, dels att utlåtandet är av tillräcklig kvalitet för att ligga till grund för det politiska beslutsfattandet. Exempelvis säkerställer tjänstemännen lagligheten i beredningsunderlaget samt att de överväganden och utvärderingar som ligger till grund för förslaget är ändamålsenliga.¹³⁴⁷ Förvaltningens tjänstemän har också ansvar för att inga jäv föreligger samt att ärendehandläggningen är snabb, effektiv och rättssäker. När det gäller beredning av fullmäktigeärenden ska detta, som vi ovan nämnt, ske enligt särskild ordning. Inom Västra Götalandsregionen har man beslutat att beredningsunderlag till fullmäktige ska innehålla information om hur förslaget ska genomföras, vem som är ansvarig för genomförandet samt instruktion för uppföljning av beslut.¹³⁴⁸

Efter själva beredningen fattar behörig del av huvudmannens organisation beslut. Detta ska ske enligt kommunallagens formkrav och kraven på god förvaltning.¹³⁴⁹ Själva beslutet är oftast mer än endast ett bifall eller avslag av beslutsunderlaget.¹³⁵⁰ Regelmässigt föreligger dokumentationskrav, vilka innefattar krav på att protokollföra beslut, notera röster och notera reservationer mot beslut.¹³⁵¹ För att ett giltigt beslut ska föreligga ska huvudmannen säkerställa att beslutet uppfyller

1344 I sammanhanget kan nämnas att förvaltningsärenden kan väckas genom att enskilda lämnar en ansökan, anmälan eller annan framställning avseende en avgränsad fråga för behandling och beslut.

1345 Handläggaren har att besluta i vilken politisk instans som ärendet ska placeras och sedermera beslutas. I sammanhanget kan även nämnas att hantering av inkomna ärenden generellt sett ser olika ut beroende på om saken gäller politiskt ärende eller förvaltningsärende.

1346 Genom tjänsteutlåtandet får de politiska beslutsfattarna tillgång till förvaltningens specialistkompetens. Det finns i beredningsarbetet rättsliga krav på att dokumentera och motivera arbetet i ett tjänsteutlåtande, 27 § samt 31–32 förvaltningslagen.

1347 Nämda skriftliga bedömning görs av tjänsteman där förvaltningschef eller liknande ikläder sig formellt ansvar för tjänsteutlåtandet.

1348 Västra Götalandsregionens Ärendehandbok – Riktlinjer för ärendeberedning.

1349 Det finns särskilda bestämmelser enligt kommunallagen där en koordinerande funktion ansvarar för vilka ärenden och vem som ska föredra ärendet vid sammanträdet, samt ta upp ärendet i föredragningslistan till beslutssammanträdet m.m.

1350 Det kan gälla: (i) ärendet beslutas i enlighet med förslag till beslut med tilläggsyrkande (ii) ärendet återremitteras – ärendet skickas tillbaka till förvaltningen/bolaget som berett ärendet för vidare utredning eller komplettering (iii) ärendet remitteras – ärendet skickas till andra myndigheter och/eller organisationer för synpunkter (iv) ärendet bordläggs – ärendet vilar i regel till nästa sammanträde, till exempel för längre betänketid eller i avvaktan på ett annat beslut (v) ärendet hemställs – ärendet skickas till annan instans med en begäran i frågan (vi) ärendet beslutas med förslag till beslut i kommunstyrelsen/kommunfullmäktige (vii) ärendet beslutas med uppdrag till egen förvaltning/bolag eller till annan nämnd/styrelse (viii) ärendet beslutas med omedelbar justering (ix) ärendet behandlas i utskott med förslag till beslut i nämnd eller annan högre instans. Se Allmänna handlingar och ärenden i Göteborgs Stad – En handbok för den politiska ärendeprocessen, s. 41.

1351 Det finns även dokumentationskrav på beslutssammanträdet, se vidare 5 kap. 65–70 §§ kommunallagen för fullmäktigesammanträden samt 6 kap. 35 § för nämndsammanträden.

lagkrav.¹³⁵² Här i innefattas att beslutet fattas av den del av verksamheten som är utpekad enligt lag eller som fått beslutskompetens delegerad till sig.¹³⁵³ För att ett beslut ska bli rättsligt giltigt och bindande ska beslutet anslås på en särskild anslagstavlan senast andra dagen efter att protokollet justerats. När överklagandetiden gått ut, tre veckor efter anslaget, så vinner beslutet laga kraft.¹³⁵⁴

14.2.5.1.2 Genomförande av hälso- och sjukvårdsbeslut

Efter att ett beslut är fattat ska det genomföras.¹³⁵⁵ Inom ramen för huvudmannens politiska beslut visar det sig ibland vara utmanande att tolka vad genomförandet konkret består av. Å ena sidan kan vissa beslut anses innehålla ett stort mått av handlingsutrymme (och beslut) avseende genomförandet. Å andra sidan kan beslut innehålla en enkel administrativ åtgärd där det inte förekommer något handlingsutrymme. En utmaning i vår forskningsstudie är att många beslut avseende genomförande rör sig i mellanlandet av de två ytterligheterna, vilket i sin tur leder till den svåra bedömningen om genomförandet i rättslig mening utgör delegation eller verkställighet av beslut. Eftersom det i sak handlar om att på olika sätt genomföra huvudmannens hälso- och sjukvårdsbeslut så menar vi att det kan innefatta båda delar (och allt däremellan).¹³⁵⁶

Genomförandet kan bestå i en konkret åtgärd där beslutet omsätts till praktik. Ofta framgår det i beslutsprotokollet vem som ansvarar för att utföra åtgärden. Beroende på ärendena och beslutets karaktär kan verkställigheten bestå i allt ifrån en enkel åtgärd i form av faktiskt handlande till ett mer omfattande förändringsarbete, se exempelvis strategiska nämndens uppdrag att besluta om planer för genomförandet av hälso- och sjukvårdens omställning.¹³⁵⁷ För att genomföra beslutet kommer det krävas eget beslutsfattande i saken.

14.2.5.1.3 Uppföljning och granskning av hur hälso- och sjukvårdsbeslut fattats och verkställts

Ett viktigt inslag i huvudmannaansvaret är uppföljningen och kontrollen av de beslut som fattats i förhållande till hälso- och sjukvården.¹³⁵⁸ Det är i detta sammanhang viktigt att skilja mellan granskningen av hur själva ärendehantering

¹³⁵² Se vidare 5 och 6 kap. kommunallagen. Det gäller bl.a. att beslutsförsamlingarna ska vara beslutsföra, beslutskompetenta, ärendet handlägg enligt lagkrav m.m.

¹³⁵³ När det gäller delegationsbeslut i nämnder framgår beslutskompetens genom delegationsordningar där det framgår vilka ärenden som huvudmannen delegerat till delegaten eller genom vidaredelegation till annan medarbetare, se vidare 6 kap. 37 § kommunallagen.

¹³⁵⁴ Se vidare 8 kap. 12 § och 13 kap. 5 § kommunallagen. Beslutet ska även expedieras till dem som beslutet angår.

¹³⁵⁵ Det är styrelsen som har till uppgift att verkställa huvudmannens fullmäktigebeslut, 6 kap. 13 § kommunallagen. Huvudmannen kan genom fullmäktige besluta om att delegera till andra nämnder än styrelsen att verkställa fullmäktigebeslut, 6 kap. 14 § kommunallagen. När det gäller förvaltningsbeslut enligt förvaltningslagen får dessa verkställas när överklagandetiden gått ut, 35 § förvaltningslagen.

¹³⁵⁶ När det gäller vårdgivarnivå så förekommer förvaltningsbaserade beslut i större omfattning som fattas av tjänstemännen genom tjänsteärenden.

¹³⁵⁷ Regionfullmäktiges sammanträdesprotokoll daterat 2022-11-29 § 264 Förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen 2023-2027 Dnr RS 2022-04772.

¹³⁵⁸ Huvudmannens uppföljning och granskning ska ske i enlighet med kommunallagen, förvaltningslagen och även hälso- och sjukvårdslagen i tillämpliga delar.

och beslutsfattandet hanterats i förhållande till hur genomförandet skett och om avsedd verkan uppnåtts. Även i denna del kan granskningen se olika ut. När det gäller mer omfattande utvecklingsprojekt tydliggörs i beslutet vem som ska svara för uppföljning; se exempelvis strategiska nämndens ansvar för att granska måldokumenterna och strategiska planernas genomslag och vid behov ta fram förslag till uppdateringar.¹³⁵⁹

14.2.5.1.4 Beslutens rättsliga giltighet – en ordning för överklagbarhet och korrigering

Som sagts ovan är beslut rättsliga eftersom de är giltiga och bindande. Den omständighet att beslutsprocessen sker enligt en viss ordning gör besluten rättsligt giltiga, vilket i sin tur medför en rättslig bundenhet för dem som beslutet omfattar. En viktig fråga i sammanhanget är hur denna rättsliga giltighet och bundenhet kan ifrågasättas. Det framgår av kommunallagens bestämmelser att fullmäktige- och nämndbeslut är överklagningsbara. Detsamma gäller beslut i kommunalförbundens beslutsförsamlingar, partsammansatta organ, förbundsstyrelse m.fl.¹³⁶⁰ Varje medlem i regionen kan pröva lagligheten i regionens beslut genom att överklagandet ges in till förvaltningsrätten.¹³⁶¹ Överklagande kan avse att beslut inte kommit till på ett lagligt sätt, beslutet rör något som inte är en angelägenhet för huvudmannens verksamhet, beslutande organ har inte haft beslutskompetens i ärendet eller att beslutet på annat sätt strider mot lag eller annan författning.¹³⁶² Som vi nämnt ovan så behöver huvudmannen i sina beslutsprocesser vara noga med att säkerställa att ovan grunder för upphävande av beslut inte kan bli aktuella.¹³⁶³ Ansvar för rättelse ligger på det politiska organ som fattat beslutet.¹³⁶⁴ Korrigering kan även ske avseende förvaltningsbaserade hälso- och sjukvårdsbeslut.¹³⁶⁵

14.2.5.2 Ordning för planering och finansiering av hälso- och sjukvård

Det har framgått hur centrala budget- och planeringsärendena är när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling och drift. Vi menar att det i förhållande till dessa är möjligt att tydliggöra en rättslig ordning för hur huvudmannen typiskt sett kan planera och finansiera hälso- och sjukvård. Ovan har vi redan konstaterat att det är inom ramen för dessa processer som hälso- och sjukvårdspolitiken omsätts i konkreta ambitioner och där statliga reformer översätts till regionalt

¹³⁵⁹ Regionfullmäktiges sammanträdesprotokoll daterat 2022-11-29 § 264 samt Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2022-11-03 Dnr RS 2022-04772.

¹³⁶⁰ Se vidare 13 kap. 2 § kommunallagen.

¹³⁶¹ Se vidare 13 kap. 1 § kommunallagen.

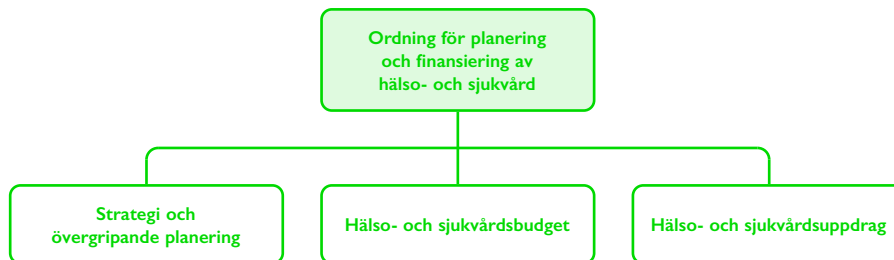
¹³⁶² 13 kap. 8 § kommunallagen.

¹³⁶³ I sammanhanget kan även nämnas att förvaltningsbaserade beslut kan överklagas till en överinstans, 43 § förvaltningslagen, om beslutet påverkar någons situation på ett inte obetydligt sätt, 41 § förvaltningslagen. Den som har talan att överklaga är den som beslutet angår, 42 § förvaltningslagen.

¹³⁶⁴ 13 kap. 15 § kommunallagen.

¹³⁶⁵ Det finns bestämmelser om att uppenbara felaktigheter i framställningen får rättas av den myndighet som meddelat beslutet, 36 § förvaltningslagen. Sedan kan korrigering ske genom att myndigheten ändrar beslut pga. av att det tillkommit nya omständigheter, eller av andra anledningar, sedan tidigare instans. Detsamma gäller om beslutet är uppenbart felaktigt eller snabbt och enkelt kan ändras utan att det medför nackdel till enskild part, 37–38 §§ förvaltningslagen.

ansvarstagande. Det är beträffande dessa ärenden tydligt hur viktigt samspelet är mellan politik, förvaltning och utförare. Särskilt viktigt i detta sammanhang är samspelet mellan huvudman och vårdgivare. Ur vårt perspektiv är detta den mest centrala delen av huvudmannens interna ordning avseende hur hälso- och sjukvården ska både utvecklas och drivas.



FIGUR 25.
Ordning för planering
och finansiering av
hälso- och sjukvård.

Ordningen består, som redan sagts, av tre samspelande delar. Den första delen avser hur huvudmannen planerar och styr hälso- och sjukvården genom centrala dokument som måldokument, strategier, reglementen o.s.v. Härigenom tydliggörs den övergripande ambitionen vad gäller hälso- och sjukvården, samt hur ansvaret för denna ska fördelas inom ramen för huvudmannens och även den interna vårdgivarens organisation. En andra del avser budgetarbetet. Genom budgeten avsätts finansiella medel för att bedriva förändringsarbete och realisera uppställda förväntningar. Det är genom budgetarbetet som mycket av planeringen konkretiseras. En tredje del avser sjukvårdsuppdragen som ges huvudmannen. I dessa uppdrag kan huvudmannen vara ännu mer tydlig kring vad som förväntas av hälso- och sjukvården när det gäller utveckling och drift.

Betraktat som en rättslig ordning är det själva samspelet mellan de tre delarna som för huvudmannen möjliggör något av ett helhetsgrepp kring hur hälso- och sjukvården ska utvecklas. Genom visioner, strategier och reglementen skapar man en överbyggnad avseende hälso- och sjukvårdens planering. Inom ramen för denna detaljplaneras verksamhetens utveckling genom budget och uppdrag. Rent processmässigt handlar det om att verka inom ramen för en ordning för beredning och beslut, verkställighet, samt uppföljning och kontroll.

Ur vårt perspektiv är det nödvändigt att ett omställningsarbete till personcentrerad vård och en stärkt ställning för patienten utgör en tydlig del av hälso- och sjukvårdens planering och finansiering. En slutsats är att reformbaserat förändringsarbete förefaller förutsätta att huvudmannen är tydlig med kravställande kopplat till specifika budgetposter.

14.2.5.2.1 Strategi och övergripande ansvarsfördelning avseende hälso- och sjukvården

En första del avser således den övergripande planeringen och ansvarsfördelningen avseende hälso- och sjukvården. Det är inte ovanligt att regioner utformar övergripande visioner och strategier för hälso- och sjukvården. Särskilt intressant på detta övergripande plan är fördelningen av det strategiska och operativa ansvaret för hälso- och sjukvården.

Rutin för styrande dokument

Ett viktigt inslag i ordningen för huvudmannens planering av verksamheten är användandet av övergripande styrande dokument. Dessa behöver användas enligt en systematik. I Västra Götalandsregionen har man skapat en särskild rutin för styrande dokument.¹³⁶⁶ Rutinen delar in Västra Götalandsregionens styrdokument i kategorierna *övergripande, organiserande, aktiverande, normerande och reglerande styrdokument*. För att styrande dokument ska antas och få rättslig verkan behöver de beredas och beslutas av beslutskompetent organ/församling.¹³⁶⁷ I den första kategorin *övergripande styrdokument* ingår visioner, strategier och övergripande måldokument.¹³⁶⁸ En andra kategori av styrande dokument avser *organiserande dokument*, vilka har en viktig funktion för att kunna ålägga ansvar och arbetsuppgifter inom ramen för det reformarbete som huvudmannen avser utföra.¹³⁶⁹ Här innefattas bl.a. ovan diskuterade reglementen.¹³⁷⁰ En tredje kategori är de *aktiverande styrdokument* som beskriver vad som ska göras i den regionala hälso- och sjukvårdsverksamheten i ett kortsiktigt och långsiktigt perspektiv.¹³⁷¹ I denna kategori ingår olika policys, mer avgränsade strategier och även budget-

¹³⁶⁶ Regional rutin Sammanhållen struktur för styrande dokument i Västra Götalandsregionen, RS7847-355747063-4. Se protokoll från regionstyrelsen daterat 2021-05-25 § 187 Reviderad struktur för styrande dokument 2021 Dnr RS 2021-01444. Se även protokoll från ägarutskottet daterat 2021-05-11 § 79 samt tjänsteutlåtande från koncernkontoret daterat 2021-05-05.

¹³⁶⁷ Beslutskompetenserna kan också ses som separata beslutsordningar, vilka i mer eller mindre grad kan vara sammanlänkade för att möjliggöra slutliga beslut i den för ärendet högst beslutande församlingen.

¹³⁶⁸ Det är regionfullmäktige som har beslutskompetens och därmed konkret beslutar i reformarbetet för huvudmannens räkning genom att anta övergripande styrdokument för regionens långsiktiga visioner, mål m.m.

¹³⁶⁹ Inom ramen för de organiserande dokumenten finns regionfullmäktiges arbetsordning som reglerar regionfullmäktigs ansvarsområden och arbetsformer, reglemente/ägardirektiv/uppgiftsområden som reglerar ansvarområden och arbetsformer för nämnder, styrelser samt beredningar och utskott, instruktioner som reglerar utförande av uppgift från nämnder till tjänstepersoner inom förvaltningen, delegeringsordningar som reglerar uppgifter som nämnd överlämnat till annan funktion för beslutsfattande, organisationsdiagram som beskriver utseende på en organisatorisk enhet, funktionsbeskrivningar som reglerar ansvarsområde och arbetsuppgifter för särskilda funktioner, uppdragsbeskrivningar/uppdragshandlingar som reglerar uppdrag för utsedda arbetsgrupper, funktionsgrupper etc. samt projektdirektiv som beskriver syfte och förväntade resultat av projekt.

¹³⁷⁰ För de organiserande dokumenten är huvudmannen beslutskompetent i olika delar. Regionfullmäktige beslutar i frågor om sin arbetsordning och nämndernas reglementen. Regionstyrelsen och nämnder har beslutskompetens inom ramen för sina verksamheter vad gäller delegeringsordning och instruktioner. För det fall det handlar om regionala planer eller riktlinjer så är regionstyrelsen behörig beslutsfattare.

¹³⁷¹ Inom ramen för de aktiverande styrdokumenterna finns måldokument eller strategier vilka återspeglar regionens huvudsakliga ansvarsområden i verksamheten, budget vilket innehåller mål och planer på långsiktigt för att uppnå översiktliga mål, detaljbudget vilket innehåller mål och planer på kort sikt för nämndernas arbete, handlingsplan/ämnesplan vilket innehåller beskrivning för hur specifika verksamheter eller ämnesområden ska uppnå sina mål genom organisering och genomförande, verksamhetsplan vilket innehåller beskrivning av hur regional organisatorisk enhet ska nå uppställda mål, programplan vilket innehåller beskrivning kring hur program ska genomföras m.m., samt projektdirektiv vilket innehåller en beskrivning av projektet samt vad som ska levereras inom ramen för projektet.

dokument.¹³⁷² En fjärde typ av kategori avser av reformarbete som sker genom *normerande styrdokument* där man anger hur något ska göras.¹³⁷³ Det kan exempelvis vara frågan om planer för att uppnå god och jämlik vård i regionen.

Sammantaget påvisar Västra Götalandsregionens riktlinje vikten av en sammanhållen struktur för hur man inom ramen för sitt planeringsarbete ska använda styrande dokument och vad som krävs för att dessa ska göras rättsligt giltiga. Man får en bild av hur olika dokument kan användas då man implementerar reformen om god och nära vård.

Vision och strategi

Ett för regionen övergripande styrdokument är Vision Västra Götaland – Det goda livet. För hälso- och sjukvården är en god hälsa något som också genomsyras av visionens målbilder.¹³⁷⁴ Visionen har antagits av regionfullmäktige. Ett annat dokument är Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030.¹³⁷⁵ Utvecklingsstrategin anger mål för att ställa om Västra Götaland till ett hållbart och konkurrenskraftigt samhälle och därigenom i olika avseenden tillgodose kvalitativ vård.¹³⁷⁶ Här ligger också fokus på att genom nya innovationer utveckla nya lösningar för regionens hälso- och sjukvård.¹³⁷⁷ Strategin har antagits genom regionfullmäktigebeslut.¹³⁷⁸

Ett fundamentalt styrdokument är regionens omställningsstrategi för hälso- och sjukvården.¹³⁷⁹ Strategin påtalar särskilt vikten av regionens omställning till

¹³⁷² Beträffande de aktiverande styrdokument är beslutskompetensen spridd inom ramen för huvudmannens organisation. Regionfullmäktige har ett relativt stort beslutsmandat givet sin beslutskompetens i frågor avseende regionens måldokument, strategier, policies och budget. Även regionstyrelsen och nämnder har beslutskompetens i budgetfrågor, se detaljbudget. Intressant i sammanhanget är att beslut rörande handlingsplaner, programplaner, verksamhetsplaner och projektplaner fattas genom förvaltningsorganisations regiondirektör, förvaltningschefer eller andra utsedda tjänstemän.

¹³⁷³ För det fall det handlar om regionala planer eller riktlinjer så är regionstyrelsen behörig beslutsfattare. Vad gäller riktlinjer för verkställighet fattas beslut av regiondirektörer, förvaltningschefer och andra utsedda förvaltningsfunktioner beroende på vilken nivå som riktlinjen avser.

¹³⁷⁴ Regionfullmäktigeprotokoll §59 daterat den 2005-05-05.

¹³⁷⁵ Den regionala utvecklingsstrategin har tagits fram med stöd av lagen om regionalt utvecklingsansvar (2010:630) och förordningen (2017:583) om regionalt tillväxtarbete och tar sin utgångspunkt i det övergripande visionsdokumentet Vision Västra Götaland – Det goda livet.

¹³⁷⁶ Inom ramen för arbetet så uppställer strategin fyra fokusområden som kräver gemensamma insatser: (i) stärka innovationskraften (ii) bygga kompetens (iii) öka inkluderingen (iv) knyta samman Västra Götaland. Insatserna bygger på tvärssektoriella kraftsamlingar såsom: (i) fullföljda studier (ii) digitalisering (iii) elektrifiering samt (iv) cirkulära affärsmodeller. Genomförande ska ske i dialog och samverkan. Se vidare Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030 s. 5.

¹³⁷⁷ Utvecklingsstrategin ska även bidra till regionalt genomförande utvecklingsstrategier från FN och EU samt vara vägledande för aktörer i den regionala utvecklingen. Strategin är tillsammans med regionfullmäktiges budget ett styrmedel för VGR:s satsningar på regional utveckling. Se vidare Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030, s. 4.

¹³⁷⁸ Protokoll från regionfullmäktige daterat 2021-02-16 § 13 Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030. Se även Dnr RS 2018–05444.

¹³⁷⁹ En förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027. Se regionfullmäktigeprotokoll § 236 daterat den 2022-11-29. Se även Dnr RS 2022–04772.

en god och nära vård som ”en jämlik, sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård som ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet och utgår från enskilda behov.” Strategin identifierar och fastställer ett antal delområden där riktade insatser krävs.¹³⁸⁰ Ett särskilt intressant delområde är *omställning till en nära vård* där regionen ska arbeta med hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet samt samverkan. Ett annat intressant delområde är *kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning* för att stärka och utveckla regionvården i linje med det nationella stödet för kunskapsstyrning, utveckla personcentrerade arbetssätt för effektiva sammanhållna vårdprocesser, utföra kontinuerlig kompetensutveckling hos vårdpersonal m.m.¹³⁸¹ Ett ytterligare delområde är *prioriteringsarbete* där regionen ska delta i nationellt prioriteringsarbete, utvärdera befintliga modeller och kunskap för omprioritering kring riktlinjer m.m. Andra delområden i strategin är *digitaliseringsarbete* med insatser för utformning av digitala vårdmiljöer, arbets- och samverkansmiljöer, användning av hälsodata och artificiell intelligens för att förbättra beslutsstöd och egen monitorering m.m., samt *barnuppdraget* för barns, ungas och närståendes behov i omställningsarbetet med fokus på delaktighet, kompetens samt barnrättsperspektivet.

Strategin är fastställd av regionfullmäktige. Strategiska nämnden har inom ramen för sitt uppdrag beslutat om en genomförandeplan för att se till att strategins mål genomsyrar den regionala verksamheten.¹³⁸² Det innefattar också uppföljning för ändamålsenlig implementering och kontroll. Den operativa nämnden är ansvarig för att följa upp om vårduppdrag inte levererar enligt strategin. Utförarstyrelserna är i sin tur ansvariga för att genomföra strategin genom sina egna verksamheter enligt vårdöverenskommelser från den operativa nämnden. Uppföljningsarbetet kring omställningsarbetet och genomförandeplanen genomförs dels av Koncernkontoret via uppföljningsrapporter som lämnas till den strategiska nämnden. Inom ramen för underlaget finns även den operativa nämndens uppföljning från dialoger med de delregionala nämnderna.

Sammantaget bygger omställningsstrategin ett fundament för regiongemensamma målbilder och är således en byggsten för reformarbetet för nära vård och personcentrering.

¹³⁸⁰ Se (i) nära vård (ii) prioritering (iii) digitalisering (iv) kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning samt (v) barnuppdraget. Strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen, s. 8–11.

¹³⁸¹ I denna del belyser strategin betydelse av hälso- och sjukvårdsavtal inklusive underavtal samt läns gemensam strategi för god och nära vård, se vidare avsnitt 14.3.6.5-6.

¹³⁸² Genomförandeplan 2024–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården godkänd av strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, SSN12937-108688567-6. Giltig från 2024-04-30.

Reglementen

När det gäller den övergripande ansvarsplacering för hälso- och sjukvården har Västra Götalandsregionen som sagt beslutat om särskilda reglementen.¹³⁸³ Inom ramen för den senaste översynen fick regionstyrelsen i uppdrag ta fram förslag till reglementen.¹³⁸⁴ Tjänstemännen inom Koncernkontoret beredde ärendet löpande i samråd med politiker i en särskilt tillsatt arbetsgrupp. I beredningsarbetet säkerställde tjänstemännen lagligheten i de förslag som togs fram. Koncernkontoret föreslog, genom tjänsteutlåtande, att regionfullmäktige skulle anta förslagen.¹³⁸⁵ Regionfullmäktige antog sedan reglementena genom ett politiskt beslut i församling.¹³⁸⁶

Av särskilt intresse för detta arbete är hur Västra Götalandsregionen genom sin övergripande planering banat väg för reformarbete avseende kunskapsstyrning och god och nära vård. Regionstyrelsen har genom sitt reglemente ett s.k. ägaransvar för den offentliga hälso- och sjukvården i regionen, se 10 § och 15 b § regionstyrelsens reglemente.¹³⁸⁷ Ett viktigt ansvar för att möjliggöra kvalitativ och patientsäker vård är regionstyrelsens uppgift att utveckla och upprätthålla ledningssystem för regionens samlande hälso- och sjukvård, se 15 a § regionstyrelsens reglemente.

Även den strategiska nämnden har genom reglemente tilldelats ansvar att verka för en kvalitativ vård. Nämnden ska uttryckligen verka för en god och jämlik hälsa och en vård på lika villkor och att vårdutbud tillgodoses på ett jämlikt sätt, se vidare strategiska nämndens reglemente 3 §. Andra ansvarsområden innefattar att besluta om inriktningar på vårdkvalitet och patientsäkerhet och ta fram nya förslag avseende valfrihetssystem för tillgängliggörande av vård m.m., se vidare strategiska nämndens reglemente 5 §. I det strategiska perspektivet har nämnden även ansvar för att ta fram måldokument och planer avseende hälso- och sjukvårdens omställning samt verka för att de kan genomföras.

Den operativa nämnden har genom sitt reglemente tilldelats uppgiften att ge vårduppdrag till vårdutförare. I uppdraget ingår att verka för en jämlik hälso- och sjukvård som är tillgänglig, 2 § operativa nämndens reglemente. Nämnden har även ett uppdrag att besluta om förfrågningsunderlag som ligger till grund för vårdutförande i vårdvalssystemen. Däri föreligger krav på kvalitet i vårdutförandet, se krav och kvalitetsböckerna Vårdcentral och Rehab. Nämnden har även uppdraget att följa upp vårdutförarnas förmåga att efterfölja nämnda bestämmelser.

1383 Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-04-12 § 66 Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027 Dnr RS 2022–01294 p. 5, 7 och 8. Uppdraget innefattade även förfaranden för detaljbudgetar för de föreslagna nämnderna och styrelserna.

1384 Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-04-12 § 66 Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027 Dnr RS 2022–01294 p. 5, 7 och 8. Uppdraget innefattade även förfaranden för detaljbudgetar för de föreslagna nämnderna och styrelserna.

1385 Koncernkontorets tjänsteutlåtande gällande Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 daterat 2022-10-11 (reviderat 2022-10-13) Dnr RS 2022–04495.

1386 Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-11-29 § 240 Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 samt justering av tidigare beslut om politisk organisation Dnr RS 2022–04495.

1387 Enligt reglementet ska regionstyrelsen också företräda regionen i egenskap av vårdgivare för verksamheter i egen regi.

Sammantaget är den operativa nämnden ett viktigt organ för implementering och reformarbete för god och nära vård m.m.

De delregionala nämnderna har enligt sina reglementen ett särskilt ansvar för att följa utvecklingen av nära vård inom sitt upptagningsområde. I uppgiften ingår att samordna dialogen mellan regionala och kommunala vårdutförare. Nämnderna har också till uppgift att kommunicera med patientnämnderna inom respektive område. Patientnämnderna har å sin sida tilldelats uppgiften att stödja och hjälpa patienter som har synpunkter och klagomål på regionens hälso- och sjukvård. Tanken är att genom dialog möjliggöra för mer kvalitativ och patientsäker vård.

För detta arbete är reglementen för utförarstyrelserna särskilt intressanta. Inom ramen för uppgifterna fördelar Västra Götalandsregionen ansvar för vardera utförarstyrelse att på olika sätt och i olika omfattning verka för god och nära vård i sina vårdutföranden, se vidare vårdgivaravsnittet.

Sammantaget kan man se ett system där Västra Götalandsregionen genom ärendehantering och beslut avseende reglemente fördelar ansvaret för hur man ämnar driva arbetet med hälso- och sjukvårdens omställning. Vi kan således notera att reglementena och den granskningsprocess som föreligger skapar förutsättningar för ett strukturerat arbetssätt för att säkerställa god och nära vård. Revisionsenheten har också utfört en granskning huruvida den politiska organisationen är ändamålsenlig för genomförandet av hälso- och sjukvårdens omställningsstrategi.¹³⁸⁸

14.2.5.2.2 Hälso- och sjukvårdsbudget

En andra underordning avser själva budgetarbetet för hälso- och sjukvården. Som framgått är detta ett av de mest effektiva sätten att styra hälso- och sjukvården. Budgetarbetet är också den del som utgör kitter i själva planeringen av hälso- och sjukvården. Arbetet bedrivs i enlighet med de visioner, reglementen etc. som har beslutats om. Budgetbesluten kommer därefter att konkretiseras i mer genomförbara hälso- och sjukvårdsuppdrag. Mycket talar som sagt för att om staten avser att bedriva hälso- och sjukvårdsreform som implementeras av huvudmannen är det rimligt att avsätta medel som ska inkluderas i det regionala budgetarbetet och översättas till konkreta uppdrag. Detta gäller enligt vår mening implementeringen av patientlagen.

Ärendehantering avseende hälso- och sjukvårdsbudgeten är relativt omfattande och inbegriper i princip hela huvudmannens verksamhet. Huvudmannen ska säkerställa att budgetarbetet följer kommunallagens bestämmelser om ekonomisk förvaltning, se vidare 11 kap. kommunallagen.¹³⁸⁹ Förberedelsearbete startar året innan det aktuella budgetåret när huvudmannen beslutar om vilka ekonomiska

¹³⁸⁸ Granskning av omställningen av hälso- och sjukvården daterat 2024-01-24 Dnr REV 2023-00096. Granskningsarbetet har utförts av tjänstepersoner (yrkesrevisorer).

¹³⁸⁹ Där finns ett grundläggande krav på god ekonomisk hushållning som genomsyrar alla huvudmannens budgetbeslut, 11 kap. 1 § kommunallagen. Andra lagkrav huvudmannen behöver beakta gäller krav på god avkastning samt att man varje år ska upprätta en budget för nästkommande år, se 11 kap. 2 § och 5 § kommunallagen. I övrigt ska budgeten innehålla en verksamhetsplan som anger mål och riktlinjer av betydelse för budgetens syften samt en treårig ekonomisk plan, se 11 kap. 6 § kommunallagen.

förutsättningar som råder för den kommande budgeten.¹³⁹⁰ I praktiken pågår budgetarbetet kontinuerligt vilket kräver ett samspel mellan huvudmannens verksamhet och de politiska partierna i regionen. Det gäller både politiker och tjänstemän inom huvudmannens verksamhet. Regionstyrelsen ansvarar i slutändan för att beslutsförslag når regionfullmäktige som sedan beslutar i ärendet, 5 kap. 1 § samt 11 kap. 8 § och 10 § kommunallagen.¹³⁹¹

Västra Götalandsregionens beslutade budget utgör fundamentet för hälso- och sjukvårdsverksamhetens planering.¹³⁹² I regionfullmäktiges budgetbeslut framgår att vardera nämnder och styrelser inom ramen för regionens budget ska fatta beslut om egna budgetar m.m.¹³⁹³ Det är regionstyrelsen som ansvarar för verkställandet av regionfullmäktiges beslut och Koncernkontoret tillhandahåller tjänstemannastöd till nämnderna och styrelserna. I sammanhanget är det särskilt intressant att notera hur regionfullmäktige i sitt budgetbeslut ger den operativa nämnden ansvaret att besluta och fördela medel till vårdgivare i regionen.

Utifrån kommunallagen följer att regionstyrelsen och övriga nämnder fortlöpande ska föra räkenskaper och redovisa den ekonomiska verksamheten, 11 kap. 17 § kommunallagen.¹³⁹⁴ Regionstyrelsen har en uppsiktsplikt att följa upp och granska hur huvudmannens styrelser och nämnder genomför och följer upp sina budgetar.¹³⁹⁵ Regionstyrelsen har även ett ansvar för att upprätta och besluta om årliga årsredovisningar, vilka man sedan överlämnar till regionfullmäktige och revisorer, 11 kap. 19–20 §§ kommunallagen.¹³⁹⁶ Utöver den ekonomiska granskningen innehåller årsredovisningen en fullständig verksamhetsberättelse av

1390 Sedan behöver huvudmannens nämnder och bolag besluta om sina budgetunderlag för det kommande budgetåret vilka skickas till regionstyrelsen. Utifrån nämnda budgetunderlag så beslutar sedan de politiska partierna/konstellationerna i regionen sina förslag på regionala budgetar.

1391 Ex. sammanträdesprotokoll från regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen daterat 2023-06-07 § 126 Detaljbudget 2023 för Västra Götalandsregionen – framställningar till regionfullmäktige Dnr RS 2022–04396. Det är inte ovanligt att övriga konstellationer beslutar att reservera sig mot beslutet i fullmäktige till förmån för det egna förslaget (skuggbudgetar). Se exempelvis sammanträdesprotokoll från regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen daterat 2023-06-12 § 131 Budget 2024 för Västra Götalandsregionen Dnr RS 2023–03045.

1392 Den övergripande regionala budgeten kan ha ett långsiktigt och strategiskt perspektiv med prioriterade mål för hälso- och sjukvården. Sådana mål innefattar mål som innebär en grund för implementering av rättsliga normer som rör bland annat hälso- och sjukvårdens omställning m.m. Se exempelvis Budget för Västra Götalandsregionen Dnr RS 2023–03045., och Regions Stockholm Budget 2024 Dnr RS 2023–0160.

1393 Sammanträdesprotokoll Regionfullmäktige daterat 2023-06-12 § 131 Budget 2024 för Västra Götalandsregionen Dnr RS 2023–03045.

1394 Den ekonomiska verksamheten ska redovisas genom att besluta om minst en delårsrapport om året som regionstyrelsen överlämnar till regionfullmäktige och revisorer för beslut och granskning, se 11 kap. 16 § kommunallagen och 13 kap. lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning. Delårsrapporten är en särskild redovisning som avser en specifik period av räkenskapsåret och ska innehålla resultaträkning, balansräkning och en förenklad verksamhetsberättelse där man utvärderar mål m.m., 13 kap. 1–2 §§ lagen om kommunal bokföring och redovisning.

1395 Se p. 16 sammanträdesprotokoll från regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen daterat 2023-06-12 § 131 Budget 2024 för Västra Götalandsregionen Dnr RS 2023–03045.

1396 Det innebär att huvudmannen även behöver förhålla sig till årsredovisningslagen och lagen om kommunal bokföring och redovisning. Se årsredovisningslag (1995:1554) respektive lag om kommunal bokföring och redovisning.

de aktiviteter som utförts och i vilken utsträckning de budgetmål som verksamheten uppställt har uppfyllts.¹³⁹⁷ Granskningen genomförs av revisorer enligt 12 kap. kommunallagen. På detta sätt görs en systematisk granskning av huruvida implementeringsmål och mål om reformarbete uppnåtts avseende god och nära vård.¹³⁹⁸ I detta sammanhang ska också nämnas delårsrapporterna som nämnder och styrelser upprättar och redovisar avseende pågående arbete. Däri återfinns kontinuerliga återrapporteringar kring måluppfyllnad avseende arbetet med implementering och reformarbete avseende god och nära vård.

Utifrån en närmare granskning av Västra Götalandsregionens beslutade budget kan vi konstatera att man bl.a. lyfter fram primärvårdens centrala roll för att genomföra omställningen till nära vård.¹³⁹⁹ I budgeten konkretiseras ett antal fokusområden för hälso- och sjukvårdens utveckling:

- primärvården ska vara lätt att nå och ta ett helhetsansvar för ökad tillgänglighet.
- primärvårdens omställning till en nära vård ska resultera i minskad administration och skapa en mer jämlik tillgång till vård.
- det ska fortsatt satsas på mobila enheter för att utveckla arbetet med nära vård.
- det ska utvecklas användarvänliga digitala vårdtjänster för patienters bästa.

På en nästa budgetnivå operationaliserar huvudmannen de regionala budgetmålen genom nämndernas s.k. detaljbudgetar. I Västra Götalandsregionen beslutar den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden om en budget för den strategiska styrningen av hälso- och sjukvårdens omställning och prioritering av god hälsa på lika villkor.¹⁴⁰⁰ Regionen har en särskild beredning för nära vård som bl.a. fokuserar på tillgång till jämlik vård för regionens invånare. Ett huvuduppdrag i budgeten är att löpande följa omställningsarbetet och primärvårdens roll.¹⁴⁰¹

Genom den operativa hälso- och sjukvårdsnämndens detaljbudget konkretiseras Västra Götalandsregionen de regionala målen för implementering av bestämmelser

¹³⁹⁷ Ex. s. 32–33 verksamhetsberättelse i årsredovisning Västra Götalandsregionen 2022 och fokusområden som öka antalet tillgängliga vårdplatser för att minska problemet med överbeläggningar (ej uppnått), delar av den planerade vården på akutsjukhusen ska flyttas ut till närsjukhus eller andra specialistmottagningar (delvis uppnått, invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka m.fl.

¹³⁹⁸ Huvudmannens rättsligt kompetenta beslutsförsamlingar beslutar sedan om att godkänna årsredovisningen och därefter besluta om ansvarsfrihet föreligger för ansvariga beslutsfattare i huvudmannens verksamhet, 11 kap. 21 § samt 5 kap. 24 § kommunlagen. Revisorerna genomför sitt revisionsuppdrag självständigt och presenterar sina slutsatser genom en revisionsberättelse till fullmäktige. Revisorerna beslutar i utgångspunkt om sin förvaltning av revisionsarbetet.

¹³⁹⁹ Budget 2024 Västra Götalandsregionen samt plan för ekonomi 2025–2026.

¹⁴⁰⁰ Sammanträdesprotokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-11-09 § 157 Detaljbudget 2024 med utblick 2025–2026 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden Dnr SSN 2023–00681. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-10-20. För mer information se dokument Detaljbudget 2024 med utblick 2025–2026 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden.

¹⁴⁰¹ Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden s. 3–4. Det handlar om att ta fram regiongemensamma styrande dokument som verkar för nämnda ändamål. Budgeten nämnder även vikten av att prioritera kvalitet, patientsäkerhet samt att omsätta den nationella kunskapsstyrningen till egna styrdokument för VGR.

avseende patientens rätt och reformarbete för god och nära vård.¹⁴⁰² I relation till den regionala budgeten (i) ska den operativa nämnden säkerställa att Krav- och Kvalitetsboken utformas i linje med omställningsstrategin för en nära och mer jämlik vård. Indikatorer som budgeten listar innefattar antal listade läkare, antal besök inom primärvård av totalt antal besök m.m. Ett annat exempel rör (iv) där den operativa nämnden beslutat att man i enlighet med omställningsstrategin ska verka för ökad tillgång och jämlikt utbud av digitala lösningar och effektivt utnyttjande av regionens resurser. Detta gör man exempelvis genom att besluta om vårduppdrag till vårdutförare.

I sammanhanget kan nämnas att de delregionala nämndernas budgetar hanterar angelägenheter för en delregional utveckling av nära vård, samt att man agerar som samordnare i dialog med bl.a. vårdgivare och kommunala huvudmän.¹⁴⁰³ Detsamma gäller patientnämndernas budgetar, vilka innefattar åtgärder för att öka tillgänglighet till god vård på rätt nivå.¹⁴⁰⁴ Inom ramen för huvudmannens arbete så har den operativa nämnden ansvaret för att förmedla medel till respektive utförarstyrelse och deras budgetarbete.¹⁴⁰⁵

När man utvärderar hur huvudmannen på olika nivåer inom sin verksamhet bedriver budgetarbete framträder en relativt utvecklad bild av hur huvudmannen kan, om man vill, iscensätta hälso- och sjukvårdsreform. Med god och nära vård som exempel kan vi se hur övergripande mål genom ärendehantering och beslut stegvis konkretiseras i mer operativ utvecklingsverksamhet. Under förutsättning att budgetprocessen utförts genom rättsligt giltiga handlingar så uppkommer rättsliga förpliktelser för både interna och externa vårdgivare att implementera de krav på personcentrering, delaktighet och fast vårdkontrakt som följer av reformarbetet avseende god och nära vård.¹⁴⁰⁶

14.2.5.2.3 Ordning för hälso- och sjukvårdsuppdrag

En tredje underordning avser tilldelning av ansvar genom hälso- och sjukvårdsuppdrag. Detta är som vi redan lyft fram ett mycket viktigt sätt att implementera hälso- och sjukvårdsreform. I Västra Götalandsregionen är det operativa nämndens uppdrag att utforma hälso- och sjukvårdsuppdrag. Ärendena bereds och utreds av tjänstemän på Koncernkontoret som säkerställer lagligheten och

1402 Sammanträdesprotokoll från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-11-08 § 308 Detaljbudget för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2024 Dnr OSN 2023-02316. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-10-23. För mer information se dokument Detaljbudget för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2024. Se även sammanträdesprotokoll från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-12-06 § 346 Tilläggsbeslut detaljbudget 2024 för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden Dnr OSN 2023-02316. Se även tjänsteutlåtande från koncernkontoret till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden för tilläggsbeslut detaljbudget 2024 för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden daterad 2023-11-23.

1403 Ex. Detaljbudget för delregional nämnd Göteborg, Detaljbudget 2024 och utblick 2025-2026 beslutad i delregional nämnd Göteborg datum 2023-11-17 protokoll § 73 Dnr DRNG 2023-00158.

1404 Här pekar budgeten ut betydelsen av användarvänliga digitala vårdtjänster för patienternas bästa, se exempelvis IT-stöd för klagomålshantering för patientnämnderna m.m. Se Detaljbudget 2024 för patientnämnderna. Varje patientnämnd tar beslut för egen del, se exempelvis sammanträdesprotokoll § 25 från patientnämnden Göteborg daterat 2023-09-12 Dnr PNG 2023-00050.

1405 Utförarstyrelsernas budgetarbete kommer vi att behandla ned i vårdgivarkapitlet.

1406 Se s. 9 Budget 2024 Västra Götalandsregionen samt plan för ekonomi 2025-2026.

att det beslutsunderlag som tas fram också följer regionens beslutade styrdokument. Koncernkontoret lämnar ett tjänsteutlåtande med ställningstagande för beslut. Tjänstemännens utlåtande ligger sedan till grund för det politiska beslut som den operativa nämnden fattar i beslutsförsamling.¹⁴⁰⁷ Vårduppgifterna manifesterar vilka hälso- och sjukvårdsangelägenheter som huvudmannen överlåter på vårdgivaren.

Operativa nämnden har också till uppgift att följa upp och granska utförandet av vårduppgifterna. Denna uppföljande verksamhet utförs av tjänstemännen på Koncernkontoret som sammanställer ett tjänsteutlåtande för beslut i den operativa nämnden. Det är således tjänstemännen som gör den materiella bedömningen huruvida vårduppgifterna efterföljts avseende laglighet, styrande dokument, överenskommelse m.m.¹⁴⁰⁸ Den operativa nämnden kan sedan besluta i enlighet med Koncernkontorets förslag och därigenom godkänna granskningsrapporterna.¹⁴⁰⁹

Genom hälso- och sjukvårdsuppgifterna överlåter beställarnämnden till utförarstyrelserna hälso- och sjukvårdsangelägenheter som rör vårdutförande. Uppgifterna omfattar även krav på att åtgärderna ska utföras med viss kvalitet. Västra Götalandsregionen överlåter därmed genom sina vårduppgifter således både utförangelägenheter, men också ansvaret för att vårdutförarna de facto ska utföra sitt arbete i enlighet med reformarbetet avseende kunskapsstyrning och god och nära vård. Beroende på hur grunduppgiften ser ut avseende primärvård, sjukhusvård, specialistvård, högspecialiserad vård, rehab etc. så ser implementeringen och reformarbetet olika ut. Vi kommer utveckla detta ytterligare inom ramen för vårdgivaravsnittet.

14.2.5.3 Ordning för kvalitets- och kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård

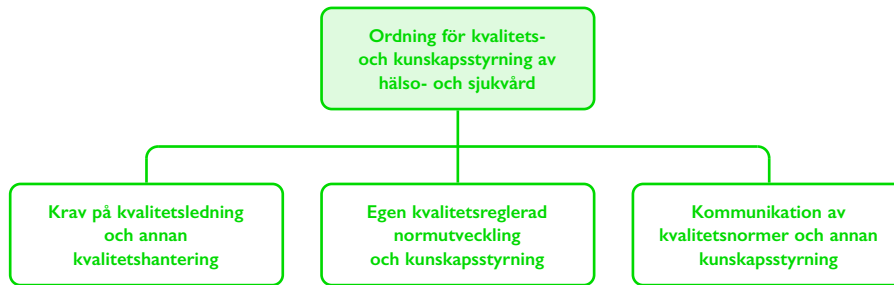
En viktig ordning vad gäller huvudmannens reformarbete och utveckling av hälso- och sjukvården är den avseende kvalitets- och kunskapsstyrning. Styrning i detta avseende bedrivs i sig på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. I denna del fokuserar vi på huvudmannens kvalitets- och kunskapsstyrning.¹⁴¹⁰ Av tradition är kvalitetsstyrningen nära förknippad med produktsäkerhetsarbete, men inbegriper alltmer av hälso- och sjukvårdens arbete. Både kvalitets- och kunskapsstyrningen är dessutom nära kopplad till hälso- och sjukvårdens digitalisering. Mycket talar också för att hanteringen av kvalitets- och kunskapsstyrningsärenden kommer att få en alltmer framträdande plats vad gäller huvudmannens styrning och

¹⁴⁰⁷ Se §§ 251–255 Sammanträdesprotokoll daterat 2023-09-27 för den operativa nämnden hälso- och sjukvårdsnämnden gällande uppdragsavtal. Se § 251 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, § 252 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Sjukhusen i väster, § 253 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för NU-sjukvården, § 254 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, § 255 Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.
¹⁴⁰⁸ Ex. Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-03-06 Dnr OSN 2023-01509.

¹⁴⁰⁹ Ex. sammanträdesprotokoll från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-03-22 § 42 Samlad uppföljning av avtal och vårdöverenskommelser 2022 Dnr OSN 2023-0150.

¹⁴¹⁰ Vi kommer att lägga särskild vikt vid hur detta sker och kan ske utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv i del 4.

utveckling av hälso- och sjukvården. Huvudmannen behöver även säkerställa sitt kvalitetsansvarsarbete genom att bedriva kunskapsstyrning.¹⁴¹¹



FIGUR 26.
Ordning för kvalitets- och kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård.

Vi menar, utifrån vår sociolegal analys, att det är möjligt att urskilja en rättslig ordning för kvalitets- och kunskapsstyrning bestående av tre samspelande delar. Detta är tre handlingsordningar som behöver utvecklas internt såväl som i relation till externa vårdgivare.¹⁴¹² En första del avser huvudmannens kravställande på vårdgivares kvalitetsledningssystem. Utmärkande för ett kvalitetsledningssystem, vilket ska implementeras av vårdgivaren som en övergripande ordning för att hantera kvalitetsarbete, är att det i stor utsträckning handlar om att säkerställa att vårdgivaren tillämpar lagar, föreskrifter och huvudmannens uppställda krav. En andra del är den ordning där huvudmannen genom egna föreskrifter och kunskapsstyrning uppställer specifika kvalitetskrav som vårdgivaren har att uppfylla. Det säger sig självt att detta är ett konkret och verksamhetsnära sätt för huvudmannen att ställa krav på hälso- och sjukvårdens utveckling. En tredje del är den ordning där vårdgivare och anställda får tillgång till alla de rättsregler, föreskrifter och annan kunskapsstyrning som de har att tillämpa inom ramen för sitt kvalitetsledningssystem. Viktigt i detta avseende är att kraven görs tillgängliga på ett strukturerat och systematiskt sätt.

Utifrån en sociolegal analys blir det tydligt hur viktigt det är att lyfta fram dessa delar som en samspelande helhet för hur man bedriver konkret utveckling och även implementerar kvalitetsrelaterade initiativ från statsmakten. I förhållande till patientlagen bör följaktligen huvudmannen tydliggöra att detta är kvalitetskrav som måste uppfyllas inom ramen för kvalitetsledningssystemet. Patientlagens regler, åtminstone i delar, bör förtydligas och utvecklas som kompetens- och handlingsdirigerande normer i enlighet med vad som beskrivits i kap. 10. Alla regler, föreskrifter och kunskapsstyrning som är relevanta i förhållande till patientlagens bestämmelser bör på ett strukturerat sätt göras tillgängliga för alla verksamma inom hälso- och sjukvården.

¹⁴¹¹ "Varje enskild region har ett ansvar att bedriva kunskapsstyrning för att kunna leva upp till sitt kvalitetsansvar. Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården kan handla om vårdprogram, anpassning av nationella riktlinjer till lokala förutsättningar och system för uppföljning och analys samt utvecklat modeller och verktyg för att bedriva ett kontinuerligt förbättrings- och utvecklingsarbete", se SOU 2021:89 Sverige under pandemin Volym 2 s. 427.

¹⁴¹² Se nedan i avsnitt 14.5.

14.2.5.3.1 Krav på kvalitetsledning

Kravet på att alla vårdgivare ska ha ett kvalitetsledningssystem följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I 3 kap. 1 § i föreskrifterna stadgas att vårdgivare har ansvar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ett ledningssystem definieras i 2 kap. 1 § som ett system för att fastställa principer för ledning av verksamhet. Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 1 § 2 st. använda ledningssystemet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I 2 kap. 1 § definieras kvalitet med att vårdgivarens verksamhet ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård. För huvudmannen är det ett viktigt sätt att styra både interna och externa vårdgivare genom krav på kvalitetsledningssystemet. I Västra Götalandsregionen har regionstyrelsen ett särskilt ansvar för att utveckla och upprätthålla ledningssystem för regionens samlande hälso- och sjukvård, se 15 a § regionstyrelsens reglemente. Utmärkande är att man ställer krav på att alla vårdgivare ska använda sig av ett ledningssystem anvisat att huvudmannen. Implementerade ledningssystem utvecklas på så vis som ett inslag i en regiongemensam rättslig ordning.

14.2.5.3.2 Kvalitetsrelaterad normutveckling och kunskapsstyrning

En andra underordning inom ramen för policy och styrning av hälso- och sjukvård gäller framtagning av policy och andra dokument som är relevanta avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet. Utifrån Västra Götalandsregionens kategorisering av styrande dokument är det primärt frågan om s.k. *normerande styrdokument* genom vilka man anger hur något ska göras.¹⁴¹³ Det kan exempelvis vara frågan om regionala riktlinjer för kvalitetssäkring inom specifika medicinska områden. Ambitionen kan vara att fastställa en regional standard för vård och behandling.

Västra Götalandsregionen bedriver exempelvis ett arbete att genom styrande dokument implementera de nationella krav som finns avseende god och nära vård. Regionen har en särskild beredning för god och nära vård som bl.a. fokuserar på tillgång till jämlik vård för regionens invånare. Med fokus på vårdval inom primärvården har man utvecklat en särskild krav- och kvalitetsbok.¹⁴¹⁴

14.2.5.3.3 Kommunikation av bindande regler och kunskapsstyrning relevant för kvalitetsarbete

En tredje viktig underordning avser säkerställandet av att hälso- och sjukvården har tillgång till alla bindande regler och annan kunskapsstyrning. I egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården har regionerna ett ansvar för att verksamheten

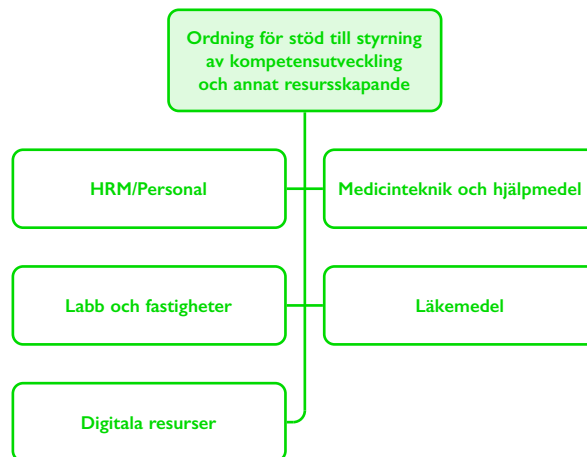
¹⁴¹³ För det fall det handlar om regionala planer eller riktlinjer så är regionstyrelsen behörig beslutsfattare. Vad gäller riktlinjer för verkställighet fattas beslut av regiondirektörer, förvaltningschefer och andra utsedda förvaltningsfunktioner beroende på vilken nivå som riktlinjen avser.

¹⁴¹⁴ Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden s. 3–4. Det handlar om att ta fram regiongemensamma styrande dokument som verkar för nämnda ändamål. Budgeten nämnder även vikten av att prioritera kvalitet, patientsäkerhet samt att omsätta den nationella kunskapsstyrningen till egna styrdokument för VGR.

följer bindande regler och andra styrdokument. Genom digitaliseringen har förutsättningarna för att göra kvalitetskrav tillgängliga förändrats i grunden. Västra Götalandsregionen kommunicerar via sin webbplats dels till patienter och anhöriga avseende regler och rättigheter i vården med hänvisning till 1177.se, dels till vårdgivare och andra som arbetar med vårdfrågor genom vårdgivarwebben.se. Webbplatserna innehåller information om bindande regler och riktlinjer, samt annan information som rör kunskapsstyrning för att utföra ändamålsenligt kvalitetsarbete. När det gäller tillgång till nationella kunskapsstöd så hänvisar regionen till webbplatser som tillhandahålls av SKR.

14.2.5.4 Ordning för stöd till styrning av hälso- och sjukvårdens resursskapande

En ytterligare och närliggande underordning som också bör lyftas är den som avser stöd till och styrning av vårdgivarnas resursbas när det gäller att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Uppenbart i sammanhanget är vikten av att stödja och styra kompetensutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver ha kompetens att implementera patientlagen och andra reforminitiativ. Rättsempiriskt är det dessutom möjligt att tydliggöra ett antal olika ytterligare fokusområden vad gäller behovet att stödja och styra resursutvecklande, vilka också är relevanta även vad gäller implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen.



FIGUR 27.
Ordning för intern bemanning och resursbesättande av hälso- och sjukvård.

Att ställa krav på och även stödja utvecklingen av resurser för hälso- och sjukvård är en uppgift som är närliggande uppgiften att ställa krav på kvalitetslednings-system. Utifrån huvudmannens perspektiv handlar det dels om att säkerställa att det finns ändamålsenliga resurser, dels tillhandahålla stödstrukturer avseende resursarbetet. Vi har redan konstaterat att det är avgörande för huvudmannen att regionens hälso- och sjukvård har tillgång till högkompetent och motiverad personal. Annat resursskapande där huvudmannen har en central roll rör den offentliga hälso- och sjukvårdens infrastruktur. Som vi kommer att utveckla är det bl.a. vad gäller hälso- och sjukvårdens tillgänglighet viktigt att hälso- och sjukvården har tillgång till ändamålsenlig fysisk miljö i form av labb och fastigheter. Nuförtiden blir det allt viktigare med den digitala infrastrukturen. Det finns

behov av gemensamma informationssystem, digitala plattformar för vårdmöten m.m. Huvudmannen har också en roll att understödja resurskarsskapandet avseende utrustning och hjälpmedel. Det gäller utrustning som används dels inom vårdgivarens faciliteter, dels hjälpmedel som patienter använder i hemmet. Även tillgången till läkemedel är i sammanhanget en viktig fråga.

14.2.5.4.1 Ordning för stöd till och styrning av HR/personal

Den första underordningen avser huvudmannens stödstrukturer och personalansvar och utgår från de reglementen som denne beslutat. Varje styrelse och nämnd har ett personalansvar inom ramen för sin verksamhet genom att vara anställningsmyndighet och därmed ansvara för personalansvar och kompetensfrågor. För att kunna bemanna och tilldela resurser till verksamheten måste konkreta planer för den operativa verksamheten utformas och beslutas. Det kan handla om verksamhetsplaner som kan återfinnas som en del av budgeten, men också fristående planer för konkreta genomföranden. Utifrån de aktiviteter som däri uppställs kan man dels besluta om vilka verksamhetsområden som ska ges resurser, dels besluta vilken bemanning som krävs för att utföra själva genomförandearbetet. Ett konkret exempel på en verksamhetsplan i Västra Götalandsregionen, med syfte att operationalisera tidigare beslutade styrdokument är Genomförandeplan 2023–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården. En intressant detalj är att Koncernkontoret i sitt tjänsteutlåtande föreslår ”att hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören skall få i uppdrag att säkra strukturer för det regionsgemensamma genomförandet.” Beslutet lyfter även vikten av att operationalisera kvalitetsdrivet arbete inom prioriterade områden som nära vård och digitalisering.¹⁴¹⁵

Inom ramen för Västra Götalandsregionen har regionstyrelsen ett särskilt ansvar för kompetensutvecklingsfrågor.¹⁴¹⁶ Det innefattar beslutskompetens för att ta fram gemensamma styrande dokument inom personalområdet, se B 7 § regionstyrelsens reglemente. Genom nämnda kompetens har regionstyrelsen beslutat om en riktlinje avseende kompetensutveckling och lärande i VGR.¹⁴¹⁷ Riktlinjen avser att vara ett stöd i hur kompetensutveckling kan organiseras och formas i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Enligt riktlinjen är kompetensutvecklingen en fortgående process som bidrar till ett kontinuerligt lärande där både medarbetare och verksamheter utvecklas i linje med övergripande mål och strategier om god vård m.m. Centrala delar i arbetet är att tillvarata och utveckla personalens kompetens samt att erbjuda personalen kontinuerlig professionell utveckling m.m. Det handlar även om att personalen har tillgång till ändamålsenlig kompetens för sina arbetsuppgifter.

Västra Götalandsregionens ledning har enligt riktlinjen det strategiska ansvaret för huvudmannens kompetensutveckling och att det finns ändamålsenliga

¹⁴¹⁵ Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-05-17 § 61 Dnr SSN 2023-00364.

¹⁴¹⁶ Grundprinciper för lärandet är att de ska vara aktiverande, inkluderande, motiverande och hållbara. Lärandet ska även innefatta mått pedagogisk kvalitet och förmåga till reflekterande över det egna lärandet.

¹⁴¹⁷ Riktlinje Kompetensutveckling och lärande i VGR Dnr RS 2020-03747.

stödsystem för detta. Regionen behöver i egenskap av huvudman säkerställa att samtliga chefer inom den interna ordningen ser det som sin uppgift att omvandla det strategiska arbetet till konkreta kompetensutvecklingsarbeten inom respektive styrelser och nämnder. Sedan har hälso- och sjukvårdspersonalen ett ansvar att kompetensutveckla sig i den takt som krävs för arbetets utförande och i enlighet med de direktiv som ges i övrigt avseende yrkesrollen.

I sammanhanget kan nämnas de större initiativ som Västra Götalandsregionen har beslutat om avseende kompetensutveckling. Ett exempel är VGR Akademin som är ett kunskapsstöd för regiongemensam verksamhet för kompetensutveckling och lärande. Det finns även regionsövergripande program för kompetensutveckling där beredningen för folkhälsa och socialhållbarhet ingår.¹⁴¹⁸

14.2.5.4.2 Ordning för stöd till och styrning av labb och fastigheter

En andra underordning rör tillgång till fysisk infrastruktur i form av lokaler och fastigheter. I enlighet med denna ordning är det regionstyrelsen som har Västra Götalandsregionens uppdrag att säkerställa nämnda resurser. Regionstyrelsen har enligt reglemente uppgiften att bereda och besluta om fastighetsinvesteringar. Sådana ärenden behöver beredas för och beslutas av regionfullmäktige om ärendet är av sådan vikt som beskrivs i kap. 5 kommunallagen.

En i sammanhanget intressant intern verksamhet är styrelsen för fastighet, stöd och service som har en särskild uppgift att utifrån strategiska nämndens beslut bedöma lokalbehov samt säkerställa effektivt lokalutnyttjande för hälso- och sjukvården, 4 § p. b) styrelsens reglemente.¹⁴¹⁹ Styrelsen ansvarar för framtagandet av en strategisk plan för hälso- och sjukvårdens lokalstruktur.¹⁴²⁰ Förvaltningen följer upp arbetet och återrapporterar via regionstyrelsen.

Fastighetsförvaltningen är en viktig del av resursskapandet av fysisk infrastruktur. Det är förvaltningen som operationaliserar kvalitetskraven som ställs på lokaler m.m. Ett konkret exempel är arbetet med efterföljandet av bestämmelserna i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning samt lagbestämmelser som rör tillgänglighet för funktionsnedsatta individer som avser tillgänglighet till vårdmiljöer. Förvaltningen har beslutat om riktlinjer och standarder för fysisk tillgänglighet till bl.a. fysiska vårdmiljöer. I riktlinjerna framgår att det råder delat ansvar mellan fastighetsägare och verksamhetsansvarig att följa riktlinjerna. Riktlinjerna innefattar även bestämmelser avseende arbetsmiljö och minimikrav avseende de interna arbetsförhållandena som lokalerna

¹⁴¹⁸ Västra Götalandsregionens Program Bygga Kompetens 2022–2025 Dnr BFSH: RS 2021-05585.

¹⁴¹⁹ Reglemente för styrelsen för fastighet, stöd och service Dnr RS 2023-01583.

¹⁴²⁰ Inom ramen för berednings- och utredningsarbetet har man bl.a. beaktat de målbilder som uppställs i omställningsstrategin. En konsekvens av detta är att man i planen framhåller ett minskat behov av lokalkapacitet i framtiden pga. att primärvården tar över uppdrag från slutenvården samt att digitala lösningar skapar förutsättningar för hemsjukvård. Därför handlar lokalfrågor och labbmiljöer bl.a. om att samla verksamhet som "inte behöver vara nära". Beredningsarbetet har utförts av Fastighet, stöd och service som framställt ett tjänsteutlåtande i ärendet, se tjänsteutlåtande daterat 2024-04-08 Dnr SFSS 2023-03696. Även Koncernkontoret har uttalat sig i frågan enligt beslutsunderlaget. Styrelsen antog sedan planen genom politiskt beslut, se sammanträdesprotokoll från styrelsen för fastighet, stöd och service daterat 2024-04-25 § 43 Fastställande Strategisk plan för hälso- och sjukvårdens lokalstruktur Dnr SFSS 2023-03696.

erbjuder. Det avser bl.a. tillgång till toaletter, ändamålsenliga entréer och dörrar. Det finns även krav på miniminivåer avseende strålning och elektriska och elektromagnetiska fält i sjukvårdslokaler.

14.2.5.4.3 Ordning för stöd till och styrning av digitala resurser

En tredje underordning avser framtagande och implementering av digital infrastruktur. Detta är ett arbete som är tätt sammankopplat med det regionala arbetet med hälso- och sjukvårdens omställning och digitalisering. Även i denna del förekommer det stöd och styrning på flera nivåer. Det kan handla om resurskapande av digital infrastruktur som lägger grunden för själva hälso- och sjukvårdsverksamhetens informationshantering, men det kan också handla om mer avgränsade digitala lösningar och funktioner för e-hälsa och välfärdsteknik m.m.

För att illustrera styrningen av resursskapandet exemplifierar vi med utgångspunkt i införandet av IT-miljön Millenium som digital infrastruktur för Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård.¹⁴²¹ Styrningen ligger inom ramen för ärende- och beslutsordningar och regionfullmäktiges beslutskompetens, där övriga organ som regionstyrelsen och förvaltningsorganisationerna ger understöd i beredningsarbetet m.m. I detta fall är det ägarutskottet som stödjer regionstyrelsen med att ta fram beredningsunderlag för beslut om införandet av Program Millennium.¹⁴²² Tjänstemännen vid Koncernkontoret har tagit fram ett tjänsteutlåtande som beskriver ärendet, hur ärendet ska genomföras samt förslag på beslut.¹⁴²³

Ägarutskottet tar inom ramen för sin verksamhet beslutet att föreslå ärendet för regionstyrelsen, se protokoll från ägarutskottet.¹⁴²⁴ Regionstyrelsen bereder och förbereder beslut för regionfullmäktige på samma grunder.¹⁴²⁵ Regionfullmäktige tar sedan, baserat på regionstyrelsens underlag, det slutligt bindande beslutet genom beslutsförsamlingen.¹⁴²⁶ I och med beslutet finns en rättslig bundenhet för Västra Götalandsregionen att implementera vårdinformationsmiljön enligt det underlag som ingår i ”beslutspaketet”.

Det pågår även gransknings- och uppföljningsarbete kring de beslut som tas i ärendet. Exempelvis har revisorskollegiet utfört en granskning av program Millennium.¹⁴²⁷ Inom ramen för granskningen utvärderar man hur genomförandet av vårdinformationsmiljön fallit ut. Det gäller exempelvis styrning, ledning och organisation av programmet. Man utvärderar också huruvida regionstyrelsen har

¹⁴²¹ Programdirektiv för Program Millennium Dnr RS 2023-01216.

¹⁴²² Innan 1 november 2022 kallades Program Millennium för Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM).

¹⁴²³ I exempelvis Koncernkontorets tjänsteutlåtande framgår bland annat att det finns en mängd tidigare beslut som huvudmannen behöver beakta i implementeringsarbetet. I övrigt handlar tjänsteutlåtandet om hur införandet och driftsättningen ska finansieras, vilka ekonomiska huvudprinciper som huvudmannen ska beakta och hur kostnaderna även kommer fördelas på vårdutförarna. En del av implementeringsarbetet avser även att ansluta de privata vårdgivarna till systemet.

¹⁴²⁴ Sammanträdesprotokoll 2019-09-17 § 138 Dnr RS 2019-02103.

¹⁴²⁵ Sammanträdesprotokoll från regionstyrelsen, 2019-09-24 § 236 Dnr RS 2019-02103.

¹⁴²⁶ Sammanträdesprotokoll från regionfullmäktige, 2019-10-08 § 170 Dnr RS 2019-02103.

¹⁴²⁷ Revisionsrapport daterad 2024-01-24. I rapporten ger revisorskollegiet rekommendationer om förbättringar i form av säkerställa tidsplaner för införande och systematisk uppföljning, tydliggöra beslutsmandat m.m.

genomfört sitt uppdrag att verkställa beslutet i enlighet regionfullmäktigebeslutets mål samt enligt det uppdrag regionstyrelsen har enligt sitt reglemente.

En tanke med Program Millenium är att skapa en ändamålsenlig vårdinformationsmiljö för regionens hälso- och sjukvård. Ett av syftena är att systemet ska underlätta för den digitala hanteringen av vårdinformation i hälso- och sjukvårdens omställning vad gäller kvalitet, delaktighet m.m.

14.2.5.4.4 Ordning för stöd till och styrning av medicinteknisk resursbas

En fjärde underordning avser stöd och styrning av medicinteknisk utrustning för bedrivande av hälso- och sjukvård. Västra Götalandsregionen inrättat en ordning för styrning av medicintekniska produkter. En viktig del i denna är regionstyrelsens ansvar för det regiongemensamma kvalitetsledningssystemet där det framgår ansvar för att godkänna, samt fortlöpande utvärdera, den medicintekniska utrustningens kvalitet. Utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården finns bestämmelser hur den medicintekniska resursbasen ska hanteras som en del av den kliniska miljön.¹⁴²⁸ Där framgår hur ansvaret kan fördelas mellan ledande personer i verksamheten. Med grund i detta kan sedan vårdgivaren besluta om egna ordningar för vilka ansvar som ska distribueras via verksamhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal och apparatansvariga. De sistnämnda är, till skillnad från den kliniska personalen, tekniskt specialiserad personal.¹⁴²⁹

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar om regionala riktlinjer och rutiner avseende resursskapande genom egentillverkning.¹⁴³⁰ Tanken är att stödet ska underlätta för framtagande av egentillverkade produkter som är av god kvalitet och säkra att använda. Detsamma gäller riktlinjer för hantering av specialanpassade produkter m.m.

Utifrån ett huvudmannaperspektiv har man placerat det konkreta ansvaret för de medicintekniska lösningarna inom ramen för utförarstyrelsernas ansvar för drift, förvaltning och utveckling av utförarverksamheterna, se utförarstyrelsernas reglementen.¹⁴³¹ Utförarstyrelserna ansvarar för att den utrustning som används är säker för patienter och vårdpersonal. Inom ramen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns en intern resurs, Medicinsk Teknik Sahlgrenska (MTS), med uppgiften att stödja arbetet med driftsäker och kostnadseffektiv användning. Vi kommer att i vårdgivaravsnittet beskriva denna ordning närmare.

¹⁴²⁸ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

¹⁴²⁹ Ex. riktlinje Medicinsk utrustning – riktlinjer för inköp och hantering. Södra Älvsborgs Sjukhus (SAS9613-1190749860-21).

¹⁴³⁰ Beredningsarbetet har utförts av tjänstemännen vid Koncernkontoret samt medicinsk personal vid Sahlgrenska universitetssjukhus. Besluten följs upp inom ramen för Koncernkontorets uppföljningar. Se Regional riktlinje Egentillverkning av medicinteknisk produkt Dnr HS 2021-00795 och Regional rutin Egentillverkning av medicinteknisk produkt, processbeskrivning Dnr HS 2021-00796.

¹⁴³¹ Ex. reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset Dnr RS 2022-04495.

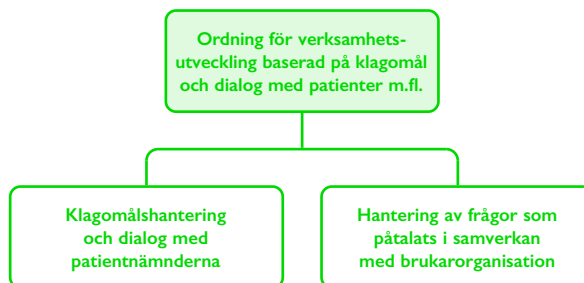
14.2.5.4.5 Ordning för stöd till och styrning av hjälpmedel och läkemedel

En femte underordning avser stöd och styrning avseende hjälpmedel och läkemedel för bedrivande av hälso- och sjukvård. Här har Västra Götalandsregionen tagit fram regionala medicinska riktlinjer för ett antal sjukdomstillstånd. Berednings- och utredningsarbetet har utförts av regiongemensamma expertgrupper inom området. Riktlinjerna är fastställda av läkemedelskommittén som har beslutskompetens enligt Uppdragshandling för Läkemedelskommittén.¹⁴³² Uppdragshandlingen är beslutad av hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören. Enligt uppdragsbeskrivningen är Läkemedelskommittén en kunskapsresurs för läkemedelsarbetet inom regionen. Även denna ordning tar avstamp i utförarstyrelsernas ansvar för drift, förvaltning och utveckling av utförarverksamheterna, se utförarstyrelsernas reglementen. Vi kommer därför även titta närmare på detta inom ramen för vårdgivaravsnittet. Ordningen för hanteringen av hjälpmedel som användas av patienter och brukare i hemsjukvård kommer att beskrivas nedan i samverkansavsnittet.¹⁴³³

14.2.5.5 Ordning för klagomål och verksamhetsutveckling baserad på dialog med patienter m.fl.

En ytterligare viktig ordning när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling är hanteringen av synpunkter m.m. som framkommit från patientklagomål och från dialog med patienter och deras företrädare. Eftersom det i lag föreskrivs att huvudman ska ha patientnämnd har huvudmannen krav på sig att hantera dessa ärenden enligt särskild ordning. Ärenden kan initieras som ett resultat av samverkan med patientorganisationer, brukare och anhöriga. Det finns, som vi kommer att utveckla, krav på brukarinflytande enligt kommunallagens bestämmelser.

FIGUR 28.
Ordning för verksamhets-
utveckling baserad
på patientdialog m.m.



Det är i detta sammanhang viktigt att skilja mellan huvudmannens ordning för hur man hanterar klagomål och synpunkter m.m. i förhållande till den mer externt präglade ordningen för samverkan med patientorganisationer och andra företrädare för patientintressen. Inom den interna ordningen handlar det i hög grad om att hantera synpunkter och klagomål som ärenden, vilka kan ligga till grund för beslut avseende verksamhetens utveckling och förbättring. Eftersom

¹⁴³² Uppdragshandling för koncernövergripande grupp daterad 2023-06-07 Dnr SSN 2023-00283.

¹⁴³³ Se avsnitt 14.3.

ärendena relaterar till kvalitativa aspekter av vård är det viktigt att huvudmannen genomgående hanterar dessa ärenden i sin organisation som ett led i arbetet med kvalitativ, säker och jämlik vård.

Utifrån vårt perspektiv är det centralt att patientnämnderna tar aktiv del i hälso- och sjukvårdens reformarbete och möjliggörandet av personcentrerad vård. Det är som vi ser det rimligt att implementeringen av patientlagen är en fråga som kontinuerligt diskuteras inom ramen för patientnämnderna. Det är överhuvudtaget viktigt att patientrepresentanter är delaktiga i framtagandet av de kvalitetsorienterade åtgärdsprogram m.m. som diskuteras ovan.

14.2.5.5.1 Ordning för klagomålshantering och dialog i patientnämnderna

I Västra Götalandsregionen har man i patientnämndens reglemente tydliggjort ansvaret att förvalta de synpunkter, iakttagelser och analyser som framförts avseende hälso- och sjukvården. Nämnden ska se till att information från patient- och brukarsfären förmedlas till berörda nämnder och styrelser inom Västra Götalandsregionen. Syftet är att återföringen ska skapa förutsättningar för en mer säker och kvalitativ vård. Nämnden har följaktligen att utveckla en ordning för ärendehantering och beslut för hur klagomål och synpunkter ska hanteras.¹⁴³⁴ Denna ordning ska utvecklas i enlighet med vad som ovan sagts om politisk ärendehantering. Inom ramen för denna ska det bedrivas ett dialogarbete i enlighet med en återföringsplan. Beredningsarbetet utförs av patientnämndernas kansli. Återföringsplanen ska innehålla när återkoppling och dialog ska ske med Västra Götalandsregionerna nämnder.¹⁴³⁵ I huvudsak har man genom ett periodiserat schema framställt när och i vilken ordning man ska återföra information till respektive nämnder. I detta fall beslutar Göteborgs patientnämnd att anta den föreslagna planen genom nämndbeslut och därmed rättsligt binder nämnden till planen.¹⁴³⁶ Enligt nämnda tjänsteutlåtande ansvarar presidiet för genomförandet av nämndens återföringsplan och ska därmed också hålla nämnden informerad. Förvaltningschefen ansvarar för att tillhandahålla ändamålsenligt stöd för att samordna samt säkerställa uppföljning av arbetet med återföringsplanen.

En annat typ av ärende rör själva klagomålshanteringen avseende återkommande brister i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Ett sådant exempel är ”brister i information till patienter som väntar på bedömningsbesök eller behandling inom specialistvården.”¹⁴³⁷ Ärendet initierades på förslag av förvaltningen. Utifrån en urvalsprocess i beredningsarbetet begränsade man arbetet till att omfatta sådana klagomål som avsåg väntan på operation eller behandling i den somatiska vården. I det utredningsarbete som genomförts av patientnämndens kansli lägger man

¹⁴³⁴ Riktlinje Patientnämndernas ärendeberedning beslutad september 2023 Dnr PNG 2023-00043, PNN 2023-00070, PNS 2023-00041, PNV 2023-00040 och PNÖ 2023-00039.

¹⁴³⁵ Patientnämndernas kanslis plan daterad 2024-03-12 Dnr PNG 2024-00022. I tjänsteutlåtandet från patientnämndernas kansli framgår ett ställningstagande till beslut att antaga planen och att ärendets handläggning skett genom nämnda kansli samt att ärendet beretts vid en gemensam presidieöverläggning samt den egna patientnämndens presidium.

¹⁴³⁶ Se sammanträdesprotokoll från patientnämnden Göteborg daterat 2024-05-16 § 11 Patientnämnden Göteborgs plan för återkoppling och dialog 2025-2026 Dnr PNG 2024-00022.

¹⁴³⁷ Se ärende Analysrapport: Vänta på vård – patienters upplevelser i väntan på operation eller annan behandling Dnr PNG 2023-00074.

stor vikt vid att analysera de klagomål som inkommit.¹⁴³⁸ I tjänsteutlåtandet från patientnämndernas kansli utvärderas behovet av förbättringsåtgärder, exempelvis avseende behovet av information och behovet av god tillgänglighet m.m.¹⁴³⁹ Patientnämnden i Göteborg dokumenterar inhämtad information genom nämndbeslut och det tydliggjorda behovet av förbättringar.¹⁴⁴⁰ Informationen förs sedan vidare enligt återföringsplan till övriga nämnder i regionens verksamhet.

14.2.5.5.2 Ordning för hantering av frågor som påtalats i samverkan med brukarorganisation m.fl.

Det finns behov av att hantera ärenden som initieras genom brukarsamverkan på annat sätt än genom patientnämnderna. Det behövs bl.a. en ordning där huvudmannen kan initiera ärenden i förhållande till frågor som patientföreningar driver för sina medlemmar.

I Västra Götalandsregionen har delregional nämnd Göteborg enligt sitt reglemente ansvar för att föra dialog med intresseorganisationer och civilsamhället inom Göteborgsområdet.¹⁴⁴¹ Frågor som uppkommer i dessa dialoger kan behöva hanteras som ärenden. Det kan exempelvis avse frågor som uppkommit i dialog mellan delregionala nämnder och Svenska Diabetesförbundet. Konkreta frågor som kan avhandlas är exempelvis behovet av klargörande kring vad som gäller vid läkarintyg för körkort vid diabetessjukdom när Transportstyrelsen ändrat kraven för när läkarintyg ska lämnas. Konsekvenserna av ändringarna kan medföra tätare intervaller för läkarintyg och därmed ett ökat behov att få tillgång till läkare som kan skriva läkarintyg. Delregionala nämnden avger sin syn på saken där man menar att primärvården i första hand ska prioritera att ge vård, vilket inte innefattar intygsärenden som då inte heller kan ges prioritet i primärvården. Ärendet har i detta fall diskuterats på delregionala nämndens presidiummöte och koncernkontoret har skrivit ett tjänsteutlåtande.¹⁴⁴² I tjänsteutlåtandet återges en sammanfattning av dialogen med patientföreningen och ett ställningstagande för beslut till nämnden. Nämnden bifaller sedan tjänsteutlåtandet.¹⁴⁴³ I det specifika beslutet har nämnden föreslagit att strategiska nämnden ska se över förutsättningarna för jämlika intyg, samt möjligheten för andra professioner utöver ögonläkare att skriva ut körkortsintyg.

¹⁴³⁸ Analysrapport Väntan på vård – patienters upplevelser i väntan på operation eller annan behandling Dnr PNN 2023-00106.

¹⁴³⁹ Se vidare tjänsteutlåtande daterat 2023-10-25 Dnr PNG 2023-00074.

¹⁴⁴⁰ Sammanträdesprotokoll från patientnämnden Göteborg daterat 2023-11-13 § 40 Analysrapport: Väntan på vård – patienters upplevelser i väntan på operation eller annan behandling Dnr PNG 2023-00074.

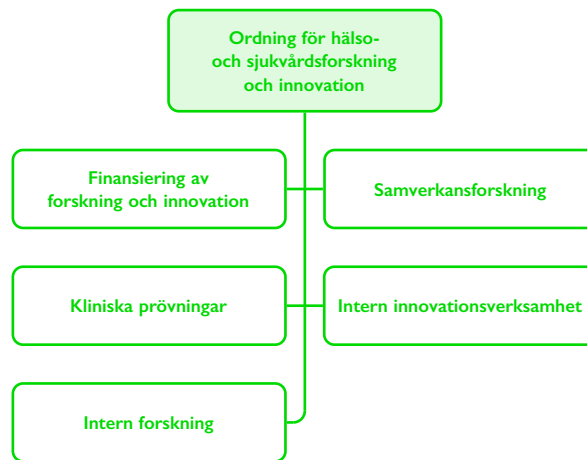
¹⁴⁴¹ Inom ramen för delregionala nämnden finns ett antal arbetsgrupper, se exempelvis Arbetsgruppen för dialogmöten med patient- och brukarorganisationer enligt Riktlinje Arbetsgrupper i delregional nämnd Göteborg DRNG 2023-00116.

¹⁴⁴² Tjänsteutlåtande daterat 2024-01-25 Dnr DRNG 2023-00208.

¹⁴⁴³ Sammanträdesprotokoll från delregional nämnd Göteborg daterat 2024-02-07 § 7 Information om inkomna frågor från patientförening Dnr DRNG 2023-00208.

14.2.5.6 Ordning för hälso- och sjukvårdsforskning och innovation

Det säger sig självt att forskning och innovation är viktiga när det gäller att utveckla hälso- och sjukvården. Den regionala huvudmannen finansierar olika forsknings- och innovationsprojekt. Vissa av projekten hanteras internt, medan andra projekt bedrivs i samverkan med externa aktörer. Särskilt intressant är hur huvudmannen implementerar resultatet av forsknings- och innovationsprojekt. Mycket talar för att detta är ärenden som kommer att få allt större betydelse. Det är förmodligen t.o.m. så att när man ska implementera central lagstiftning som patientlagen och säkerställa att vården är personcentrerad så förutsätter detta att det bedrivs både forskning och verksamhetsutveckling. Detta är projekt som rimligen också är en del i den strategiska planeringen och budgetarbetet enligt ovan.



FIGUR 29.
Ordning för hälso- och sjukvårdsforskning och innovation.

Vi menar följaktligen att det är möjligt att tydliggöra en rättslig ordning för huvudmannens forsknings- och innovationsverksamhet. Ordningen är rättslig då den på motsvarande sätt som ovan avser ärendehantering och beslutsfattande. Enligt vår mening kan vi urskilja ett antal samspelande underordningar. En viktig del är den ordning som avser själva finansieringen av forsknings- och innovationsprojekt. En annan ordning avser den där man bedriver intern forskningsverksamhet. En central del är den kliniska forskningen, men det kan även vara aktuellt med annan verksamhetsnära forskning. Av strategisk betydelse är den ordning enligt vilken huvudmannen säkerställer att det kan bedrivas klinisk prövning inom hälso- och sjukvården. Särskilt intressant är hur huvudmannen möjliggör implementeringen av innovationer i hälso- och sjukvården.

När det gäller forskning och innovation inom Västra Götalandsregionen har det tillsatts en särskild FoU-direktör. Dessutom har man en särskild organisation som ska stimulera innovationsverksamhet, den s.k. Innovationsplattformen. Vidare har man en särskild organisation som bl.a. ska understödja den kliniska utvärdering och prövning som ska genomföras. Av särskilt intresse är också hur forsknings- och innovationsverksamheten kopplar an till nationella uppdrag från regeringen att ta fram och fastställa en regional utvecklingsstrategi, samt samordna

genomförandet och hantera uppföljningen av strategin.¹⁴⁴⁴ I relation till den regionala utvecklingsstrategin är utvecklingen av innovationer inom hälso- och sjukvård särskilt intressant.

14.2.5.6.1 Ordning för finansiering av forskning och innovation

En första underordning avser själva finansieringen av forsknings- och innovationsarbetet. Västra Götalandsregionen har utvecklat en funktion (Vårdgivarwebben) för att stödja anställda och andra som är knutna via avtal om utförare av offentligt finansierad vård. De anställda m.fl. kan ansöka om medel för egna forskningsarbeten och projekt. Här innefattas även akademiska forskningsprojekt. I huvudsak finns det fem finansieringsformer: (i) ALF-medel (ii) regionala FoU-medel (iii) FoU-medel från lokala anslagsgivare (iv) forskarstöd habilitering och hälsa, samt (v) innovationsfonden.¹⁴⁴⁵

Eftersom det rör sig om forskning i tjänsten är forskningsaktiviteten en personalfråga för huvudmannen. För att möjliggöra forskningen krävs beslut i linjeorganisationen om att vederbörande har utrymme inom ramen för sin tjänst. Det är således ett arbetsgivarbeslut som tas av tjänsteman i organisationen. Därefter skickas ansökan in som eventuellt beviljas och medel ska då täcka den arbetsinsats som görs inom ramen för tjänsten. Forskningsprojektet ska bedrivas i enlighet med kraven på rapportering och publicering.

14.2.5.6.2 Ordning för intern forskning

En andra underordning är den för själva utförandet av forskningen. Ett exempel är ordningen för forskning som bedrivs genom s.k. ALF-medel.¹⁴⁴⁶ Baserat på finansieringsbeslutet skapas en grund för intern forskning. Själva ordningen baseras på avtalet som styr själva genomförandet och den eventuella uppföljningen av forskningsprojektet. I Västra Götalandsregionen finns ett avtal mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs universitet (Sahlgrenska akademien) om ett fördjupat samarbete där läkare eller forskare kan ansöka om medel för att utföra vetenskapligt arbete inom ramen för tjänsten.¹⁴⁴⁷ Vad som kvalificerar detta som intern forskning är Sahlgrenska Universitetssjukhusets särskilda uppdrag att samverka med Göteborgs universitet i frågor om forskning och utbildning.

¹⁴⁴⁴ Nämnda uppdrag framgår av lagen om regionalt utvecklingsansvar och förordningen om regionalt tillväxtarbete.

¹⁴⁴⁵ Se vidare Västra Götalandsregionens webbsida, Vårdgivarwebben. Söka medel till forskning och innovation.

¹⁴⁴⁶ Avtal om läkarutbildning och forskning (ALF) som avser staten och vissa regioners samarbete vad gäller utbildning, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. För att kunna söka ALF- projektmedel föreligger höga krav på den sökande, dvs. att den sökande som lägst har akademisk docentgrad. Anslag kan beviljas genom treåriga anslag med årliga rapporteringskrav om den vetenskapliga progressionen. Det finns även möjlighet för juniora disputerade forskare att söka ALF-medel. En tanke är att medlen riktar sig mot de som arbetar mot en docentur samt arbetar med en självständig forskningsinriktning. Sammantaget finns en mängd olika finansieringsmöjligheter genom ALF-medel.

¹⁴⁴⁷ Regionalt avtal mellan Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen om samarbete kring grundutbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården daterat 2019-01-15.

Samverkan är så integrerad att i praktiken sker forskningen som ett led i den interna organisationen.

Den forskning som läkare utför anses vara inom ramen för den normala tjänsten, vilket gör att forskningen därmed ska beslutas och hanteras som en del av den interna anställningsordningen hos vårdgivaren. Därutöver behöver de verksamhetschefer som omfattas vara en del av beslutsfattandet. Utöver det föreligger rapporteringskrav mot den specifika ALF-finansieringen. Syftet med forskningen är att på vetenskaplig grund och utifrån beprövad klinisk erfarenhet utveckla ny kunskap som kan omsättas till en god vård för medborgarna i regionen.¹⁴⁴⁸

14.2.5.6.3 Ordning för samverkansforskning

En tredje underordning är den för forskning i samverkan mellan olika aktörer inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Även denna typ av forskning har sin grund i en beviljad ansökan om forskningsmedel.¹⁴⁴⁹ I samband med beslutet om beviljade finansieringsmedel ingår samverkansparterna regelmässigt ett avtal, vilket utgör den rättsliga ordningen för samverkansforskning.

När det gäller finansiering genom regionala FoU-medel i Västra Götalandsregionen finns krav på att samverkan utgör ett inomregionalt vetenskapligt samarbete eller motsvarande mellan vårdenheter. Deltagarna i projektet är anställda hos respektive huvudmän.¹⁴⁵⁰ Därmed krävs också verksamhetschefernas godkännande. Eftersom projektdeltagarna är anställda behöver projektarbetet även hanteras av de interna tjänstemannaordningarna avseende personal- och verksamhetsärenden.

Företädarna för respektive samverkansaktör behöver besluta om villkoren för överenskommelsen avseende samverkansprojektet. Det handlar i sak om att sätta ramarna för samverkansprojektets organisering, genomförande m.m. När det gäller forskning som baseras på regionala FoU-medel kan det finnas krav på att projekten avser patientnära forskning och utvecklingsarbete inom det medicinska området.¹⁴⁵¹ Det kan även finnas krav på att projektresultaten ska vara generaliserbara, samt kunna användas av andra i liknande situationer. Resultaten ska även kunna publiceras och bidra till ett gemensamt lärande inom området. Projektledaren ska registrera projektet i projektdatabasen för FoU i Västra Götalandsregionen. Där ska även de vetenskapliga publikationerna publiceras. Även i denna del handlar det om att på vetenskaplig grund och beprövad klinisk erfarenhet utveckla ny kunskap för regionens hälso- och sjukvård.

14.2.5.6.4 Ordning för kliniska prövningar

En fjärde underordning är den för kliniska prövningar. För att bedriva klinisk forsknings- och utvecklingsverksamhet krävs förmåga till regelefterlevnad. Detta är en fråga för verksamhetschefer och andra ansvariga tjänstemän, samt

¹⁴⁴⁸ Se villkor för bidrag regionala FoU-medel på Researchwebs webbsida, Grant management, Compliance and CRIS.

¹⁴⁴⁹ Beträffande Västra Götalandsregionen se om information och villkor på Researchwebs webbsida, Villkor för bidrag till regionala samarbetsprojekt Västra Götalandsregionen.

¹⁴⁵⁰ Andra krav är att akademiskt meriterad person ska leda projektet.

¹⁴⁵¹ Se vidare villkor för bidrag regionala FoU-medel på Researchwebs webbsida, Grant management, Compliance and CRIS.

den hälso- och sjukvårdspersonal som medverkar i det kliniska arbetet. Detta är i sammanhanget att betrakta som ärenden där beslut behöver fattas för att verksamheten ska bedrivas i regelefterlevnad. Ärenden där kliniska prövningar aktualiseras är framför allt kring forskning och produktutveckling som omfattar medicintekniska produkter och läkemedelsutveckling. Båda områden avseende kliniska forskningsprocesser innefattar regelverk och standardiserade bestämmelser för hur verksamheten ska ikläda sig ansvar, hur processer ska genomföras och följas upp, hur erforderliga tillstånd ska inhämtas m.m. Man talar ofta om god klinisk praxis eller god tillverkningspraxis. Om forskningen ska bedrivas på människa så krävs även etikprövningstillstånd. Det kan även vara så att anmälan ska göras till Läkemedelsverket.

Det är i sammanhanget värt att reflektera över regionstyrelsens roll som ägarföreträdare och Västra Götalandsregionens ansvar som både huvudman och vårdgivare. Styrelsen har också ansvar för att verksamheten följs upp på ett ändamålsenligt sätt. Eftersom det rör klinisk verksamhet kommer vi att utveckla detta i vårdgivaravsnittet.

14.2.5.6.5 Ordning för intern innovationsverksamhet

En femte underordning avser ordning för stöd och hantering av intern innovationsverksamhet hos huvudmannen. I Västra Götalandsregionen avsätter den strategiska nämnden medel för intern innovationsstödande verksamhet genom den s.k. Innovationsfonden. Fonden används för projekt med potential att förbättra regionens hälso- och sjukvård. Det har inrättats en organisatorisk enheten – en Innovationsplattform – som bl.a. har till uppgift att besluta om fondens medel, se delegationsbeslut för styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhus.¹⁴⁵² I Innovationsplattformens uppdrag ingår även att ge innovationsstöd till medarbetare och chefer vilka har som mål att utveckla nya innovativa hälso- och sjukvårdslösningar. Stödarbetet ska ses i ljuset av de regionala mål som presenteras i den regionala utvecklingsplanen och även omställningsstrategin för hälso- och sjukvård. Ett ytterligare uppdrag för Innovationsplattformen är att bidra till att underlätta samarbeten mellan hälso- och sjukvård, näringsliv och akademi.

Ärenden avseende innovationsverksamhet ska således hanteras enligt den process som Innovationsplattformen erbjuder med stöd och resurser. Dessutom ska den hanteras i enlighet med hälso- och sjukvårdens beslutsordning avseende verksamhetsutveckling. I praktiken kan det handla om ett antal beslut under innovationsprocessen. Det kan aktualiseras att fatta beslut om: (i) behov och planering, (ii) idé och koncept, (iii) utveckling av koncept, (iv) implementering av lösningen, samt (v) spridning.

¹⁴⁵² Se vidare Delegeringsprotokoll från Västra Götalandsregionen, Behandling av ärenden med stöd av delegering från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden punkt 18 i delegeringsordning: Fördelning av FoUII-medel enligt fastställda medelsramar och inriktningsbeslut, Fördelning av medel ur Innovationsfonden 2024 Dnr SSN 2023-00834.

14.2.5.7 Ordning för revision och intern kontroll av hälso- och sjukvård

Vi har redan konstaterat att granskning och uppföljning av hälso- och sjukvårdsverksamhet är ett viktigt inslag i reformarbete och utvecklingsverksamhet. Detta gäller framför allt den systematiska granskning som följer av kommunallagen och reglementen avseende intern kontroll.¹⁴⁵³ Granskningen handlar om huruvida den verksamhet som huvudmän ansvarar för utför sin verksamhet i relation till uppställda krav. Intressant i denna del är gransknings- och kontrollärenden avseende verksamhetens uppfyllande av kvalitativa krav såsom att den bedrivs i enlighet med lagar, författningar, bindande styrdokument och beslut m.m.

14.2.5.7.1 Ordning för kvalitetsdriven granskning

En första underordning rör kvalitetsdriven granskning. Även om regionfullmäktige med regionstyrelsens hjälp är ytterst ansvarig för att verksamheten bedrivs lagenligt och i enlighet med beslutade styrdokument, så föreligger ett ansvar på de organ/verksamheter som tilldelats ett ansvar. Det följer av kommunallagen och regelmässigt även av beslutade reglementen att det finns krav på intern kontroll. Exempelvis finns ett genomgående ansvar för att rapportera arbetet med intern kontroll uppåt i linjestrukturen.

Inom ramen för arbetet med intern kontroll sker en uppföljning och granskning av det hälso- och sjukvårdsarbete som utförs. Däri ligger naturligtvis de stora frågorna kring om verksamheten bedrivs enligt strategimålen, exempelvis vad gäller omställningsstrategin för hälso- och sjukvården. Den interna kontrollen kan även avse mer begränsade frågor, exempelvis om verksamheten uppfyller kraven avseende tillståndspliktig vård eller legitimering av personal.

14.2.5.7.2 Ordning för granskningsbaserad verksamhetsutveckling

En andra ordning rör granskningsbaserad verksamhetsutveckling. Granskningsarbetet är dels en del av den rättsliga styrningen av huvudmannens verksamhet, dels ett verktyg för kontinuerligt förbättringsarbete. Man kan även se arbetet som en del av nämndernas ärendehantering och beslutsprocesser. Nämnderna kan besluta om ett ärende för att tillsätta en arbetsgrupp att ta fram en plan för intern kontroll. Arbetsgruppens arbete fokuserar på att identifiera risker i nämndens interna arbete och utvärdera vilka identifierade risker som ska innefattas i planen.¹⁴⁵⁴ I tjänsteutlåtandet som ligger till grund för att anta planen lyfter exempelvis strategiska nämnden risker som att beslut inte följs upp eller

¹⁴⁵³ Det föreligger kommunalrättsliga krav på huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet ska granskas. Kravet tar utgångspunkt i att nämnderna ska bedrivas i enlighet med lagar, författningar samt mål och riktlinjer beslutade av regionfullmäktige. I relation till nämnda krav så finns ett ytterligare krav på ändamålsenlig intern kontroll av verksamheten, 6 kap. 6 § kommunallagen. Ett mer detaljerat krav i samma sak återfinns i nämndernas beslutade reglementen ”styrelsen/nämnden skall årligen fastställa och följa upp plan för intern kontroll”, se del C Gemensamma bestämmelser för samtliga nämnder och styrelser. Det är sedan revisorerna som granskar om nämndens arbete med intern kontroll är tillräckligt, 12 kap. 1 § kommunallagen.

¹⁴⁵⁴ Ex. sammanträdesprotokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-04-27 § 50 Riskvärdering inför plan för intern kontroll 2023 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden Dnr SSN 2023-00172.

omhändertas, besluta tas dubbelt eller inte alls, att man inte fångar upp områden där strategiska planer eller motsvarande behövs, samt att uppföljning av nämndens beslut är bristfälliga.¹⁴⁵⁵ Beslut att anta planen tas av nämnden.¹⁴⁵⁶

De kontroller som uppställs i planen följs sedan upp i en deluppföljningsrapport. Där framgår också eventuella åtgärder för förbättringar och korrigering. Uppföljningsrapporten noteras genom att tjänstemännen vid förvaltningen tar fram ett tjänsteutlåtande som sedan nämnden genom beslut noterar och därmed godkänner redovisningen.¹⁴⁵⁷ Vid årets slut genomförs en slutlig årlig uppföljningsrapport enligt samma tillvägagångssätt.¹⁴⁵⁸

Arbetet med intern kontroll sker årsvis där nästföljande års planering startar redan under det tidigare året. Det gör att man behöver hantera två parallella processer i planerings- och utvärderingsarbetet. Genom att studera processerna som ärende- och beslutsprocesser förefaller det tydligt att granskningsprocessen avseende intern kontroll är en viktig byggsten för hälso- och sjukvårdsverksamheten att driva förändrings- och utvecklingsarbete för en god och nära vård.

14.3 Huvudmannens ordning för samverkan med andra huvudmän och staten

I detta avsnitt kommer vi att närmare utvärdera och beskriva vad som utgör den regionala huvudmannens ordning för samverkan med andra huvudmän och staten. Detta är, som vi konstaterat, en ordning som får allt större betydelse. Vi menar som framgått att den samverksordning som utvecklats mellan huvudmännen ska ses som en central ordning i själva huvudmannaskapet. Utifrån ett statligt perspektiv är det mer eller mindre självklart att om hälso- och sjukvårdsreformer ska förverkligas bland alla landets huvudmän för hälso- och sjukvården så kommer detta kräva samverkan. Detta blir uppenbart om man tar avstamp i kravet på jämlik vård. Mycket tyder också på att hälso- och sjukvårdens digitalisering kommer att ställa allt större krav på utvecklad samverkan. En fråga vi ställer oss är i vilken utsträckning implementering av centrala lagar, exempelvis patientlagen, förutsätter att man iscensätter ett samverkansprojekt på olika nivåer. Kanske är det t.o.m. så att implementering av dessa lagar förutsätter långsiktig samverkan där man över tid utvärderar hur patientlagens regler ska översättas till gemensamma normer. I detta avsnitt kommer vi att lägga särskild vikt vid att följa reformarbetet avseende god och nära vård, samt i viss utsträckning även arbetet med kunskapsstyrningen.

¹⁴⁵⁵ Se vidare ex. tjänsteutlåtande daterat 2023-03-08 Dnr SSN 2023-00172.

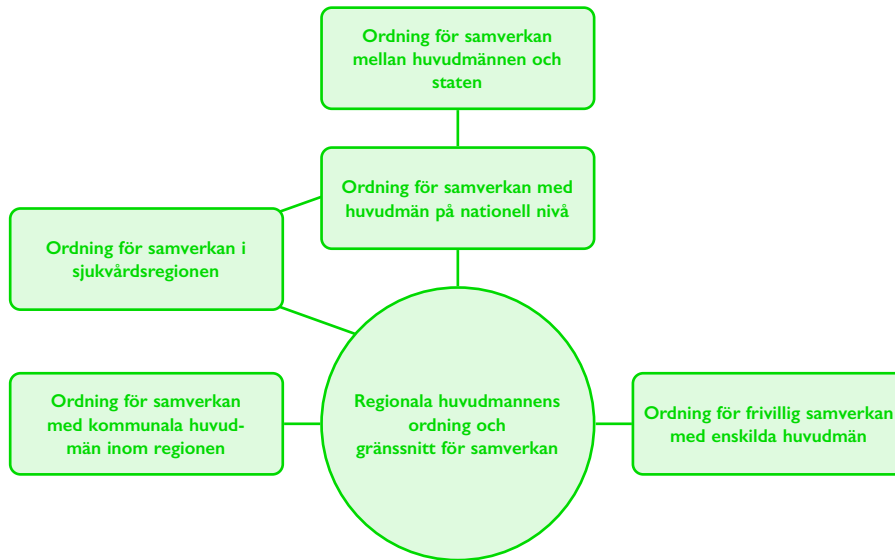
¹⁴⁵⁶ Ex. sammanträdesprotokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-05-17 § 63 Plan för intern kontroll 2023 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden Dnr SSN 2023-00172.

¹⁴⁵⁷ Ex. sammanträdesprotokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-10-04 § 139 Uppföljning plan för intern kontroll, augusti 2023 Dnr SSN 2023-00172.

¹⁴⁵⁸ Ex. sammanträdesprotokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2024-02-02 § 4 Uppföljning plan för intern kontroll, helår 2023 Dnr SSN 2023-00172.

14.3.1 Samverkansordning för hälso- och sjukvårdens utveckling och koordinering

En central sociolegal slutsats är att ska man bedriva hälso- och sjukvårdsreform kommer detta att kräva ett omfattande samverkansarbete på alla hälso- och sjukvårdens nivåer. Även om det fortfarande är en splittrad bild av hur samverkan bedrivs, menar vi att det går att tydliggöra en samverkanslogik för hur man bedriver hälso- och sjukvårdsreform. I en era där digitalisering och kunskapsstyrning blir allt viktigare kommer både stat, region och kommun vara alltmer beroende av att dessa samverkansordningar utvecklas som ett väloljat maskineri.



FIGUR 30.
Huvudmannens övergripande ordning för samverkan.

På ett övergripande plan kan vi utifrån vår utvärdering konstatera att den enskilde huvudmannen har att utveckla samverksrelationer i förhållande till ett antal olika aktörer eller konstellationer av aktörer. När det gäller hälso- och sjukvårdsreform är det rimligt att utgå från huvudmannens samverkansordning i förhållande till staten. Här är det primärt staten som utvecklat en samverkansordning i förhållande till de regionala och kommunala huvudmännen på nationell nivå. SKR är en viktig samverkansaktör i förhållande till staten. SKR är den främsta nationella ordningen för samverkan mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän. SKR är också en arbetsgivareorganisation som har att agera i förhållande till arbetstagarnas organisationer. En annan viktig samverkansordning är de sex sjukvårdsregionerna – Norra sjukvårdsregionen, Sjukvårdsregionen Mellansverige, Stockholms sjukvårdsregion, Sydöstra sjukvårdsregionen, Västra sjukvårdsregionen och Södra sjukvårdsregionen. Dessa är organiserade som samverkansnämnder eller kommunalförbund, vilka svarar för samverkan och samordning av hälso- och sjukvård inom det geografiska området. En annan viktig samverkansordning är den mellan de regionala huvudmännen och de kommunala huvudmännen inom den egna regionen. Denna samverkan kan även ske på s.k. delregional nivå, dvs. regionen samverkar med kommuner inom en begränsad del av regionen. Samverkan inom

ramen för dessa konstellationer är mer eller mindre tvingande för den regionala huvudmannen. Utöver dessa kan den enskilde huvudmannen välja att etablera ytterligare samverkan med specifika huvudmän.

Vi kommer att behandla varje kategori av samverkansordning i ett eget avsnitt nedan. I ett första avsnitt fokuserar vi på hur den regionala huvudmannen har att hantera olika former för samverkan och vad som rättsligt utmärker dessa former. Även i detta avsnitt är vi intresserade av att kartlägga hur man inom ramen för det regionala huvudmannaskapet hanterar den sofistikerade dynamiken mellan att:

- implementera hälso- och sjukvårdslagar och andra regler m.m. som man är rättsligt bundna av,
- bedriva hälso- och sjukvårdsreform och annan utveckling av hälso- och sjukvården, samt
- säkerställa att regioninvånarnas behov av hälso- och sjukvård tillgodoses.

Vi frågar oss i vilken utsträckning dessa olika delar aktualiseras inom ramen för huvudmannens samverkansarbete. På detta sätt är ambitionen att utveckla vår sociolegala modell över hur man kan förstå och även hantera det regionala huvudmannaskapet i en tid som präglas av omfattande reformarbete. I detta sammanhang förhåller vi oss till två sociolegala forskningsfrågor:

- Hur är den specifika samverkansordningen konstituerad rättsligt?
- Hur hanteras samverkansprocesserna med rättsliga medel – i dynamiken mellan den interna ordning och den externa samverkansordning som utvecklats?

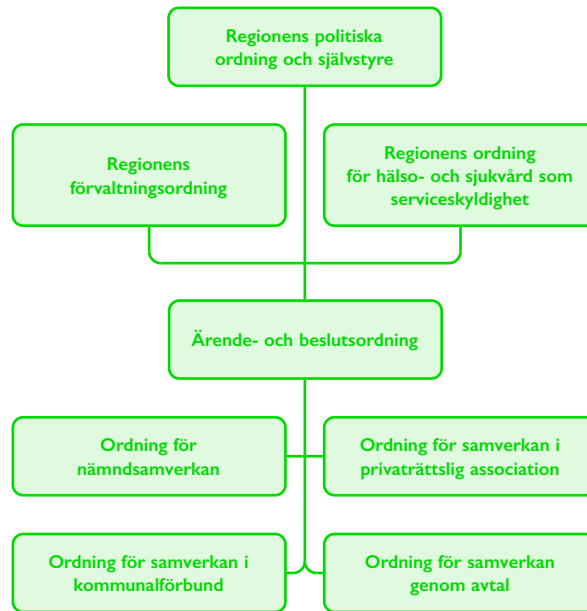
Vi kommer att beskriva hur dessa ordningar utvecklats i specifika samverkanslösningar. På motsvarande sätt som ovan kommer vi att fokusera på Västra Götalandsregionen som praktikfall, dvs. vi kommer att utvärdera hur Västra Götaland samverkar med andra huvudmän och staten. I detta sammanhang kommer vi att utvärdera den andra forskningsfrågan. Vi menar att man på motsvarande sätt som beträffande interna processer kan tydliggöra olika faser i samverkansarbetet:

- initierande, beredning och beslut om att samverka
- verkställighet av samverkan
- uppföljning och granskning av samverkan

I detta avsnitt kommer vi således att i förhållande till respektive samverkanskonstellation utvärdera hur den rättsligt konstituerats och hur själva processerna bedrivits. Vi kommer särskilt att titta närmare på huruvida samverkanskonstellationerna kan förstås som politiska alternativt tjänstemannabaserade (förvaltningsbaserade) samverkansarenor. Det möjliggör en förståelse för vilka typer av ärende och beslutsprocesser som ska återknytas till huvudmännens respektive interna ordning. Härigenom är följaktligen ambitionen att kartlägga hur lagar implementeras, hälso- och sjukvårdsreform bedrivs på regionalnivå, samt hur hälso- och sjukvården koordineras.

14.3.2 Huvudmannens rättsliga ordning och gränssnitt för samverkan

Den specifika samverkansordningen är vad som kan beskrivas som en extern rättslig ordning. Genom att bilda ett kommunalförbund, skapa en ideell förening eller ingå ett avtal så etableras en extern rättslig ordning. Samtidigt ska denna externa rättsliga ordning knytas samman med huvudmannens interna rättsliga ordning. Detta sker genom ärende- och beslutsordningen. Huvudmannens ärende- och beslutsordning utgör kittet mellan den interna ordningen och samverkansordningen.



FIGUR 31.
Huvudmannaskapets rättsliga gränssnitt för samverkan.

Vi menar att vi, utifrån huvudmannens perspektiv, kan tydliggöra fyra huvudsakliga sätt att etablera extern samverkansordning avseende hälso- och sjukvården. Respektive ordning har sin egen rättsliga logik, vilken påkallar särskild hantering av den regionala huvudmannen.

14.3.2.1 Ordning för nämndsamverkan

En regional huvudman kan, enligt 1 § lag (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet, samverka med kommunala huvudmän som ingår i regionen genom att inrätta en gemensamnämnd. Nämnden kan bl.a. fullgöra uppgifter som följer av hälso- och sjukvårdslagen.¹⁴⁵⁹ Enligt kommunallagens regler ska den gemensamma nämnden tillsättas i någon av de samverkande regionerna, 9 kap. 20

¹⁴⁵⁹ Enligt 1 § kan nämnden också fullgöra regionens uppgifter som följer av tandvårdslagen, lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, smittskyddslagen, samt som i annat fall enligt lag ska skötas av en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Dessutom kan en sådan nämnd hantera uppgifter som åvilar kommunen enligt ett antal lagar.

§. Nämndens uppdrag ska sedan preciseras genom överenskommelse mellan berörda regioner och kommuner, 9 kap. 22 §. I övrigt gäller samma regler som för regionala och kommunala nämnder, 9 kap. 23 §. Genom att respektive huvudman godkänner avtalet så inträder rättslig bundenhet. Det innebär att huvudmännen behöver efterleva dels de rättsliga krav som framgår av kommunallagens bestämmelser, dels de avtalsbaserade åtaganden som framgår av samverkansavtalet. Nedan kommer vi att utvärdera hur gemensamma nämnder fungerar som samverkansstrukturer.

14.3.2.2 Ordning för samverkan i kommunalförbund

Detta är en ordning där ett fåtal huvudmän bildar ett kommunalförbund för att gemensamt hantera hälso- och sjukvårdsfrågor inom sitt upptagningsområde. Själva samverkan bygger på huvudmannens rätt att överlåta skötseln för angelägenheterna till ett förbund enligt 3 kap. 8 § kommunallagen. Samverkan genom kommunalförbunden uppkommer genom att berörda huvudmän var för sig, i sin interna ordning, antar en förbundsordning.¹⁴⁶⁰ När beslut i saken är fattat inträder en bundenhet för huvudmännen att agera i enlighet med samverkansstrukturen och de bestämmelser som däri gäller, exempelvis förbundsordningen och andra styrande dokument. Det är förbundsfullmäktige som är kommunalförbundets beslutsförsamling.¹⁴⁶¹ Kommunalförbunden är självständiga myndigheter som kan ingå avtal, överenskommelser m.m. med andra juridiska personer. Vi kommer i förevarande avsnitt att närmare undersöka kommunalförbundets roll som samverkansstruktur för hälso- och sjukvård.

14.3.2.3 Ordning för samverkan i privaträttslig association

Ett annat sätt att samverka för hälso- och sjukvårdens huvudmän är att bilda en gemensam privaträttslig association. Utmärkande är att själva associationen utgör ordningen för samverkan. Det är vanligt att samverkan sker genom ideella föreningar. Medlemskapet i en ideell förening förutsätter att huvudmannen inom ramen för den interna ordningen tagit beslut om att ansöka om medlemskap. Den rättsliga bundenheten inträder egentligen först när ansökan om medlemskap är godkänd. Då har huvudmannen en förpliktelse att följa vad som står i föreningens stadgar samt andra styrande dokument som exempelvis verksamhetsplaner m.m. Beslut i samverkansstrukturen fattas som utgångspunkt av föreningsstämman.

Det är i sig fullt möjligt att bilda andra privaträttsliga associationer för samverkan. Exempelvis kan några huvudmän besluta att bedriva viss verksamhet genom ett gemensamt ägt aktiebolag. Bildandet av aktiebolag följer aktiebolagslagens regler om stiftelseurkund m.m. Rättslig bundenhet inträder vid bolagets registrering. Dock kan viss bundenhet inträda tidigare genom aktieägaravtalet. Beslut fattas som utgångspunkt i bolagsstämman, men även bolagsstyrelsen är ett viktigt forum för beslut. Viktigt avseende aktiebolaget som samverkansstruktur är kravet på kapitalbas – det skapar ett särskilt ansvar för samverkande huvudmän att hantera. Det skiljer sig således markant åt hur man bedriver verksamhet i en ideell förening jämfört med i ett aktiebolag.

¹⁴⁶⁰ Se vidare 9 kap. 1 § kommunallagen.

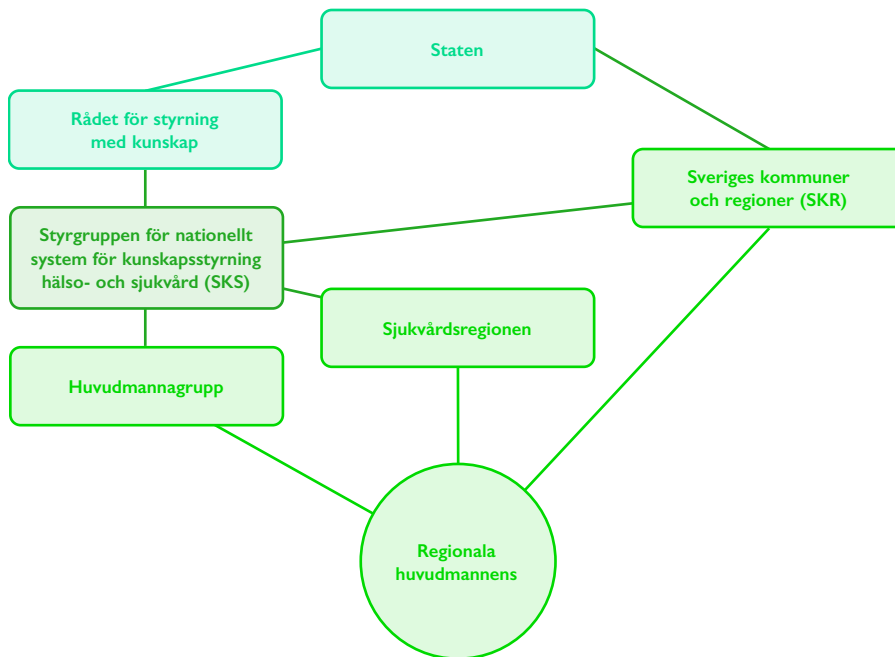
¹⁴⁶¹ Se vidare 9 kap. 3 § kommunallagen.

14.3.2.4 Ordning för samverkan genom avtal

En vanlig ordning för hälso- och sjukvårdssamverkan är att ingå ett samarbetsavtal. I dessa fall utgör avtalet och dess bindande innehåll den rättsliga ordning inom vilket samverkan ska hanteras. För huvudmännen ligger ofta ett beslut till grund för att delegera beslutskompetens att ingå bindande avtal. Vi kommer nedan att utvärdera hur avtalsbaserade samverkansstrukturer i Västra Götaland kan utgöra sammanslutningar för att hantera gemensamma ärendehanterings- och beslutsordningar för hälso- och sjukvårdsangelägenheter.

14.3.3 Ordning för samverkan mellan huvudmännen och staten

I denna del av arbetet är vi som sagt intresserade av att utifrån ett sociolegalt perspektiv förklara hur hälso- och sjukvårdsreform bedrivs utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv. Staten iscensätter en reform, exempelvis avseende att stärka patientens ställning. Vi har ovan i kapitel 13 beskrivit hur staten, genom departementen och myndigheterna, alltmer insett vikten av en mer utvecklad samverkan med de regionala och kommunala huvudmännen. I detta avsnitt ska vi ur den regionala huvudmannens perspektiv ta fasta på dessa initiativ.



FIGUR 32.
Huvudmannens samverkan med staten.

I förhållande till staten har vi avgränsat i huvudsak två rättsliga sätt på vilka huvudmannen etablerar en samverkansrelation. Det första baseras på ett beslut av staten att bevilja medel för ett särskilt syfte. Inom ramen för detta beslut kan huvudmannen åläggas specifika uppdrag med rapporteringsskyldighet o.s.v. Ett annat sätt är att staten ingår avtalsbaserade överenskommelse med huvudmännen eller med huvudmännens organisationer, exempelvis SKR. Det är inte ovanligt att själva samverkansordningen baseras på en kombination av dessa två, dvs. både på

ett beslut om avsatta medel och på ett ingånget avtal. Vi har i kapitel 13 beskrivet hur central en dylik ordning kan vara för att driva statligt initierad hälso- och sjukvårdsreform. Mycket talar som sagt för att när lagar med systempåverkande karaktär har stiftats, exempelvis patientlagen, krävs det uppföljande beslut om riktad finansiering och särskilda avtalsuppdrag för att huvudmännen ska ta sig an de mer omfattande utvecklingsprocesser som en implementering förutsätter.

I detta underavsnitt kommer vi att återigen utvärdera den samverkansordning som utvecklats mellan stat och huvudmännen vad gäller god och nära vård, samt kunskapsstyrning. Vi är som sagt intresserade av hur samverkansordningen konstituerats från ett rättsligt perspektiv. Vi är särskilt intresserade av hur de åtagande och överenskommelser etc. som görs i förhållande till staten resulterar i olika former av beslut inom ramen för huvudmannens interna ordning.

14.3.3.1 Statliga uppdrag för nationell hälso- och sjukvård – en samverkan mellan staten och SKR

Huvudmannens samverkan sker idag primärt genom huvudmannaorganisationen SKR. Samverkan mellan staten och SKR kan ske genom överenskommelser om tilldelning av medel samt uppdrag för att utföra arbete. Sådana uppdrag bygger på att staten genom regeringen beviljar medel för ett specifikt hälso- och sjukvårdsändamål med SKR som avnämare. Vi har redan i kapitel 13 avhandlat vad en sådan avtalsbaserade samverkan kan bestå i. Som vi utvecklade är dessa överenskommelser ett allt viktigare inslag i regeringens hälso- och sjukvårdsreform. Detta gäller inte minst arbetet med primärvårdsreformen för god och nära vård. I denna del är det intressant att reflektera över den enskilda huvudmannens roll, ansvar och position inom ramen för denna samverkan.

Det råder ingen tvekan om att SKR givits en mycket central roll i det statliga reformarbetet. De överenskommelser som tas fram har tydliga utvecklingsområden som den regionala hälso- och sjukvården ska prioritera. I egenskap av avtalspart har SKR ett kontraktsansvar gentemot regeringen för att uppdragen utförs enligt avtal. I sammanhanget ska nämnas att SKR företräder sina medlemmar i samverkan med staten, se vidare nedan avseende SKR som samverkansstruktur för regioner.¹⁴⁶² Det finns dock ingen rättslig förpliktelse för medlemmarna att följa de avtal som SKR ingår med staten baserat endast på medlemskapet. Däremot inträder en rättslig bundenhet för huvudmannen när denne väl inträder i det överenskomna avtalet. I egenskap av företrädare i samverkansfrågor, samt förhandlare av de överenskommelser som avses, råder ingen tvekan om att den enskilda huvudmannen är beroende av hur SKR verkar som företrädare i relation till staten.¹⁴⁶³ Huvudmannen är följaktligen bunden till att utföra arbete samt har rätt till ersättning enligt överenskommelsen. Inom ramen för överenskommelsen finns också bestämmelser om fördelning av medel mellan huvudmän och SKR. Det råder ingen tvekan om att den enskilda huvudmannen är beroende av hur SKR verkar som företrädare i relation till staten.

¹⁴⁶² Se avsnitt 14.3.3.1

¹⁴⁶³ Se vidare avsnitt 14.3.4.1.

Enligt överenskommelserna har SKR ett redovisningsansvar gentemot staten avseende uppdraget. Det innefattar rapportering av det arbete som görs inom ramen för de olika utvecklings- och inriktningsområdena som överenskommelsen omfattar. Även här kan den enskilda huvudmannen behöva bidra med underlag. Utöver den uppföljning och rapportering som överenskommit mellan staten och SKR kan regeringen ge särskilda uppföljningsuppdrag till sina statliga förvaltningsmyndigheter att följa hur regionala och kommunala huvudmän genomför insatserna enligt överenskommelserna. Se exempelvis Socialstyrelsens uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930) och uppdraget där Myndigheten för vård- och omsorgsanalys årligen följer reformarbetet bl.a. genom kvantitativa kartläggningar av patienters tillgång till fast läkarkontakt (S2020/03320).

14.3.3.2 Nationell kunskapsstyrning – en samverkan mellan staten och hälso- och sjukvårdens huvudmän samt SKR

En annan samverkan mellan staten och hälso- och sjukvårdens huvudmän sker inom ramen för statens ansvar för styrning med kunskap inom hälso- och sjukvård, se förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård.¹⁴⁶⁴ Syftet är att utveckla en kunskapsbaserad, personcentrerad och effektiv vård, samt att utjämna nationella skillnader. Även denna har vi beskrivit utifrån statens perspektiv i kapitel 13. I denna del kommer vi att fokusera på hur samverkan sker genom förtroendevalda representanter utifrån huvudmannens perspektiv.

På nationell nivå bedriver, som förklarats ovan, Sveriges regioner samverkan i nationellt system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. SKR innehar en stödjande och samverkande roll. Styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) har en viktig roll att spela i nationell samverkan mellan regionala huvudmän genom att fungera som stöd och forum för dialog mellan regioner och staten. Styrgruppen är sammansatt av tjänstemän, exempelvis regions- och sjukvårdsdirektörer, vilka representerar sjukvårdsregionerna och SKR.

Som nämns i kapitel 13 ingår representanter från ett antal myndigheter i Rådet för styrning med kunskap. Detta råd har å statens vägnar ingått ett partnerskap med huvudmän i region och kommun för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Organisatoriskt sker samverkan genom representanter från Rådet och SKS där huvudmännen finns representerade. Sedan sker samverkansarbetet genom en intern struktur för partnerskapet med en strategisk styrgrupp som har ett övergripande ansvar. I gruppen ingår SKS och generaldirektörerna för myndigheterna. Därefter utser den strategiska styrgruppen en taktisk styrgrupp genom att respektive part nominerar sina representanter. Den taktiska gruppen

¹⁴⁶⁴ I sammanhanget kan nämnas avsiktsförklaringen mellan regeringen (genom Socialdepartementet) och SKR om gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården. Avsiktsförklaringen skapar ramar för den förväntansbild som åligger i SKR i detta avseende. I den gemensamma inriktningen belyser regeringen tillsammans med SKR vikten av att ha tydligt fokus på implementering, uppföljning och analys samt verksamhetsutveckling i arbetet med kunskapsstyrningen. Se protokoll vid regeringssammanträde daterat 2024-03-31, S2024/00637.

arbetar med frågor som målgruppers behov av stöd och underlag för kunskapsstyrning m.m. Partnerskapet förhåller sig till det arbete som görs inom ramen för programområdena avseende kunskapsstyrning.

Den enskilde huvudmannen deltar genom att ingå i en huvudmannagrupp, vilken bl.a. har till uppgift att lyfta fram de kunskapsområden där det enligt huvudmännen behövs ny kunskap. Huvudmannagruppens uppgifter kan vara att peka ut specifika områden där statlig styrning krävs, samt hur utformningen ska utarbetas och kommuniceras till huvudmännen.¹⁴⁶⁵ Huvudmannagruppen har på så vis rollen att skapa förutsättningar för själva dialogen mellan Rådet och huvudmännen.¹⁴⁶⁶

En central del av samverkan mellan de regionala huvudmännen avser de 26 nationella programområdena för kunskapsstyrning. De regionala huvudmännen delar på värdskapet för programområdena.¹⁴⁶⁷ Representanter från de regionala huvudmännen ingår i vardera programområdes organisation och utgör tillsammans nationella samverkansgrupper. I uppdraget ingår bl.a. att leda och samordna kunskapsstyrningen, samt att utveckla och förvalta kunskapsstöd inom respektive programområde m.m. Ett centralt arbete omfattar att ta fram sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp och andra standardiserade kunskapsstöd för regional och lokal implementering.

Uppdraget utförs genom arbetsgrupper. De nationella arbetsgrupperna tillsätts utifrån behov som identifieras inom de nationella programområdena. I arbetsgrupperna finns representanter från alla regioner. Dessutom ingår representanter från hälso- och sjukvårdens professioner, från både primär- och specialistvård, från kvalitetsregister och vårdprogram, samt patientorganisationer. Professionsföreningarna är också viktiga samverkansparter för samverkansarbetet med kunskapsstyrning.¹⁴⁶⁸ Det är även patientorganisationerna.¹⁴⁶⁹ Även denna samverkan är tjänstemannabaserad och utfallet ska återföras till respektive interna ordning för hälso- och sjukvård.

¹⁴⁶⁵ Årsrapport för Rådet för styrning med kunskap s. 12.

¹⁴⁶⁶ Strategi för Rådet för styrning med kunskap 2021–2025 s. 4.

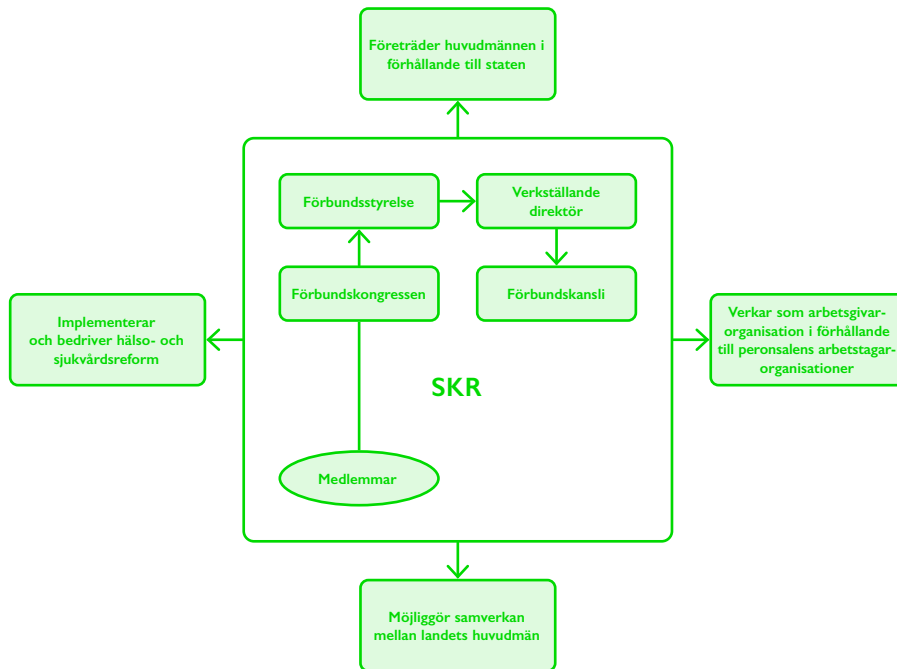
¹⁴⁶⁷ Det finns sex samverkansregioner för hälso- och sjukvård. Norra sjukvårdsregionen, Sjukvårdsregion Mellansverige, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland, Västra sjukvårdsregionen, Sydöstra sjukvårdsregionen samt Södra sjukvårdsregionen. Se vidare 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordning.

¹⁴⁶⁸ Aktuella föreningar är Svenska Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Vårdförbundet, Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter samt Psykologförbundet. Samtliga föreningar har möjligheter att nominera representanter till arbetsgrupper. Dessutom ingår professionsföreningarna i dialoger och samverkan genom styr- och ledningsstrukturer för programområden m.m.

¹⁴⁶⁹ Utifrån behovet så kan arbetsgrupperna rekrytera patienter eller närstående som bidrar till arbetet utifrån en uppställd uppdragsbeskrivning för patientföreträdare. Det ska också finnas en ersättningsmodell för den som utför patientföreträdararbetet.

14.3.4 Ordning för samverkan med huvudmän på nationell nivå

En viktig samverkansordning, vilket följer av vad som sagts om samverkan med staten, är den som sker på nationell nivå. På denna nivå har SKR en särställning.



FIGUR 33.
SKR som aktör för hälso- och sjukvårdssamverkan.

SKR är som sagt en ideell förening där de regionala och kommunala huvudmännen är medlemmar. Medlemmarna har gett SKR ett brett uppdrag att verka som både medlems- och arbetsgivarorganisation i egenskap av egen association. Betraktat som medlemsorganisation har SKR stor betydelse som arena för samverkan mellan landets olika regioner och kommuner. SKR är också landets största arbetsgivarorganisation och har bl.a. till uppgift att förhandla och ingå centrala kollektivavtal med arbetstagarnas fackförbund. Särskilt intressant för detta arbete är hur SKR har utvecklats som samverkanspart till staten vad gäller hälso- och sjukvårdsreform. Det har redan framgått att det i stor utsträckning är SKR som har rollen att driva omställningen avseende god och nära vård. SKR har numera även en central roll att driva hälso- och sjukvårdsreform och härigenom verka för att implementera statliga initiativ. Ett intressant exempel är SKR:s arbete med att verka för patientinflytande. SKR förklarar på sin hemsida att man ger råd och stöd till sina medlemmar vid frågor om patientinflytande.¹⁴⁷⁰ Genom överenskommelsen med staten om god och nära vård har också SKR, åtminstone i delar, tagit på sig att verka för att implementera patientlagen och för att vården ska vara personcentrerad. SKR uttalar också att samtliga insatser som görs inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård ska utgå

¹⁴⁷⁰ SKR:s webbsida, Patientinflytande.

från ett personcentrerat förhållningssätt. Arbetet med patientkontrakt (numera dokumenterad överenskommelse) sker också explicit med hänvisning till att patientlagen inte implementerats.

”Regeringen och regionerna har kommit överens om att införa patientkontrakt. Bakgrunden är att trots Patientlagen, som infördes 2015 och som kom till för att stärka patientens ställning, finns fortfarande utmaningar. Bland annat visar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) rapport Lag utan genomslag, att vården behöver bli mer personcentrerad, inte minst för patienter med flera olika och långvariga kontakter med hälso- och sjukvården. Vården behöver också säkerställa att patienter inom rimlig tid får den samordnade vård de har behov av, oavsett egen förmåga att själva ta kontakt med och samordna vårdinsatser inom hälso-och sjukvården.”¹⁴⁷¹

Det råder ingen tvekan om att SKR har en givits en relativt utmanande roll, eller snarare roller. Att samtidigt vara en intresseorganisation och en arbetsgivarorganisation är i sig utmanande. Särskilt utmanande är den omständigheten att man verkar som avtalspart till staten och dessutom inom ramen för dessa avtal tar på sig rollen att vara en aktiv aktör i reformarbetet. Utifrån ett sociolegalt perspektiv är det mycket som talar för att hälso- och sjukvårdens huvudmän måste utveckla mer sofistikerade former för hur samverkan ska ske på nationell nivå.

14.3.4.1 Sveriges Kommuner och Regioner – en ideell förening

Att SKR är en ideell förening betyder att det är en juridisk person med egen rättskapacitet och rättslig handlingsförmåga. Det konstituerande dokumentet för SKR är föreningens stadgar.¹⁴⁷² I stadgarna framgår att kommuner och regioner kan vara medlemmar i föreningen. SKR är i stor utsträckning en politiskt driven organisation där medlemmar beslutar i beslutsförsamling eller genom styrelsearbete. Det gör att man kan prata om SKR som en politisk samverkansarena på nationell nivå för regionala och kommunala huvudmän. I stadgarna sägs bl.a.:

”Förbundet ska verka på medlemmarnas uppdrag och med utgångspunkt i den lokala och regionala demokratin ha till huvuduppgift att utveckla den kommunala självstyrelsen med stort handlingsutrymme och stark medborgerlig förankring

- vara en aktiv bevakare av medlemmarnas intressen nationellt och internationellt
- vara arbetsgivarorganisation
- främja och utveckla samverkan mellan medlemmarna
- med hög kompetens bidra till utvecklingen av medlemmarnas verksamhet
- utgöra en nationell politisk arena för kommun- och regionpolitik
- vara en mötesplats för medlemmarna.”¹⁴⁷³

SKR:s status som ideell förening utgör en rättslig ordning i sig. Enligt stadgarna har varje huvudman i egenskap av medlem beslutanderätt vid förbunds-

¹⁴⁷¹ SKR:s webbsida, Patientkontrakt – dokumenterad överenskommelse.

¹⁴⁷² Stadgar för Sveriges Kommuner och Regioner, senast reviderad på kongressen 15 november 2023. Stadgarna antogs av Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundets extrakongresser den 27 oktober 2004. Stadgarna har sedan dess kontinuerligt reviderats förenings kongresser. Kongressen har beslutskompetensen för stadgeändringar enligt stadgarna.

¹⁴⁷³ Se p. 1 stadgarna.

kongressen.¹⁴⁷⁴ En särskilt viktig bestämmelse i sammanhanget är att beslut som utgångspunkt fattas med enkel majoritet i kongressen. Av den ideella föreningens rättsliga natur följer vidare att SKR leds av en styrelse som ansvarar för organisationen och förvaltningen. Det framgår av stadgarna att styrelsen ansvarar för att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och lagligt sätt. En viktig bestämmelse i förbundets stadgar är styrelsens beslutskompetens att lägga fram förslag till verksamhetens inriktning som sedan kongressen har att anta eller avslå. En annan viktig bestämmelse i stadgarna är att styrelsen i vissa fall har mandat att träffa avtal och fatta bindande beslut för de regionala huvudmännen i egenskap av förbundsmedlemmar.¹⁴⁷⁵ Beslut i styrelsen fattas med enkel majoritet.¹⁴⁷⁶

Det sagda medför en särskild omständighet som huvudmannen måste beakta dels i relation till sin interna ordning för hälso- och sjukvårdsverksamhet, dels i relation till beslut om egen representation inom förbundets organisatoriska delar. I ljuset av detta blir naturligtvis frågan om vilka som sitter i styrelsen viktig. Styrelsen väljs genom att kongressen utser ledamöter och ersättare. Det kan även vara av intresse för huvudmännen att genom ombuden delta i delegationer, utskott eller beredningar för verksamheten. Det är styrelsen som enligt stadgarna har ansvar för att fastställa arbetsprogram och budget.

Inom SKR finns även ett förbundskansli. Styrelsen utser en verkställande direktör som leder och beslutar om kansliets löpande arbete. Detta ska ske i enlighet med styrelsens riktlinjer, verksamhetsplaner och instruktioner. Det är de anställda på kansliet som har att bedriva SKR:s verksamhet och därmed hantera de olika roller som ovan beskrivits.

I en ideell förening krävs ekonomisk redovisning av verksamheten. Av stadgarna följer att det ska ske revision där revisorer granskar bokföring, årsredovisningar samt styrelsens förvaltning. Förbundets valda revisorer ska i sin tur utse auktoriserade revisorer som avger en revisionsberättelse till styrelsen och som undertecknas av revisorerna. Revisionsberättelsen och årsredovisning ligger till grund för medlemmarnas (huvudmännens) beslut i kongressen om ev. ansvarsfrihet för styrelseledamöterna. I det mer operativa arbetet görs kontinuerlig uppföljning under året avseende ekonomi och verksamhet till styrelse och vicedirektör. Till grund för detta finns en intern kontrollplan som är beslutad av styrelsen. Det är även möjligt att huvudmännen i egenskap av förbundsmedlemmar kan delge åsikter om hur SKR prioriterar i sin verksamhet, vilka arbetssätt man har, vilka resultat som uppnåtts m.m.

¹⁴⁷⁴ Beroende på vilka typer av frågor det handlar om kan förbundskongressen utgöra valkongress, ordinarie kongress eller extra kongress. Beslut sker genom representation genom ombud från vardera valkretsen. I stadgarna finns bestämmelser för val av kongressombud, hur och när förbundskongressen ska sammanträda, hur och när ärenden får lyftas o.s.v.

¹⁴⁷⁵ Det avser frågor gentemot arbetstagarorganisationer som rör förhållanden mellan arbetsgivare och arbetstagare.

¹⁴⁷⁶ Styrelsen är beslutsförför när mer än hälften av ledamöterna är närvarande. Vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst.

14.3.4.2 SKR:s arbete med hälso- och sjukvårdsreform

Styrelsen tydliggör vad SKR:s verksamhet ska bestå i genom verksamhetsplaner och budget.¹⁴⁷⁷ Av dessa styrdokument följer att SKR har en synnerligen aktiv roll i reformarbetet av svensk hälso- och sjukvård. Styrelsens har i verksamhetsplanen för 2024 uppställt ett antal mål för framtiden. Dessa mål ska styra inriktningen av SKR:s arbete. Ett intressant sådant mål är: ”En jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet som svarar mot invånarnas behov.” Detta ligger till grund för hur man bedriver arbetet med förbättrade medicinska resultat och ökad jämlikhet i landet. Häri innefattas arbetet med personcentrerade förhållningssätt till hälso- och sjukvård för ökad kvalitet och jämlikhet. Ett närliggande fokusområde är arbetet med att stärka en tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård. Det konkreta arbetet fokuserar bl.a. på åtgärder för att främja tillgänglighet genom digitalisering inom hälso- och sjukvård.

Ett annat intressant mål i verksamhetsplanen avser ”En god, nära vård och omsorg och ett sektorsövergripande förebyggande arbete för en jämlik folkhälsa och god psykisk hälsa.” För att understödja detta mål ska SKR bidra till att accelerera omställning till nära vård genom att stödja sina medlemmar i arbetet med att ställa om till en mer personcentrerad, sammanhållen, proaktiv och samskapad vård. Det är i sammanhanget också intressant att styrelsen i verksamhetsplanen lyfter fram vikten av att SKR behöver anpassa sitt arbetssätt utifrån de olika behov som de regionala huvudmännen har. Här sätter man fingret på en av sina utmaningar. SKR är en medlemsorganisation som i förhållande till staten åtagit sig att bedriva hälso- och sjukvårdsreform. Man lyfter också fram behovet av nytänkande för att åstadkomma resultat och att inte förlita sig på tidigare fungerande lösningar.

14.3.4.3 SKR:s insatser enligt överenskommelsen om omställning till god och nära vård

Vi har redan konstaterat att SKR har ett antal olika ansvar och att dessa sammantaget skapar utmaningar. Det kan inte vara självklart för SKR hur man å ena sidan som intresseorganisation och arbetsgivarorganisation ska företräda medlemmarna och å andra sidan på uppdrag av staten ska verka för en omställning av hälso- och sjukvården där patienterna ges en stark ställning. Detta särskilt med beaktande av att SKR kontinuerligt förväntas rapportera till regeringen hur framgångsrik man är i sitt reformarbete. Ur vårt perspektiv är det oundvikligt att SKR såsom en aktör och samlande plattform för alla hälso- och sjukvårdens huvudmän tar en central roll i det omfattande omställningsarbete hälso- och sjukvården står inför. I sammanhanget ska dock nämnas den kritik som framförts i en statlig utredning avseende SKR som en privaträttslig aktör, vilken bedriver offentliga förvaltningsuppgifter på uppdrag av staten.¹⁴⁷⁸ Även om vi i stora stycken delar

¹⁴⁷⁷ Se SKR:s verksamhetsplan och budget 2024.

¹⁴⁷⁸ SOU 2024:43 Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn. I utredningen lyfter man bl.a. det olämpliga i att staten genom överenskommelser uppdrar åt en ideell förening att utföra uppgifter som normalt ligger under myndighetsförvaltning. En del av kritiken riktar sig också till den bristande insyn detta skapar avseende statens möjligheter att utöva tillsyn och granska utförandet av uppgiften enligt offentlighetslagstiftning, se vidare s. 443 i utredningen.

kritiken att det inte är önskvärt att man inte kan använda de mer traditionella offentligrättsliga medlen till uppföljning och ansvarsutkrävning, är det samtidigt viktigt att lyfta fram betydelsen av SKR som samverkansaktör och möjliggörare av den mjukare styrningen i det samverkansbaserade omställningsarbetet. Frågan är härmed hur SKR:s roll och ansvar för hälso- och sjukvårdsreform mer konkret ska ta sig uttryck. Hur kan en ideell förening som SKR utvecklas som rättslig ordning för hälso- och sjukvårdsreform?

14.3.4.3.1 SKR:s roll och ansvar i överenskommelsen med staten

SKR:s roll och mandat i omställningen till god och nära vård tar, vilket vi beskrivit i kapitel 13, sin utgångspunkt i överenskommelsen med staten om att vidareutveckla den nära vården.¹⁴⁷⁹ En viktig rättslig utgångspunkt är att det är SKR som är avtalspart i förhållande till staten, dvs. staten har ingått överenskommelse med den ideella föreningen SKR och inte med landets regioner och kommuner. I överenskommelsen lyfter man fram SKR:s centrala roll att stödja omställningsarbetet till en god och nära vård.¹⁴⁸⁰ Man fastslår att ”SKR ska stödja regionerna och kommunerna i omställningen av hälso- och sjukvården till god och nära vård och i genomförandet av insatserna inom ramen för de fyra olika utvecklingsområdena i överenskommelsen.” I relation till huvudområdet av de nämnda utvecklingsområdena (som kommer att beskrivas nedan) konstateras sedan att SKR ska:

- ”Stödja kommunernas och regionernas strategiska arbete för omställningen till nära vård, bl.a. i form av samordnade insatser tillsammans med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter.
- Stödja utvecklingen av den regionala och lokala styrningen av hälso- och sjukvården. I det ingår stöd till huvudmännens uppföljning av omställningen till den nära vården samt att arbeta fram metoder för att följa upp resursutnyttjande och ekonomisk bärkraft i omställningen.
- Stödja kommuners och regioners förändringsledning i relation till omställningen.
- Bidra till systematisk spridning av goda, lärande exempel på hur den nära vården tar form och aktivt stödja kommuner och regioners erfarenhetsutbyte och gemensamma lärande.
- Stödja kommuners och regioners arbete med kompetensförsörjning, utbildning och forskning i relation till omställningen till den nära vården.
- Stödja nya personcentrerade arbetssätt med inriktning på proaktiva, hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande insatser och arbetssätt med stöd av digital teknik. Det kan tex. handla om stöd till arbeten för ökad tillgänglighet i barnhälsovården och ökad samverkan mellan barnhälsovården och andra aktörer.”¹⁴⁸¹

På ett övergripande plan råder ingen tvekan om att SKR i överenskommelsen givits en central roll i omställningsarbetet. För att få en mer konkret bild av vad SKR förväntas bidra med och i vilken utsträckning så faktiskt konkret har skett, behöver vi utgå från de olika utvecklingsområden som preciserats.

¹⁴⁷⁹ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2023 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Bilaga till regeringsbeslut 2023-01-26 nr 11:3. För en mer utförlig beskrivning av överenskommelsen, se avsnitt 13.3.7.2.

¹⁴⁸⁰ a.a. s. 7.

¹⁴⁸¹ a.a. s. 17.

Överenskommelsens utvecklingsområden

Överenskommelsen sker årligen och förändras över tid i både fokus, såväl som i tilldelning av medel. I vår analys har vi tagit utgångspunkt i överenskommelsen för 2023 men vi kommer att i viss mån jämföra den med överenskommelsen för 2024 för att belysa vissa förändringar.¹⁴⁸² Överenskommelsen för 2023 omfattar som tidigare beskrivits fyra utvecklingsområden som är av särskild vikt för utvecklingen till en nära vård:

- Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025
- Förstärkning av ambulanssjukvården

Som vi ovan beskrivit avsätter staten medel för utvecklingsarbetet om närmare 6,4 miljarder kronor. Överenskommelsen för 2024 omfattar sju utvecklingsområden, varav det första är det största området som också får den större delen av finansieringen.¹⁴⁸³

- Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- Förstärkning av ambulanssjukvården
- Inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd
- Nationella kvalitetsregister
- Insatser för att förbättra antibiotikaanvändningen
- Strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet

Huvudområdet, utvecklingen av nära vård med primärvård som nav, kvarstår tillsammans med fokuset på förstärkningen av ambulanssjukvården.¹⁴⁸⁴ Av betydelse är också att överenskommelsen 2024 omfattar drygt hälften av medlen i jämförelse med överenskommelsen 2023.¹⁴⁸⁵

SKR:s roll inom utvecklingsområdena

Huvudområdet i överenskommelsen för 2023, utveckling av nära vård med primärvården som nav, lyfts fram som en central del i omställningsarbetet där

¹⁴⁸² Se även Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2024 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Bilaga till beslut vid regeringssammanträde 23-12-20 nr 11:0.

¹⁴⁸³ Av överenskommelsens 3,5 miljarder går 3,2 miljarder till det första utvecklingsområdet. a.a. s. 8.

¹⁴⁸⁴ I tidigare överenskommelsen 2020 var barnhälsovården ett eget utvecklingsområde men beskriv i överenskommelsen 2023 i stället innefattas i utvecklingen av primärvården och att ge vårdens medarbetare goda förutsättningar. Överenskommelsen 2023 s. 6.

¹⁴⁸⁵ För 2024 omfattar överenskommelsen medel på nära 3,5 miljarder kronor, varav lite över 2,5 miljarder kronor går till regionerna, 750 miljoner kronor går till kommunerna och 300 miljoner går till utveckling av landsbygdsprimärvård.

SKR ska verka för att stärka primärvården som första linjens sjukvård.¹⁴⁸⁶ Detta område är också det som tilldelas den största andelen av medlen, ca 3,14 miljarder. Inom detta område ska medlen användas för att:

- Stödja omställningen till en nära vård
- Förbättra tillgängligheten i primärvården
- Öka kontinuiteten och medskapande i hälso- och sjukvården
- Öka delaktigheten och medskapande i hälso- och sjukvården
- Utveckla primärvården i landsbygd¹⁴⁸⁷

Under delutvecklingsområdet att stödja omställningen till en nära vård, anges som sagt sex punkter för hur SKR ska stödja kommunerna och regionerna i såväl strategiskt arbete som regional och lokal styrning och förändringsledning.¹⁴⁸⁸ Därtill ska SKR stödja arbetet med kompetensförsörjning, nya personcentrerade arbetssätt och spridningen av goda exempel. För delutvecklingsområdet för ökad kontinuitet och medskapande i hälso- och sjukvården lyfts ska SKR utarbeta rutiner för dokumentation och registrering av uppgifter om patientens fasta läkar- och vårdkontakt och därigenom främja kontinuiteten.¹⁴⁸⁹ Genom detta ska man bidra till en effektiv och likvärdig datainsamling och mätning av kontinuiteten genom indikatorer, vilket ska ge möjlighet att följa utvecklingen nationellt över tid. För delutvecklingsområdet för ökad delaktighet och medskapande i hälso- och sjukvården ska SKR stödja regionerna i utvecklingen av patientkontrakt genom utveckling av arbetssätt och rutiner för strukturerad dokumentation av patientkontrakten i IT-stöd.¹⁴⁹⁰ Mer konkret ska SKR även stödja att patientkontrakten införs som en del i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och i Min vårdplan cancer.¹⁴⁹¹ Under delutvecklingsområdena förbättrad tillgänglighet i primärvården respektive utvecklad primärvård i landsbygden anger inte överenskommelsen specifika insatser för SKR utan här beskrivs enbart generella insatser.

Under utvecklingsområdet att stödja goda förutsättningar för vårdens medarbetare anges att SKR ska ge:

- ”Stöd till kommuner och regioner kring utbildningsfrågor, exempelvis stödjande arbete för omställningen till en nära vård, utveckling av goda miljöer för lärande i det dagliga arbetet för nya och framtida medarbetare samt utveckling av utbildningar för olika professioner så som ny utbildningsstruktur för läkare.
- Stöd till kommuner och regioner ur ett kompetensförsörjningsperspektiv som bidrar till en omställning till en nära vård.
- Stödjande arbete med strategier för att möta rekryteringsutmaningen, exempelvis genom att kompetensen ska användas på rätt sätt bland annat genom spridning av goda exempel.

¹⁴⁸⁶ Överenskommelsen 2023 s. 8.

¹⁴⁸⁷ a.a.

¹⁴⁸⁸ a.a. s. 17.

¹⁴⁸⁹ a.a. s. 23.

¹⁴⁹⁰ a.a. s. 25.

¹⁴⁹¹ Min vårdplan cancer är ett digitalt verktyg som via 1177 ger patienten information om diagnos och utredningar. Vårdplanen är en del av den nationella cancerstrategin och finns för ett tjugotal cancerdiagnoser. Se vidare SKR:s webbsida, Digital Min vårdplan i cancervården.

- Fortsätta stödja regioner och kommuner i arbetet med att minska beroendet av inhyrd personal exempelvis genom regelbunden uppföljning på nationell och regional nivå.
- Stöd till det lokala arbetet i regioner och kommuner för att ta fram, utveckla och implementera karriärmodeller bland annat genom erfarenhetsutbyte och mötesplatser.
- Stöd till kommuner och regioner när det gäller att öka sin attraktivitet som arbetsgivare och möta rekryteringsutmaningen genom identifierade rekryteringsstrategier.
- Stödja kommuner och regioner i arbetet utifrån identifierade behov av insatser och förutsättningar som krävs för att regioner och kommuner ska kunna utöka antalet VFU-veckor med bibehållen kvalitet.
- Stödja regionerna i arbetet med att öka antalet AT- och BT-tjänster, korta vägen till legitimation och underlätta övergången till ny utbildningsstruktur för läkare.”¹⁴⁹²

Under utvecklingsområdet att stödja insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025 anges att SKR ska bidra med samordningen och stöd till det som är regionernas arbete med:

- ”...utveckling av kodverk, urval och informationsstrukturer inom ramen för nationella samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation,
- framtagande av regionspecifika planer för införande av Snomed CT i vårdinformationssystemen. Framtagandet ska göras i samråd med Socialstyrelsen,
- att möjliggöra för medarbetare att delta i kompetenshöjande insatser kring Snomed CT,
- ...tillvarata möjligheterna för informationsutbyte över professions-, verksamhets- och huvudmannagränser som möjliggörs med den nya lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation...
- utveckling av samarbetet om en förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte enligt DIGG:s sektorsövergripande uppdrag och E-hälsomyndighetens sektorsspecifika uppdrag.”¹⁴⁹³

Syftet med den samordning SKR ska bidra med ska vara att åstadkomma en mer enhetlig informationshantering inom och över system- och vårdgivargränser. Därtill ska SKR:

”i dialog med E-hälsomyndigheten, tillgängliggöra de specifikationer som är resultatet av det regiongemensamma arbetet med strukturerad vårdinformation i E-hälsomyndighetens tjänst för e-hälsospecifikationer, NGS-tjänsten. Detta inbegriper även specifikationer som avser administrativ information.”¹⁴⁹⁴

För det sista utvecklingsområdet, att stödja förstärkningen av ambulanssjukvården, beskrivs slutligen att SKR ska:

- ”Stödja regionernas arbete med att utveckla ambulanssjukvården för att möta hela hälso- och sjukvårdens utveckling och behov.
- Synliggöra och sprida goda exempel som avser utveckling av ambulanssjukvården, för att möta hälso- och sjukvårdens behov och omställning till en nära vård.
- Bidra till utveckling av samarbete och samverkan avseende samordning av sjuktransporter mellan regioner och med andra aktörer.”¹⁴⁹⁵

¹⁴⁹² Överenskommelsen 2023 s. 40–41.

¹⁴⁹³ a.a. s. 44.

¹⁴⁹⁴ a.a. s. 44.

¹⁴⁹⁵ a.a. s. 47–48.

Överenskommelsen målar således en bred och omfattande bild över de insatser som specifikt SKR ska genomföra till stöd för omställningen till god och nära vård. Frågan är i vilken utsträckning SKR har lyckats uppfylla sina åtaganden enligt överenskommelsen.

14.3.4.3.2 SKR:s rapportering av genomförda insatser

För att staten ska kunna följa SKR:s insatser åligger det SKR att upprätta verksamhetsrapporter. Dels ska en delrapport lämnas till Regeringskansliet i september varje år. I denna rapport ska SKR redogöra för verksamheten det gångna halvåret och därtill lyfta hinder och utmaningar för insatsernas måluppfyllelse.¹⁴⁹⁶ Man ska även bedöma vilka insatser som kan vara aktuella för nästa överenskommelse följande år. Därefter ska man lämna en årsrapport i efterföljande mars för hela verksamhetsåret som redogör för bedriven verksamhet och resultatet av insatserna.¹⁴⁹⁷ I dessa rapporter beskriver SKR konkreta aktiviteter som genomförts inom varje utvecklingsområde, under olika teman.

Utveckling av den nära vården med primärvården som nav

I delårsrapporten God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvårdens med primärvården som nav beskrivs aktiviteterna att stödja omställningen till en nära vård. SKR beskriver att man har gett stöd i det strategiska omställningsarbetet genom att föra dialog, samverka och informera. Man har bl.a. informerat i möte med sjukvårdsministern med stab, tillsammans med andra centrala aktörer på området (exempelvis myndigheter, patient- och fackförbund) och deltagit i dialog med Regeringskansliet för att ge en gemensam bild av nuläget i omställningsarbete.¹⁴⁹⁸ Man har också fortsatt samverka med Socialstyrelsen bl. a. avseende fasta kontakter, nationellt hälsoprogram för barn och första linjens vård vid psykisk ohälsa. Därtill har man fortsatt ett antal mötesplatser och forum riktade till båda allmänheten och olika funktionsgrupper, såsom chefsgrupper och forskningsfrukostar. Man har också etablerat regelbundna samverkansmöten med fack- och professionsförbunden. SKR deltar också i olika talarsammanhang, såsom Vitaliskonferensen och Almedalen.¹⁴⁹⁹ Man har också agerat experter i Narkotikautredningen och Samsjuklighetsutredningen.

SKR beskriver också de aktiviteter som genomförts till stöd för utvecklingen av ledning, styrning och uppföljning. Man har bl.a. gett ledarskapsstöd genom ledarskapsprogrammet för att leda omställningen till nära vård. SKR har även genomfört en ledarskapsutbildning till högsta tjänstemannaledningen i kommuner och regioner. Man har också fortsatt utvecklat ett ramverk för lärande uppföljning av nära vård, där man arrangerat öppna lärseminarier. Vidare har

¹⁴⁹⁶ a.a. s. 52–53. Se exempelvis Delårsrapport God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, daterad 2023-09-29 Dnr SKR2022/00764.

¹⁴⁹⁷ Överenskommelsen 2023 s. 53. I avvaktan av årsrapporten för överenskommelsen 2023 utgår vi från delårsrapporten för 2023. Se avsnitt 12.1 gällande tidsperioden för vår huvudanalys, där tonvikten legat på 2023 och första halvan av 2024.

¹⁴⁹⁸ Delårsrapport 2023 s. 2.

¹⁴⁹⁹ a.a. s. 3.

man fortsatt arbetet med det egenutvecklade digitala stödverktöget Vård- och omsorgkollen och författat årsberättelsen för nära vård för att kommunicera det arbete kommunerna och regionerna gör i omställningen, vilken också lanserades genom en webbsändning med talare i ledande befattningar inom hälso- och sjukvården, bl.a. sjukvårdsministern.¹⁵⁰⁰ SKR har också publicerat kunskapsunderlag gällande ersättningsmodeller i syfte att stötta privata vårdgivare.¹⁵⁰¹ I ljuset av den nya lagstiftningen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation startade man också ett samordningsprojekt till stöd för kommunerna och regionerna vid implementeringen av lagen. Till stöd för förändringsledning gjorde SKR, förutom ledarskapsprogram, ett metodstöd för att utforma en gemensam plan för primärvården mellan region och kommun, bestående av filmer, verktyg och coachning.¹⁵⁰² Man har också dokumenterat nya personcentrerade arbetssätt i syfte att öka spridningen och genomförandet. Dessa arbetssätt kommuniceras genom bl.a. filmer och arbetsmaterial. Ytterligare kunskapsspridning sker genom bl.a. Nära vård-podden m.m.¹⁵⁰³

När det gäller stöd för kompetensförsörjning, utbildning och forskning kartlägger SKR bl. a. forskningssatsningar inom nära vård och arrangerar erfarenhetsutbyten mellan forskare, samt deltar i högre utbildning. Man publicerar även ”best practice” för hur nära vård kan verka som samverkansbaserade vårdmodeller. I sin rapport Tillsammans med primärvården som nav uppställer SKR fyra viktiga utvecklingsområden rörande omställningsarbetet med nära vård: (i) flytta fokus från organisation till person och relation (ii) komplettera reaktiva insatser med proaktiv och hälsofrämjande vård och omsorg (iii) gå från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus (iv) gå från passiva mottagare till aktiva medskapare.¹⁵⁰⁴ Dessa är faktorer kopplade till en utveckling där hälso- och sjukvård i allt högre grad utförs i patienters hemmiljö. SKR har även utarbetat stödmaterial avseende ersättningsmodeller, samarbeten avseende specialiserad vård i hemmet, systemledarskap för samverkan m.m.¹⁵⁰⁵

Till stöd för personcentrerade och proaktiva arbetssätt deltar SKR i den nationella arbetsgruppen för barnhälsovård.¹⁵⁰⁶ Även sköra äldre är ett fokusområde där SKR bidrar med samordning genom bl.a. träffar och seminarier. Gällande

1500 SKR, Nästa steg i omställningen till Nära vård. Årsberättelse 2022 och 2023.

1501 Delårsrapport 2023 s. 5.

1502 a.a. s. 6.

1503 a.a. s. 7.

1504 SKR, Tillsammans med primärvården som nav – exempel på samarbeten kring specialiserad vård i hemmet s. 11.

1505 Se SKR:s rapporter och stöd såsom Ersättningsmodeller i primärvården – Delrapport 1 – en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021, Ersättningsmodeller i specialiserad vård – Delrapport 2 i projektet Ändamålsenliga ersättningsmodeller, Diagnostikens roll i Nära vård – Patientnära analysverksamheten idag och framtida behov av diagnostik och kvalitetssäkring i omställningen till en Nära vård, Tillsammans med primärvården som nav – Exempel på samarbeten kring specialiserad vård i hemmet, Att driva omställningen till Nära vård – handbok om att hantera komplexa system, Att följa omställningen till Nära vård – en översikt av mått och indikationer, Ett steg till – En guide till en mer samskapad hälsa, vård och omsorg genom patientkontrakt samt Att utöva systemledarskap för Nära vård – ett utforskande av ett gemensamt ansvar för helheten.

1506 Delårsrapport 2023 s. 8.

området psykisk hälsa arrangerar SKR mötesplats Nära vård för psykisk hälsa. Tillsammans med GPCC har SKR också utvecklat ett projekt kring personcentrerade samtal med mål att ta fram kunskapsstöd och ett verktyg.

Beträffande stödet för kontinuitet och relationsskapande har SKR arbetat med olika insatser kopplade till kontinuitet i vården och tillgången till fasta kontakter, bl.a. genom det egna Vårdvalsnätverket och Patientkontraktsnätverket.¹⁵⁰⁷ Arbetet har bl.a. innefattat att sätta en handlingsplan för kompetensförsörjningen av specialister och att tillsammans med andra aktörer ta fram en gemensam målbild för arbetet med fast vårdkontakt i primärvården.

SKR beskriver vidare att man till stöd för delaktighet och samskapande, har fortsatt utveckla Hälsolabb, vilket är en samskapad arena för lärande och experimentering. Man har också samarrangerat lanseringen av patientföreträdarutbildningen tillsammans med Funktionsrätt Sverige. Ett viktigt arbete inom detta temaområde har varit arbetet med patientkontrakt. SKR har verkar för att patientkontrakt ska vara en del i de sammanhållna och personcentrerade vårdförloppen.¹⁵⁰⁸ Man har också tagit initiativet till att utveckla en modell för patientens kunskapsstöd som en del av patientkontraktet. Därtill verkar man tillsammans med Inera för att utveckla en digital vy för patientkontrakt genom sammanhållen planering på 1177.

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

Även inom utvecklingsområdet att stödja goda förutsättningar för vårdens medarbetare har SKR genomfört en rad insatser. Till stöd i utbildningsfrågor, lärande, kompetensförsörjning, rekryteringsutmaningen och spridning av goda exempel har SKR bl.a. tagit fram stödmaterial för stärkt hållbarhet i personcentrerat teamarbete, som består av en rapport och verktyg för medarbetare i team och ledare i ledningsfunktioner.¹⁵⁰⁹ Man lyfter också det arbete SKR gör med att ta fram fakta, statistik och analyser kring arbetspolitik till sina medlemmar som en del i arbete kring kompetensförsörjning och att stötta regionerna i att vara attraktiva arbetsplatser. SKR har även påbörjat två studier om kompetensutveckling och samlar kunskaper och erfarenheter kring kompetensförsörjning, bl.a. genom att bjuda in till flertalet mötesplatser. Erfarenhetsinsamlingen ska även ligga till grund för utvecklingen av verktyg och metoder för kompetensförsörjning. SKR samordnar också ett nätverkssamarbete mellan regionerna för minskat beroende av hyrpersonal med regelbundna träffar.¹⁵¹⁰ En del i detta är att stötta regionerna i att stärka personalens arbetsmiljö för att minska behovet av hyrpersonal och därtill stötta regionerna i strävan mot en gemensam upphandling av hyrpersonal.¹⁵¹¹ SKR har därtill kartlagt kommunernas användning av bemanningsbolag i primärvården. Man stöttar också arbetet med att införa modeller för karriärs- och kompetensutveckling, kring vilket man bl.a. samordnar

1507 a.a. s. 10.

1508 a.a. s. 11.

1509 a.a. s. 12.

1510 a.a. s. 13.

1511 a.a. s. 14.

ett nätverk för regioner och kommuner där man även erbjuder en digital plattform för erfarenhetsutbyte.¹⁵¹²

SKR stödjer även arbetet kring en utökning av verksamhetsförlagd utbildningen (VFU) för vårdpersonal, där SKR bl.a. tar fram en webbsida för samlade kunskapsunderlag. SKR arbetar även med uppföljning av allmäntjänstgöring och bastjänstgöring för läkare i syfte att kartlägga möjligheter och utmaningar. Därtill bedriver SKR en utredning kring kollektivavtalen inom vården och dess effekter.¹⁵¹³

Insatser inom ramen för Vision eHälsa 2025

Inom utvecklingsområdet för Vision eHälsa 2025 gör SKR insatser till stöd för en mer enhetlig informationshantering, bl.a. kopplat till arbete kring nationellt system för kunskapsstyrning. SKR har en samordnande roll och har bl.a. bidragit till kartläggningen av regionernas användning av Snomed CT. SKR agerar även brygga mellan Inera och regionerna. Syftet är att säkra att den digitala infrastruktur som byggs av Inera kan användas för regionens syften. SKR har därtill en roll kopplad till E-hälsomyndighetens tjänst för specifikationer, den s.k. NSG-tjänsten, där SKR har genomfört både utredande och förberedande arbete.

Förstärkning av ambulanssjukvården

För utvecklingsområdet gällande förstärkning av ambulanssjukvården ger SKR stöd för utvecklad ambulanssjukvård genom att bl.a. samordna ett nätverk mellan regionerna, erbjuda seminarier för kunskapsutveckling och mötesplatser för erfarenhetsutbyte.¹⁵¹⁴ SKR har också verkat för synliggörandet av ambulanssjukvården genom att ta fram en skrift om dess historia. Därtill har man arrangerat träffar mellan aktörer inom prehospitalet akutpsykiatri och genomfört en kartläggning på vilka regioner som har s.k. psykiatriambulanser.¹⁵¹⁵ Slutligen har SKR fortsatt arbetet med att stödja samverkan kring sjuktransport där man tillsammans med regionerna tar fram en modell för intensivvårdstransporter.

Vad vi sammantaget kan konstatera är att SKR enligt egen rapportering vidtar ett relativt omfattande paket av stödåtgärder, vilka sig kan ses som inslag i hälso- och sjukvårdsreform. Det är förmodligen rimligt att det finns en nationell organisation, som kontrolleras av huvudmännen, vilka ska stödja reformarbete. Inte minst för att bidra till att vården är jämlik över landet. Mycket av det stödarbete som SKR bedriver har en ambition att möjliggöra personcentrerad vård och även att bidra till att centrala delar av patientlagen implementeras. Vi har redan lyft fram den dokumenterade överenskommelsen (tidigare patientkontraktet) som exempel. Mycket kretsar kring att utveckla systemet vad gäller fast vårdkontakt och läkarkontakt. Redan genom att följa SKR:s arbete kan vi konstatera att ingripande hälso- och sjukvårdsreform förutsätter mycket stödinsatser.

¹⁵¹² a.a. s. 15.

¹⁵¹³ a.a. s. 16.

¹⁵¹⁴ a.a. s. 17.

¹⁵¹⁵ a.a. s. 18.

14.3.4.3.3 Uppföljning och granskning av SKR:s stöd avseende omställningen till god och nära vård

För att kunna följa omställningen till god och nära vård har regeringen efterlyst att det ska finnas indikatorer. När det gäller att utvärdera effekten av just SKR:s insatser är utmaningen att de utvärderingar och indikatorer som tagits fram syftar till att mäta omställningen till en god och nära vård i sin helhet, med fokus på kommunernas och regionernas insatser.¹⁵¹⁶ Från dessa är det inte helt självklart hur SKR:s specifika insatser kan brytas ut och utvärdera i sig.

Vidare har Socialstyrelsen och Vårdanalys fått i uppdrag av regeringen att utvärdera omställningen till en god och nära vård, vilket beskrivs i kapitel 13.¹⁵¹⁷ Socialstyrelsen förtydligar att deras uppföljning inte omfattar SKR:s insatser, utan hänvisar i stället till SKR:s verksamhetsrapporter.¹⁵¹⁸ Utifrån Socialstyrelsens rapporter kan dock vissa effekter för just SKR:s insatser utläsas, exempelvis att många har varit delaktiga i SKR:s ledarskapsprogram och funnit det värdefullt, att flera i utvärderingen av omställningen utgår från indikatorer framtagna av SKR och att nästan samtliga tillfrågade regioner anger SKR som en samarbetspartner rörande digital vård.¹⁵¹⁹ Inte heller Vårdanalys utvärderar SKR:s specifika insatser. Myndigheten lyfter dock bl.a. fram SKR:s punktmätning kring tillgången på namngiven fast läkarkontakt för personer i särskilt boende från 2021 och ifrågasätter då mätningens tillförlitlighet och konstaterar överlag att tillgången till fast läkarkontakt inte har ökat.¹⁵²⁰ Man konstaterar på liknande sätt att statistiken avseende digitala vårdbesök från SKR inte är jämförbar och tillförlitlig.¹⁵²¹ Man pekar också på att det utifrån kontakterna med SKR inte har gått att identifiera någon särskild grupp eller funktion med övergripande ansvar för jämlik vård inom den nationella organisationen för kunskapsstyrning.¹⁵²² Man lyfter dock även från Vårdanalys sida SKR:s ledarskapsprogram som exempel på insatser med stärkande effekt på omställningen.¹⁵²³

Det mest konkreta att utgå ifrån när det gäller utfallet av SKR:s arbete är därmed SKR:s egna årsrapporter. Även årsberättelsen ge vissa indikationer.¹⁵²⁴

¹⁵¹⁶ SKR:s webbsida, Uppföljning av Nära vård.

¹⁵¹⁷ Den senaste släppta rapporten från Socialstyrelsen är dock för år 2022, men vissa insatser är desamma som för år 2023, se vidare Socialstyrelsen, Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022 – Utvecklingen i regioner och kommuner. Det finns därtill rapporter kring specifika områden från år 2023 och 2024. Enbart den sistnämnda rapporten, Tillämpning av digital vård i regionerna, ger någon konkret indikation på effekterna kring SKR:s insatser.

¹⁵¹⁸ Socialstyrelsen, Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022 – Utvecklingen i regioner och kommuner s. 14.

¹⁵¹⁹ a.a. s. 20.

¹⁵²⁰ Vårdanalys, PM 2023:3 Kontinuitet och fast läkarkontakt – Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2023 s. 37 och 46.

¹⁵²¹ Vårdanalys, Rapport 2021:8 Nära vård i sikte? – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport s. 97–98.

¹⁵²² Vårdanalys, Rapport 2023:2 Ordnats för omställning? – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport s. 124.

¹⁵²³ Vårdanalys, Rapport 2021:8 Nära vård i sikte? – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport s. 97–98.

¹⁵²⁴ SKR, Nästa steg i omställningen till Nära vård. Årsberättelse 2022 och 2023.

Årsberättelsen lyfter ett antal aspekter som talar för att omställningsarbete går i rätt riktning, vilka beskrivs som trender:

- ”Förbättrade relationer stärker samverkan över organisationer.
- En dubbling av antalet gemensamma handlingsplaner i länen.
- Arbetet med personcentrering och delaktighet blir mera strategiskt.
- Vården blir tillgänglig på nya sätt.
- Arbetet med kontinuitet och fasta kontakter fortsätter utvecklas.
- Större fokus på hälsofrämjande och preventiva insatser.”

Sammantaget kan vi konstatera att det är svårt att bedöma hur viktigt SKR:s arbete är för omställningsarbetet. Viktigt att understryka ur vårt perspektiv, med beaktande av patientlagens bristande implementering, är frågan inte i vilken utsträckning SKR:s stödjande arbete behövs eller inte, utan i stället hur det kan göras på ett mer sociolegalt underbyggt och effektivt sätt.

14.3.5 Ordning för samverkan inom sjukvårdsregionerna

En annan viktig samverkansplattform för den regionala huvudmannen är de s.k. sjukvårdsregionerna. Detta är en rättslig ordning för samverkan avseende vård som berör fler än en region. Sjukvårdsregionerna är en samverkansstruktur mellan flera regionala huvudmän.¹⁵²⁵ Indelningen i sjukvårdsregioner följer av hälso- och sjukvårdsförordningen, vilken kan beskrivas som ett komplement till hälso- och sjukvårdslagen. Förordningen föreskriver som sagt att det ska finnas sex samverkansregioner i Sverige, 1 §.¹⁵²⁶ Sjukvårdsregionens rättsliga ordning baseras antingen på en samverkansnämnd eller ett kommunalförbund. Sjukvårdsregionernas konstitutionella grund framgår således av ingånget avtal om samverkansnämnd, alternativt den beslutade förbundsordningen. Inom ramen för denna ordning beslutar sedan sjukvårdsregionerna om sina verksamhetsuppdrag.

En av sjukhusregionernas samverkansfunktioner avser kunskapsstyrningen och arbetet med nationella programområden (NPO) och nationella samverkansgrupper (NSG). Inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen ansvarar vardera sjukvårdsregion för värdskap avseende NPO.¹⁵²⁷ I uppdraget ska sjukvårdsregionerna tillsätta sjukvårdsregionala samordnare som en länk mellan sjukvårdsregion och

¹⁵²⁵ I sammanhanget kan nämnas den samverkan som sker mellan samverkansregionerna och Vetenskapsrådet avseende Kliniska Studier Sverige och stöd för att förmedla kontakter för regionala resurser vid kliniska studier, se SOU 2020:53 Personuppgiftsbehandling vid antalsberäkning inför klinisk forskning s. 39.

¹⁵²⁶ Idag benämns sjukvårdsregionerna som Norra sjukvårdsregionen, Sjukvårdsregion Mellansverige, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland, Västra sjukvårdsregionen, Sydöstra sjukvårdsregionen och Södra sjukvårdsregionen.

¹⁵²⁷ I uppdraget för värdskapet ligger ett ansvar att ge kompetensstöd till NPO och de underliggande nationella arbetsgrupperna (NAG). Mer konkret innebär det att tillsätta resurser i form av processledare i NPO och NSG. Resursen ansvarar för att arbetet utförs i enlighet med beslutade styrande dokument och andra ordningar för den sammanhållna kunskapsstyrningen. Det finns även uppgifter som rör processtöd och administrativt arbete m.m. I sitt värdskap ska sjukvårdsregionerna bistå NPO med relevant information för arbetets utförande såsom exempelvis statistik för kartläggning, bedömning av vetenskapligt underlag för framtagande av kunskapsstöd m.m.

nationell stödfunktion, samt även tillsätta kommunikatörer. Vårdskapen för NPO har fördelats mellan de olika sjukvårdsregionerna.¹⁵²⁸ Sedan sker en samverkan inom ramen för de olika NPO:erna där representanter från sjukvårdsregionerna deltar.

När det gäller NSG är det i stället SKR som innehar vårdskapet för samverkansgrupperna NSG data och analys, NSG forskning och life science, NSG läkemedel och medicinteknik, NSG metoder för kunskapsstöd, NSG patientsäkerhet, NSG strukturerad vårdinformation och NSG för stöd och utveckling. Inom ramen för samverkansgrupperna deltar bl.a. representanter från sjukvårdsregionerna. Syftet är bl.a. att säkerställa en kvalitativ och säker vård i hela landet.

Sammantaget kan sägas att sjukvårdsregionerna är en viktig arena och att de har en viktig roll i att medverka till hälso- och sjukvårdens omställning och kunskapsstyrning. Det är fallet även i relation till den samverkan avseende kunskapsstyrningen som sker inom ramen för regionerna och i förhållande till de kommunala huvudmännen.

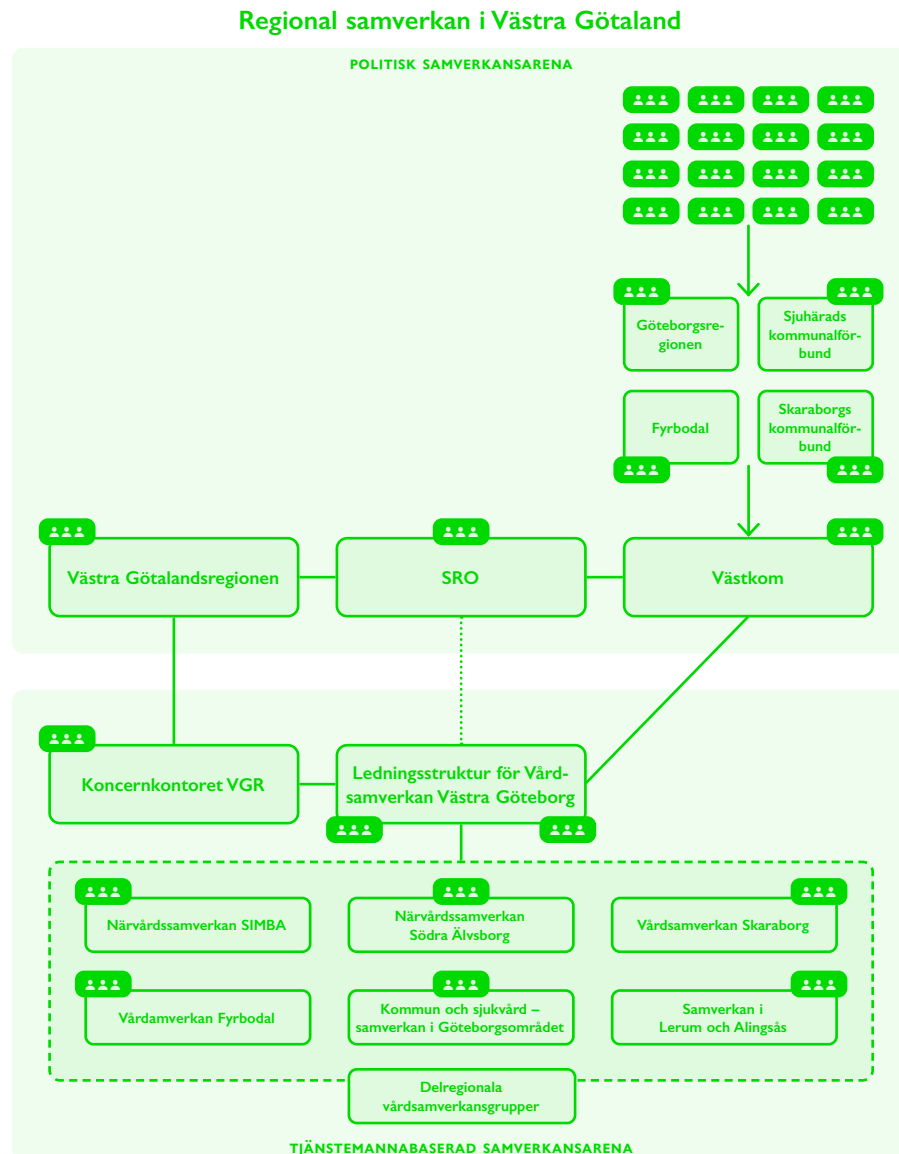
14.3.6 Ordning för samverkan med kommunala huvudmän inom en region

En fundamental del av huvudmännens samverkan avser den regiongemensamma hälso- och sjukvården.¹⁵²⁹ Detta är en samverkan mellan den regionala huvudmannen och de kommunala huvudmännen inom regionen. Här sker också en samverkan sinsemellan de kommunala huvudmännen. Enligt vår mening är denna samverkansordning extra intressant vad gäller reformarbetet för god och nära vård. Just den nära vården kräver en utvecklad samverkan mellan den regionala öppenvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Detta är en samverkansnivå där huvudmännen kan vidta konkreta åtgärder vad gäller implementeringen av reformen. Vi har valt att studera den regionala samverkan som sker inom ramen för Västra Götalandsregionen som praktikfall.

¹⁵²⁸ Västra sjukvårdsregionen; Kirurgi och plastikkirurgi, Lung- och allergisjukdomar, Mag- och tarmsjukdomar, Psykisk hälsa, Rörelseorganens sjukdomar, Södra sjukvårdsregionen; Nationellt primärvårdsråd, Nervsystemets sjukdomar, Njur- och urinvägssjukdomar, Tandvård, Sjukvårdsregion Mellansverige; Akut vård, Hjärt- och kärlsjukdomar, Äldres hälsa och palliativ vård, Öron- näs- och halssjukdomar, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland; Hud- och könssjukdomar, Infektionssjukdomar, Medicinsk diagnostik, Reumatiska sjukdomar, Sällsynta sjukdomar, Ögonsjukdomar, Norra sjukvårdsregionen; Endokrina sjukdomar, Levnadsvanor, Cancersjukdomar (vilande vårdskap), Sydöstra sjukvårdsregionen; Barns och ungdomars hälsa, Kvinnosjukdomar och förlossning, Perioperativ vård, intensivvård och transplantation, Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.

¹⁵²⁹ Detta är en samverkan som utgår från huvudmännens rättsliga status och ansvar enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1–3 §§ samt 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

FIGUR 34.
Samverkan mellan huvud-
män inom en region.



Vi menar att utifrån vår analys avseende regiongemensam hälso- och sjukvårdssamverkan finns i huvudsak två rättsliga ordningar – en associationsbaserad respektive en avtalsbaserad ordning. Det är genom nämnda rättsliga strukturer som regionen och kommunerna belägna inom regionen samverkar kring utvecklingen av god och nära vård.

14.3.6.1 VästKom – en aktör för kommunal samverkan inom regionen

En viktig samverkansaktör på regional nivå inom Västra Götaland är den politiskt styrda organisationen Västsvenska Kommunalförbundens Samorganisation (VästKom). Samverkansstrukturen har en funktion av att vara en politisk samverkansarena mellan Västra Götalands läns kommuner genom de delregionala

kommunalförbunden. Däri innefattas att hantera och besluta om samverkan inom upptagningsområdet avseende de kommunala huvudmännens hälso- och sjukvårdsangelägenheter.

14.3.6.1.1 VästKom – en ideell förening för hälso- och sjukvårdssamverkan

VästKom bedrivs som ideell förening, vilket innebär att föreningsstadgarna utgör de konstituerande dokumenten för associationen.¹⁵³⁰ Av stadgarna framgår att föreningen har fyra medlemmar som inte får eller kan uteslutas, vilket skapar förutsägbarhet i samverkansstrukturen. Medlemmarna är de fyra delregionala kommunalförbunden Göteborgsregionens kommunalförbund, Skaraborgs kommunalförbund, Fyrbodals kommunalförbund och Boråsregionens Sjuhärads kommunalförbund, 3 § stadgarna. I praktiken representerar VästKom även medlemskommunerna genom kommunalförbunden.

Enligt föreningsstadgarna framgår att VästKom i egenskap av samverkansstruktur har en övergripande uppgift att företräda och samordna kommunernas intressen på regional nivå. I stadgarna anges att föreningen har till uppgift:

”att företräda medlemmarna i länsgemensamma samverkansfrågor med Västra Götalandsregionen samt med statliga och andra länsorgan, att biträda medlemmarna i förhandlingar gentemot Västra Götalandsregionen samt statliga och andra länsorgan, samt att svara för uppföljning och utvärdering av huvudmannaskapsförändringar som berör kommunerna, att tillsammans med kommunalförbunden utgöra en mötesplats och skapa nätverk för kommunal samverkan”, 2 § stadgarna.

Därmed har de kommunala huvudmännen genom sina kommunalförbund beslutat om att tilldela VästKom kompetens att driva hälso- och sjukvårdssamverkan enligt sitt uppdrag.

En viktig fråga för huvudmännen är vilken kontroll och rådighet man har i förhållande till den gemensamma associationen och hur den styrs. Eftersom VästKom är en ideell förening är föreningsstämman det högst beslutade organet. I stadgarnas arbetsordning för genomförande av föreningsstämman framgår att de kommunala huvudmännen representeras av sitt kommunalförbund.¹⁵³¹ Beslut avgörs med enkel majoritet. Detta illustrerar hur VästKom fungerar som en politisk samverkansarena för beslutsfattande avseende gemensamma hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Det är föreningsstämman som utser styrelsen och som enligt 6 § i stadgarna har ansvar för att leda verksamheten.¹⁵³² Styrelsens uppdrag innefattar att leda VästKom. Här ingår att leda organisationens övriga organ och förvalta föreningens egendom.¹⁵³³ Enligt stadgarna avgörs styrelsebeslut genom enkel majoritet, där ordföranden har utslagsröst vid lika röstetal. Under styrelsen finns även

¹⁵³⁰ Stadgar för Västsvenska Kommunalförbundens Samorganisation VästKom, Ideell förening. Reviderad av föreningsstämman 2011-02-24.

¹⁵³¹ Varje kommunalförbund har i egenskap av medlem ett ombud (och ersättare) med en röst. Föreningsstämman är beslutsför då minst tre (av fyra) ombud eller ersättare närvarar. Ordföranden har utslagsröst vid lika röstetal.

¹⁵³² Det sker konkret genom att medlemmarna röstar fram ledamöter vid stämman utifrån nomineringsförslagen från medlemmarna.

¹⁵³³ Styrelsen ska enligt stadgarna bestå av 3–4 ledamöter från vardera kommunalförbund och är beslutsför då minst hälften av ledamöterna närvarar. Minst tre ska vara del av förbundens styrelsers presidier.

ett arbetsutskott som har en ledamot från varje kommunalförbund. Styrelsen består således av förtroendevalda politiker som inom ramen för sina politiska uppdrag utför ärende- och beslutsarbete och därmed har ett politiskt ansvar för utvecklingsarbetet avseende hälso- och sjukvård inom upptagningsområdet.¹⁵³⁴

14.3.6.1.2 Genomförande och uppföljning av samverkansarbetet

Vad gäller genomförandet av operativa samverkansaktiviteter har VästKom ett föreningskansli som handhar verksamhetens administration och löpande verksamhet. Chefen för kansliet är ansvarig för kansliverksamheten gentemot styrelsen, 7 § stadgarna. Arbetet utförs av tjänstemän som arbetar enligt en förvaltningslogik inom organisationen.

Föreningens arbete utförs i hög grad i samverkan med Västra Götalandsregionen. Vad gäller hälso- och sjukvården har man formulerat att samverkansarbetet ska präglas av tydlighet, tillgänglighet och transparens.¹⁵³⁵ Den konkreta samverkan avser bl.a. utvecklingen av god och nära vård i området. Inom ramen för samverkan ingår man överenskommelser och beslutar om hur reformarbetet ska bedrivas. Ett viktigt exempel är arbetet runt färdplanen avseende länsgemensam strategi för god och nära vård i Västra Götaland. VGR och länets kommuner står följaktligen bakom de mål som formulerats i färdplanen. VästKom är även delaktiga i att ta fram hälso- och sjukvårdsavtalen som reglerar samverkan och ansvarsfördelning mellan Västra Götalandsregionen och de kommunala huvudmännen. Man arbetar även med att få till överenskommelser med leverantörer av Program Millenium¹⁵³⁶ och de kommunala huvudmännen som ska nyttja systemet.

VästKom företräder även sina huvudmän och deras medlemmar i arbetet med kunskapsstyrning inom vården. Där har man exempelvis tillsammans med Västra Götalandsregionen etablerat ett gemensamt kunskapsråd för att utveckla system för kunskapsstyrning. Ett annat samverkansområde är digitaliseringen inom hälso- och sjukvård. VästKom ansvarar för den med Västra Götalandsregionen gemensamma Styrgruppen i Väst (SITIV) avseende gemensam IT-struktur. VästKom ansvarar även för styrningen av de samverkansstrukturer som de kommunala huvudmännen nyttjar tillsammans med Västra Götalandsregionen. Det sker genom Gemensam informations och tjänstesamordning (GITS) som ansvarar för IT-systemet SAMSA. Systemet har en viktig funktion i huvudmännens arbete med vårdövergångar, samt arbetet med Samordnad individuell plan (SIP) och de processer som hör till detta.

¹⁵³⁴ Det följer av stadgarna att varje kommunalförbund i egenskap av medlem har rätt att väcka ärenden i stämman avseende frågor som rör angelägenheter inom uppdraget. Det öppnar upp för intressanta frågor kring dels i vilken omfattning de kommunala huvudmännen i sina interna ordningar behöver förhålla sig till samverkansfrågor som rör VästKom uppdraget, dels vilken påverkan de kan utöva i samverkansfrågor i egenskap av medlemskommuner. Som framgår av ovan behöver huvudmannen i förhållande till sitt medlemskap i kommunalförbunden skaffa sig en bild kring förutsättningarna och på vilka sätt man kan påverka och besluta i nämnda samverkansfrågor. Det framgår också att VästKoms arbete i hög grad relaterar till de ärende- och beslutsordningar som de kommunala huvudmännen hanterar genom sina interna politiska ordningar.

¹⁵³⁵ Årsredovisning VästKom 2022, godkänd av VästKoms styrelse 7 mars 2023 s. 6.

¹⁵³⁶ Innan november 2022 kallat Framtidens vårdmiljöer (FVM).

14.3.6.2 Delregionala kommunalförbund som samverkansstrukturer för kommunala huvudmän

Som ovan nämnts är kommunalförbunden viktiga samverkanstrukturer för de kommunala huvudmännen. Kommunalförbundens rättsliga konstitution och styrning följer av kommunallagens regler. Det sagda innebär att kommunalförbunden följer en politisk ärendehantering med ärendeberedning och politiskt beslutsfattande av politiker. Förvaltningsarbetet utförs av tjänstemän. Respektive kommunalförbund utgör således politiska samverkansarenor för sina förbundsmedlemmar.¹⁵³⁷

Ur vårt perspektiv är det rimligt att de kommunala huvudmännen genom samverkan i kommunalförbunden driver politiska ärenden som rör frågor kring implementeringen av patientens rätt och personcentrerade arbetssätt. I Västra Götaland finns som nämnts fyra delregionala kommunalförbund; Göteborgsregionens kommunalförbund, Skaraborgs kommunalförbund, Fyrbodals kommunalförbund och Boråsregionens Sjuhärads kommunalförbund. Samtliga kommunalförbund är således delaktiga i nämnda implementeringsarbete. Kommunalförbunden är också medlemmar i VästKom.

Samverkansstrukturen ställer krav på dels hur huvudmännen hanterar och beslutar politiska ärenden inom ramen för sina interna ordningar, dels hur de interna politiska besluten i nästa led får verkan inom samverkansstrukturernas ordningar. Utifrån ett rättsligt perspektiv är det intressant att följa hur huvudmännens angelägenheter kan beslutas och hanteras i ”tre lager”. Det handlar i huvudsak om politiska beslut genom huvudmannens interna ordning, samt de externa ordningarna som följer av huvudmannens medlemskap i kommunalförbundet och sedan kommunalförbundets medlemskap i VästKom. Detta ställer som sagt krav på huvudmännens förmåga att driva politiska förändringsprocesser som en del av interna och externa ordningar.¹⁵³⁸

14.3.6.3 Regiongemensamma samverkansstrukturer mellan länets huvudmän

Mycket av samverkan är dessutom avtalsbaserad. I avtalet regleras formerna för samverkan. Särskilt viktigt är fördelningen av ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvården. Detta ska förstås utifrån hälso- och sjukvårdslagens krav på regionala och kommunala huvudmän att erbjuda och samverka avseende hälso- och sjukvårdens utförande. Även patientlagens kvalitativa krav ska rimligen tillgodoses i samverkan och utförande i huvudmännens arbete. Intressant att utvärdera är i vilken omfattning huvudmännen genom avtalsbaserad samverkan bedriver reformarbete rörande hälso- och sjukvårdens omställning m.m. I vår utvärdering är vi också intresserade av att förstå hur och i vilken omfattning huvudmännens politiska, respektive förvaltningsbaserade, interna ordningar kopplar an mot samverkanstrukturer.

¹⁵³⁷ En mer utförlig framställan avseende kommunalförbundens rättsliga konstruktion, roller och ansvar görs nedan i avsnitt 14.3.7.1.1.

¹⁵³⁸ En annan intressant aspekt är att båda samverkansstrukturerna är associationsbaserade men med olika rättslig grund. Kommunalförbunden bygger på en kommunalrättslig ordning medan VästKom är en ideell förening där allmän associationsrättslig reglering är tillämplig. Detta skapar i sig krav på huvudmannens förmåga att kunna relatera sina interna politiska beslut för samverkan i respektive samverkansstruktur.

14.3.6.3.1 Politiska samråds- och samverkansstrukturer mellan länets huvudmän

En del av vårdsamverkansarbetet rör huvudmännens interna politiska ordning. Detta är ett sammanhang där patientlagens bristande implementering typiskt sett skulle kunna diskuteras.

Det politiska samrådsorganet mellan VGR och VästKom (SRO)

Ett viktigt samverkansorgan är SRO som kan beskrivas som en politisk samverkansarena mellan länets huvudmän. Representanter utgörs av huvudmännens politiker; Västra Götalandsregionen och de fyra kommunalförbunden. Det finns även tjänstepersoner representerade genom Västra Götaland kommunalförbund samt Koncernkontoret VGR.

SRO är en ordning baserad på ingångna avtal mellan de två rättssubjekten Västra Götalandsregionen och VästKom. Överenskommelsen innebär att samrådsorganets primära uppgift är att hantera samverkans- och ansvarsfrågor mellan länets huvudmän. Sedan 2024 har SRO även tagit över det arbete som den politisk beredningsgruppen för hjälpmedel gjort. I beredningsgruppens uppdragsbeskrivning framgår att man ska främja samverkan mellan länets huvudmän på hjälpmedelsområdet, bevaka strategiska samverkansfrågor för gemensamma IT-system, rekommendera nya samt följa upp de samverkansformer som sker inom området. SRO har inget beslutsmandat att binda huvudmännen till beslut utan utgör endast en grupp för samråd och diskussion. För det fall SRO rekommenderar eventuella beslut sker beslutsfattandet inom ramen för respektive huvudmans beslutsordning.¹⁵³⁹

14.3.6.3.2 Tjänstemannabaserad ledningsstruktur för regional och kommunal hälso- och sjukvårdssamverkan

För att huvudmännen organisatoriskt ska kunna omsätta lagkrav och avtalsrättsliga krav som ställs på huvudmännen krävs ledningsstrukturer för nämnda ändamål. Initialt fanns också ett behov av regionala ledningsstrukturer för att kunna hantera de uppdrag som staten riktar mot regionen. Exempelvis kräver de uppdragen ett stort mått av samverkan på regional nivå.¹⁵⁴⁰

¹⁵³⁹ Ett annat samverkansorgan är den politiska beredningsgruppen Beredningen för Hållbar Utveckling (BHU). Beredningsgruppen är en form av politisk samverkansarena där Västra Götalandsregionen samverkar med länets kommuner kring strategiska frågor upptagningsområdet. Kommunerna företräds av representanter från respektive kommunalförbund. Beredningsgruppens uppgift enligt uppgiftsbeskrivning är att bereda ärenden till regionstyrelsen samt rapportera sitt arbete till regionstyrelsen, se Uppgiftsbeskrivning för regionstyrelsens beredning för hållbar utveckling se sammanträdesprotokoll regionstyrelsen daterat 2022-12-13 § 372 Dnr RS 2022 – 05601. Några av beredningsgruppens centrala frågor rör att arbeta med ”strategiska frågor för långsiktig hållbar utveckling av Västra Götaland” samt ”avstämning, samordning och styrning av genomförandet av den regionala utvecklingsstrategin”. Det finns inom ramen för arbetet med den regionala utvecklingsstrategin inslag av utvärdering av arbetet med hälso- och sjukvårdsarbete och jämlik och tillgänglig vård m.m.

¹⁵⁴⁰ Redan 2012 fattade det politiska samrådet mellan Västra Götalandsregionen och VästKom ett rekommendationsbeslut avseende en ledningsstruktur för samverkan mellan regionens kommuner och Västra Götalandsregionen. Västra Götalandsregionen fastställde förslaget 2012. Se regionfullmäktigebeslut § 9 Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland daterat 2012-02-07 Dnr RSK 339–2010.

Ledningsstrukturen Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG) utgörs av en tjänstemannabaserad samverkan mellan huvudmännens förvaltningar. Det gör att arbetet i ledningsstrukturen har en stark koppling till huvudmännens interna förvaltningsordningar för ärendehantering och beslut.

Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG) – organisering, roll och ansvar

Som ett led i ledningsstruktursarbetet har Västra Götalandsregionen, i egen-
skap av regional huvudman tillsammans med företrädaren för de kommunala
huvudmännen, VästKom, beslutat om en uppdragshandling för Vårdsamverkan
Västra Götaland (VVG).¹⁵⁴¹ Överenskommelsen grundar sig på huvudmän-
nens rättsliga status samt kompetens att ingå överenskommelser om regional
samverkan. VVG verkar med denna grund som forum för samverkan mellan
huvudmän inom regionen, avseende organisering och bedrivande av hälso- och
sjukvård. Den konkreta organiseringen av samverkanstrukturen omfattar ett
antal regionala och kommunala aktörer. VVG utgör själva ledningsstrukturen
för den vårdsamverkan som sker mellan Västra Götalandsregionen som hu-
vudman och de kommunala huvudmännen. VVG är en sammansättning av
representanter från delregionala vårdsamverkansgrupper, Koncernkontoret på
VGR och VästKom. Representanterna är verksamma inom ramen för huvud-
männens interna ordningar.

Enligt den beslutade uppdragshandlingen kan VVG utgöra en samverkansarena
mellan huvudmännen med fokus på länsövergripande och strategiska frågor
inom hälso- och sjukvård.¹⁵⁴² VVG handlägger förslag på ställningstaganden och
rekommendation till beslut, vilka därefter behandlas inom ramen för respektive
kommunala och regionala huvudmans linjeorganisation (interna ordning). För
att rekommendationen ska bli rättsligt bindande i sig krävs följaktligen beslut i
enlighet med huvudmännens interna ordning.¹⁵⁴³ I sammanhanget kan nämnas
att innan VVG rekommenderar ställningstaganden ska saken lyftas i SRO, för att
man där ska ha möjlighet att lämna synpunkter.

Koncernkontoret i VGR medverkar utifrån sin roll som den regionala hu-
vudmannens förvaltningsorgan för regionsövergripande frågor kring hälso- och
sjukvård. Koncernkontoret rapporterar till regionstyrelsen. En ytterligare aktör
inom ledningsstrukturen är VästKom som med egen rättskapacitet företräder
de kommunala huvudmännen i samverkansarbetet.¹⁵⁴⁴ Ytterligare parter är

¹⁵⁴¹ Uppdragshandling för Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG. Ledning i samverkan, LiSA, ställde sig bakom uppdragshandlingen den 16 november 2016.

¹⁵⁴² VVG har även som uppgift att utvärdera länets behov av utbildnings- och samverkanssatsningar, utveckla samverkan kring kunskapsstöd, utveckling av länsgemensamma riktlinjer baserat på nationella kunskapsstöd samt samverka för att möjliggöra maximalt utnyttjande av gemensamma resurser. Se uppdragshandling för VVG.

¹⁵⁴³ Även om det inte heller ingår i VVG:s uppdrag att ta fram avtal och överenskommelse mellan huvudmännen bidrar man genom att vara ett forum för diskussion gällande innehåll m.m. VVG har också en roll att bidra till implementering, utförande och bevakning av avtal m.m. som ingås mellan huvudmännen.

¹⁵⁴⁴ Se kommunalförbunden Göteborgsregionen, Fyrbodals, Skaraborgs kommunalförbund samt Boråsregionen (Sjuhärads kommunalförbund), 3 § stadgarna.

kommunalförbundens förvaltning som också kan besluta om att rekommendera medlemskommunerna att besluta i vissa frågor.¹⁵⁴⁵ Även länets kommuner är rättssubjekt inom den länsgemensamma samverkansstrukturen. Kommunerna beslutar enligt sina interna ordningar kring frågor som rör ställningstaganden avseende regiongemensam hälso- och sjukvård.

Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG) – uppdraget och dess genomförande

Den bindande uppdragshandlingen för VVG ställer krav på att uppmärksamma och värdera länsgemensamma behov av utveckling och samverkan och att samverka för hållbara stödstrukturer. En i sammanhanget viktig uppgift avser att motta statliga kunskapsstöd för ställningstagande om regional hantering, genom exempelvis utvecklingsarbetet avseende länsgemensamma riktlinjer och fördelning av nationella satsningar till region och kommuner. Ett annat ansvar som framgår av uppdragshandlingen är att VVG ska hantera frågor som huvudmännen via VästKom och Västra Götalandsregionens koncernledning bedömer vara länsövergripande hälso- och sjukvårdsfrågor. I sammanhanget kan också nämnas det uppdrag som SRO gav VVG under 2021 med uppgiften att beskriva primärvårdsuppdragen och därmed relevanta samverkansområden för en utveckling som stärker primärvården som nav i omställningsarbetet avseende nära vård. I slutrapporten för uppdraget lyfter man bl.a. frågor som rör möjligheter till regional och kommunal hemsjukvård.¹⁵⁴⁶ Detsamma gäller frågor som de delregionala vårdsamverkanstrupperna bedömer vara länsfrågor. Viktiga frågor i sammanhanget rör även områden som god och nära vård. I denna del framgår också hur omställningsarbetet närmare rör frågor avseende patientens möjlighet till en nära vård med sammanhållna vårdprocesser. En viktig begränsning av uppdraget är att framtagande av avtal och överenskommelser mellan huvudmännen hanteras direkt mellan huvudmännen genom VästKom och Västra Götalandsregionen.¹⁵⁴⁷

Genomförandet av arbetet inom VVG utförs av en sammansättning av huvudmannarepresentanter från vardera delregional vårdsamverkanstrupp. Ordförande- och viceordförandeskapet växlar årligen mellan huvudmännens representanter i Västra Götalandsregionens koncernledning och VästKom. Representationen ska vara så balanserad som möjligt mellan huvudmännen. När det gäller själva genomförandet av samverkansarbetet är målet att de ställningstaganden inom VVG sker i konsensus. Efter beredning av frågor och ärenden som ligger inom ramen för uppdraget ska VVG lägga fram förslag för ställningstaganden. Sådana ställningstaganden som föreslås bli vägledande ska också lyftas och hanteras i huvudmännens samrådsorgan SRO.

¹⁵⁴⁵ Verksamhetens styrning grundar sig i beslutade förbundsordningar.

¹⁵⁴⁶ VVG, Slutrapport – Med primärvården som nav i utvecklingen av god och nära vård daterad 2022-01-09.

¹⁵⁴⁷ VVG har dock en rådgivande roll i framtagandet samt en viktig roll i implementerings-, tillämpnings- och uppföljningsarbetet av nämnda överenskommelser och avtal.

VVG – samverkansstrukturer för genomförande av det regiongemensamma vård-samverkansarbetet

För genomförandet av vårdssamverkansarbetet krävs särskilda samverkansstrukturer. En sådan är de delregionala vårdssamverkansgrupperna. Inom Västra Götalandsregionen finns det sex delregionala vårdssamverkansområden där samverkan sker mellan regionens verksamheter för hälso- och sjukvård och tandvård, den kommunala verksamhetens vård och omsorg, socialtjänst och skola.¹⁵⁴⁸

En annan samverkanstruktur är Ledningsråd för samordnad hälsa, vård och omsorg. Rådets primära uppdrag regleras genom en uppdragshandling som är undertecknad av uppdragsgivarnas företrädare, i det här fallet regionens hälso- och sjukvårdsdirektör och direktören för VästKom.¹⁵⁴⁹ Uppdraget finns också beskrivet i den av ledningsrådets beslutade förvaltningsplan för Samordnad hälsa, vård och omsorg.¹⁵⁵⁰

Det finns även den länsgemensamma förvaltnings- och utvecklingsorganisationen Ledningsrådet för samordnad hälsa, vård och omsorg, som stöds av Gemensam information- och tjänstesamordning (GITS) kring utförande av förvaltningsplanens uppgifter. Förvaltningsplanen är att anse som ledningsrådets uppdrag till GITS.¹⁵⁵¹ Ytterligare uppgifter framgår av beslutad verksamhetsplan.¹⁵⁵²

En ytterligare samverkansstruktur är Ledningsrådet för hjälpmedel som hanterar ansvar för hjälpmedel och läkemedelsnära produkter, vilka används av kommuninvånarna som en del av de regionala och kommunala huvudmännens hälso- och sjukvård och socialtjänst.¹⁵⁵³ På uppdrag av huvudmännen är det ledningsrådets uppgift att erbjuda expertkompetens, rådgivning till huvudmän och brukare, regelverk, sortiment samt försörjning av hjälpmedel för kommuninvånarna.¹⁵⁵⁴

Det finns en särskild samverkansordning avseende det länsgemensamma IT-stödet, Styrgrupp IT i Väst (SITIV). SITIV har ansvaret för att styra och leda arbetet kring de gemensamma IT-stöden som används av Västra Götalandsregionen och regionens kommuner, vilka också är uppdragsgivare till SITIV. De uppgifter som åligger inom uppdraget är att kontinuerligt säkerställa ändamålsenligheten

¹⁵⁴⁸ Se vidare i avsnitt 14.3.6.5.2.

¹⁵⁴⁹ Västra Götalandsregionen och Västkom, Uppdragshandling för vårdssamverkan Västra Götaland, VVG, 2016-11-16. I uppdragshandlingen framgår ledningsrådets uppdrag att säkerställa "fortsatt förvaltning och utveckling av överenskommelse och riktlinje mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt riktlinje för samordnad individuell plan (SIP) i Västra Götaland. Ledningsrådet ansvarar också för IT-tjänsten SAMSA".

¹⁵⁵⁰ GITS, Förvaltningsplan Samordnad hälsa, vård och omsorg 2023, 2022-11-29. I förvaltningsplanen framgår vilka uppgifter som finns i förvaltningsarbetet samt hur förvaltningsarbetet ska utföras och styras. Ledningsrådet beslutar årligen om förvaltningsplan.

¹⁵⁵¹ I övrigt har GITS uppdraget att samordna de funktioner och tjänster som krävs för att samverkan ska fungera mellan kommunerna i regionen och Västra Götalandsregionen.

¹⁵⁵² Se vidare Verksamhetsplan GITS 2023 beslutad av SITIV.

¹⁵⁵³ Vårdssamverkan i Västra Götalands webbsida, Ledningsrådet för hjälpmedel.

¹⁵⁵⁴ Inom uppdraget ligger också att säkerställa jämlik och hälsoekonomisk användning av hjälpmedel. Inom ramen för ledningsrådets uppgifter ligger bl.a. att bevaka, värdera och bidra till nationella och regionala kunskapsunderlag inom området. Detsamma gäller kring nya lösningar för det medicintekniska området.

i samverkanslösningar, IT-system m.m.¹⁵⁵⁵ Förvaltningsansvaret mellan de gemensamma systemen regleras genom avtalsbaserade ordningar i form av samverkansavtal.¹⁵⁵⁶

Slutligen finns det inom ramen för samverkansstrukturerna en Styrgrupp för psykisk hälsa som arbetar med frågor kring psykisk hälsa på uppdrag av Västra Götalandsregionen och VVG. Arbetet styrs genom en beslutad arbetsordning.¹⁵⁵⁷ En särskilt intressant uppgift innefattar att i viss mån utgöra samverkansytta för kunskapsstyrning inom området psykisk hälsa.

VVG – samverkansområden för genomförande av det regiongemensamma vårdssamverkansarbetet

Genomförandet av vårdssamverkansarbetet sker utifrån ett antal samverkansområden.¹⁵⁵⁸ Vårdssamverkansområdet god och nära vård är i sammanhanget särskilt intressant. Inom ramen för området arbetar man med hälso- och sjukvårdens omställning. Samverkansarbetet rör primärvårdens fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet, och särskilt primärvårdsuppdraget i ljuset av samverkan. Ett centralt arbete är framtagandet av den regiongemensamma strategin för god och nära vård (färdplanen), se vidare i nedan avsnitt.

Ett annat vårdssamverkansområde är öppenvårdsprocessen med patientsäkra vårdövergångar. Detta område innefattar vårdssamverkan kring öppenvårdsprocessen och stöd för personcentrerade arbetssätt inom öppenvården. Den länsgemensamma riktlinjen Öppenvårdsprocessen i Västra Götaland uppställer att:

”med öppenvårdsprocess menas informationsöverföring och samverkan kring enskilda som inte hanteras enligt riktlinjen för in- och utskrivningsprocessen. Syftet med riktlinjen är att öka patientsäkerheten och säkerhetsställa informationsöverföringen i öppenvården.”¹⁵⁵⁹

Vidare uppställer riktlinjen huvudmännens ansvar för att säkerställa den enskildes tillgång till en sammanhållen hälso- och sjukvård oavsett huvudman.¹⁵⁶⁰

Ett annat vårdssamverkansområde är Egenvårdsrutinen där arbetet cirkulerar kring området egenvård, vilket omfattas av ny lagstiftning sedan 2023. I korthet fokuserar samverkan i denna del på arbetet med en gemensam egenvårdsrutin för sådan hälso- och sjukvård som utförs av patienten själv eller av annan som

1555 Andra uppgifter handlar om att ta fram planer, upprätta förslag till överenskommelser, fastställa uppdrag och organisationer m.m. för samverkanslösningar mellan regionen och kommunerna.

1556 Se uppdragshandling daterad 2011-03-08 Samarbete om verksamhetsutveckling med stöd av IT mellan Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland (Uppdragsbeskrivning för Styrgrupp IT i Väst, SITIV). Se även den gemensamma handlingsplanen för Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland i Styrgrupp IT i Väst – SITIV daterad 2021-12-03.

1557 Arbetsordning för styrgrupp – Länsgemensam handlingsplan psykisk hälsa, reviderad och beslutad av VVG 2020-11-03. Där finns uppgifter som innefattar framtagande av planer och uppföljningsindikatorer, bearbetning och förankring av grupperingens arbete i relation till vårdssamverkansgrupperna samt behov av att tillsätta grupper inom ramen för grupperingens uppdrag.

1558 Vårdssamverkan i Västra Götalands webbsida, Områden för samverkan.

1559 Riktlinje – Länsgemensam riktlinje för Öppenvårdsprocessen i Västra Götaland.

1560 Det gäller bl.a. att identifiera och säkerställa vårdövergångar mellan regionens primärvård, sjukhusens öppenvårdsmottagningar, den kommunala primärvården samt socialtjänstens verksamhet.

inte är hälso- och sjukvårdspersonal. Området är en viktig del för att möjliggöra patienters tillgång till nära vård.

Ett ytterligare vårdssamverkansområde är samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.¹⁵⁶¹ Arbetet utgår från lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård som innehåller ordningar för överföring av patient från slutet till öppen vård.¹⁵⁶² Inom ramen för samverkan på området finns en överenskommelse mellan Västra Götalandsregionen och regionens kommuner.¹⁵⁶³ Överenskommelsen innefattar att samverkan ska bygga på att hälso- och sjukvård tar utgångspunkt i individen, att individens ska uppleva vården som effektiv, säker, av god kvalitet m.m.¹⁵⁶⁴ Även i detta fall möjliggör området en nära vård för patienter.

Avslutningsvis kan även nämnas vårdssamverkansområdet Samordnad Individuell Plan (SIP) som tar avstamp i den lagreglering som finns kring SIP i hälso- och sjukvårdslagen och lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Nämnade dokumenterade överenskommelse är en avgörande byggsten för att konstruera patienters delaktighet i en sammanhållen vårdprocess som kan ges nära patienten. För ändamålet har man inom Västra Götalandsregionen utarbetat en gemensam riktlinje för SIP inom regionen.¹⁵⁶⁵ Enligt riktlinjen är syftet med SIP att ge en samlad beskrivning av enskildas pågående och planerade vårdåtgärder från kommun, region och ev. andra aktörer. Samverkan medför en helhetsbild kring vårdssituationen. Särskilt viktigt är det att den enskilda patienten kan få en större delaktighet i sin vårdprocess.

VVG – uppföljning av uppdraget

Uppföljning av samverkansuppdraget redovisas genom uppföljningsrapporter. Exempelvis sker det en uppföljning av omställningsarbetet till en god och nära vård. Vi presenterar även dessa uppföljningar nedan i avsnittet om detta reformarbete.

Ett uppföljningsarbete som däremot riktar sig mot verksamheten är årsredovisningen för 2023.¹⁵⁶⁶ Det kan noteras att uppföljningsarbetet utgår från egna styrande dokument som färdplaner, resultatrapporter avseende länsgemensamma uppföljningar för god och nära vård samt även inom området relevant arbete från SKR och Socialstyrelsen. Årsredovisningen är närmast en sammanställning

¹⁵⁶¹ I denna del handlar det om samverkan vid in- och utskrivningsprocesser för personer med behov av vårdinsatser efter utskrivning från vård på sjukhus.

¹⁵⁶² Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

¹⁵⁶³ Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, beslutad 2018-09-25 och förlängd 2020-12-01.

¹⁵⁶⁴ Riktlinje – Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland. Det finns även bestämmelser att om att följa överenskommelser och gemensamma riktlinjer, IT-system m.m. Det finns även riktlinje som belyser hur det faktiska arbetet inom området ska bedrivas.

¹⁵⁶⁵ Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2020–2023. Se även Slutrapport Stärkt arbete med Samordnad Individuell Plan, SIP i Västra Götaland 1 mars 2019–31 december 2021.

¹⁵⁶⁶ Vårdssamverkan Västra Götaland, Årsredovisning 2023.

av utvärderingar som görs inom ramen för länsgemensam vårdssamverkan och det arbete som utförs i relation till färdplanens omställningsarbete och förändrade arbetssätt, samt följsamheten till länsgemensamma styrdokument. Vidare innehåller årsredovisningen information om uppföljning kring den delregionala vårdssamverkan. För detta arbete är det också intressant att nämna uppföljningsarbetet i relation till den regiongemensamma överenskommelsen som gjorts avseende in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Sammanfattningsvis kan nämnas att VVG i sin uppföljning i flera fall kommer fram till att det i en del avseenden saknas processer eller andra medel för att fastställa resultat. Man konstaterar också att behovet av samverkan varierar i regionen och att det beror på invånarantal och åldersstrukturer avseende region- och kommuninvånare.¹⁵⁶⁷

14.3.6.4 Delregional samverkansstruktur mellan regionala och kommunala huvudmän

Inom ramen för Västra Götaland finns även delregional samverkan.¹⁵⁶⁸ Vi kommer i denna del att översiktligt redogöra för hur huvudmän samverkar genom den delregionala vårdssamverkansstrukturen Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet.¹⁵⁶⁹ Delregional samverkan är avgörande för implementering som avser god och nära vård inom delregionala och lokala områden. Det gäller särskilt primärvårdens arbete avseende nära vård.

Samverkanstrukturen mellan nämnda parter manifesteras i ett samverkansavtal som parterna ingått och i en gemensamt beslutad samverkansplan.¹⁵⁷⁰ Samverkansavtalet och samverkansplanen utgör en rättslig grund för den etablerade samverkansordningen. En viktig bestämmelse i avtalet är följande: ”Kommun och sjukvård, Samverkan i Göteborgsområdet är en organisering där samverkan involverar såväl politisk nivå som flera chefsnivåer inom varje linjeorganisation”. Vidare stadgas att samverkansparterna ska samarbeta utifrån respektive ”organisations politiska mål och uppdrag för ökad effektivitet i samordnade processer.”¹⁵⁷¹ Det innebär att huvudmännen med utgångspunkt i sina interna

¹⁵⁶⁷ Vårdssamverkan Västra Götaland, Årsredovisning 2023 s. 5.

¹⁵⁶⁸ Se delregionala områden: (i) Kommun och sjukvård Samverkan i Göteborgsområdet, (ii) Närvårdssamverkan Södra Älvsborg, (iii) SAMLÄ – Samverkan i Lerum och Alingsås, (iv) SIMBA, (v) Vårdssamverkan Fyrbodals, samt (vi) Vårdssamverkan Skaraborg.

¹⁵⁶⁹ Parterna i samverkansstrukturen utgörs av å ena sidan enheter ur den regionala huvudmannen såsom Västra Götalands primärvård innefattande dess specialistsjukvård, Delregional nämnd Västra och Delregional nämnd Göteborg, och å andra sidan de kommunala huvudmännen Göteborgs stad, Mölndals stad, Partille kommun, Härryda kommun och Öckerö kommun.

¹⁵⁷⁰ Intressant är att avtalet i vissa fall endast omfattar delar av den regionala huvudmannens organisation, se Västra Götalands primärvård. Avtalet innehåller bestämmelser om övergripande mål och visioner där den regionala visionen Det goda livet är vägledande. I samverkansavtalet framgår att samverkansplanen är framtagen av huvudmännens politiker och tjänstemän i enlighet med lagstiftning och styrande dokument för parterna i det delregionala vårdssamverkansområdet. Vidare framgår att planen ska godkännas i det delregionala politiska samrådsorganet och sedan förankras i respektive huvudmans interna ordning.

¹⁵⁷¹ Ett grundläggande syfte med samverkansavtalet är att skapa förutsättningar för huvudmännen att driva en sammanhållen hälso- och sjukvård av god kvalitet för individer inom området. Detta ska enligt avtalet ske genom att Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet fungerar som en gemensam arena för vårdssamverkan mellan de huvudmännen, bidra till gemensamma resurser samt generera en gränslös upplevelse för brukare och patienter avseende vården utförande.

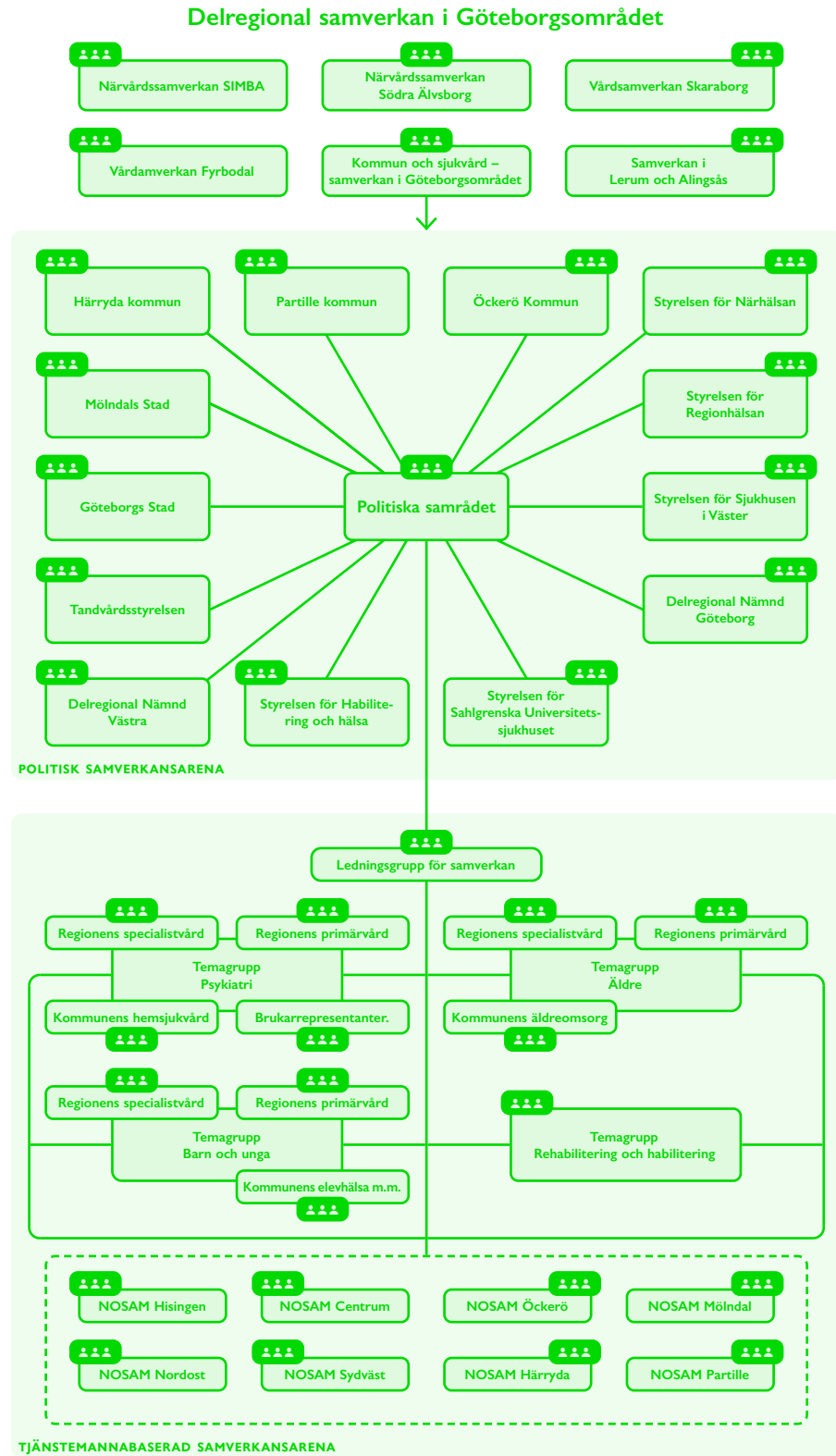
ordningar bör säkerställa att både förtroendevalda politiker och förvaltningens tjänstemän är involverade och har tid att utföra sitt uppdrag inom det delregionala vårdssamverkanområdet.

Vad vi redan här kan konstatera är att det delregionala samverkansarbetet utförs i huvudsak på två typer av samverkansarenor – en med politiska företrädare från huvudmännen och en med tjänstepersoner som arbetar inom huvudmännens förvaltningsorganisationer. Vi menar att det är möjligt att se respektive arena som rättsliga underordningar.¹⁵⁷² Nedan kommer vi att kontrastera hur samverkansarenorna framträder i vårdssamverkansstrukturens olika nivåer i Göteborgsområdet.¹⁵⁷³

1572 Det faktum att samverkansarenorna har sin rättsliga grund i dels politiska uppdrag för förtroendevalda, dels tjänstemännens anställning hos huvudmännen skapar en särskild dynamik i samverkansarbetet. Det ställer särskilda krav på ansvarstagande hos de politiker och tjänstemän (och andra arbetare) dels inom ramen för samverkansarbetet, dels i relation till huvudmannens interna organisation och den ev. ansvarsfördelning som råder däri.

1573 Enligt samverkansavtalet ska uppföljning av samverkansarbetet ske kontinuerligt genom att minnesanteckningar publiceras på vårdssamverkans webbplats samt årsrapportering enligt plan. Genom samverkansavtalet så prioriterar huvudmännen att samtliga chefsnivåer i respektive interna ordningar ska vara delaktiga och följa samverkansarbetet, och därmed kunna agera vid behov att utföra korrigerande åtgärder. Uppföljning av temagruppernas arbete ska ske inom ramen för den linjeorganisation som ansvarar för verksamheten, och däri ligger ansvaret att utvärdera utifrån målbilder och effekt, se temagruppernas handlingsplaner m.m.

FIGUR 35.
Samverkan mellan huvud-
män inom en delregion.



14.3.6.4.1 Politiska samverkansstrukturer för delregional samverkan

Den översta ordningen i samverkansstrukturen utgörs av det politiska samrådet. Den ordning som utvecklats för samrådet är primärt en politisk samverkansarena för huvudmännen i delregional samverkan.¹⁵⁷⁴ Samrådet är ett samverkansorgan och har därmed inte en självständig beslutanderätt och regleras inte heller av kommunlagen.¹⁵⁷⁵ Det är i första hand en samverkansarena för huvudmännens politiska dialog avseende vad som är gemensamma utmaningar, vad som är de övergripande målen för samverkan, vilka områden man ska fokusera på, vad som ska ingå i de mer specifika samverkansplanerna, samt hur samverkan ska följas upp.¹⁵⁷⁶ I det övergripande uppdraget ingår att verka för att utjämna skillnader i hälsa och att det erbjuds en god och säker vård. Inom ramen för uppdraget diskuterar huvudmännen strategiska frågor för utveckling av delregional samverkan utifrån ett antal teman, se temagrupper nedan. Samrådsgruppen tar inriktningsbeslut, vilka därefter fastställs i respektive nämnders och styrelser interna politiska beslutsordningar. Huvudmannarepresentanterna i samrådsgruppen ska även säkerställa att information når samverkansgrupper och nämnder/styrelser.¹⁵⁷⁷ Beredning av ärenden sker i samråd med den tjänstemannabaserade ledningsgruppen (LGS), LGS Beredningsgrupp och presidiet för politiska samrådet.¹⁵⁷⁸

14.3.6.4.2 Tjänstemannabaserad samverkansstruktur för delregional samverkan

Nästa underordning innefattar det strategiska arbetet för Ledningsgruppen (LGS) för Kommun och sjukvård i samverkan i Göteborgsområdet. Enligt uppdragsbeskrivningen består ledningsgruppens huvudmannarepresentanter av ”förvaltningschefer eller motsvarande mandat från ingående kommuner, primärvård samt sjukhus, närsjukhus, habilitering och hälsa, tandvård, beredande tjänstepersoner samt gruppens processledare.”¹⁵⁷⁹ Det är alltså på den här strukturnivån som man finner den tjänstemannabaserade samverkansarenan. Ledamöterna utses

¹⁵⁷⁴ Samrådet är ”ett organ för samverkan mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs stad, Mölndals stad, Härryda kommun, Partille kommun och Öckerö kommun i frågor kring vård, stöd och omsorg för och med personer som är i behov av insatser från kommun och region”. Se vidare Arbetsordning för politiskt samråd Kommun och sjukvård Samverkan i Göteborgsområdet (rev 2023-feb). Nämnder och styrelser representeras i utgångspunkt av aktuell ordförande. Kommuner representeras av väl förankrade representanter.

¹⁵⁷⁵ Representation i samrådet sker utifrån mandat där aktuella individer har ett ansvar att förankra frågor i respektive nämnder för beslut m.m.

¹⁵⁷⁶ Följande politiska organ ingår i det politiska samrådet; Delregional nämnd Göteborg, Delregional nämnd, Västra Styrelsen för Regionhälsan, Styrelsen för Närhälsan, Tandvårdsstyrelsen, Styrelsen för Habilitering & hälsa, Styrelsen för Sjukhusen i Väster samt Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

¹⁵⁷⁷ I övrigt ska samrådsgruppen även föra kontinuerlig politisk dialog kring gemensamma vårdssamverkanfrågor på delregionalnivå, skapa förutsättningar för politiska samförstånd, föreslå nämnder och styrelser att fatta beslut i aktuella vårdssamverkanfrågor samt prioritera och ta fram målgrupper som ska uppmärksammas inom ramen för vårdssamverkan, se vidare Arbetsordning för politiskt samråd Kommun och sjukvård Samverkan i Göteborgsområdet (rev 2023-feb) s. 2.

¹⁵⁷⁸ LGS processledare administrerar politiska samrådets möten. I övrigt bedöms politiska samrådet klara sina administrativa frågor inom ramen för befintlig organisation.

¹⁵⁷⁹ Uppdragsbeskrivning kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet rev. 2023-10-23 s. 4.

av respektive huvudman, alternativt av branschorganisation för privata vårdgivare.¹⁵⁸⁰ Vidare framgår av uppdragsbeskrivningen att ledamöterna förväntas kontinuerligt delta i samverkansarbete och därmed bidra med nödvändig spridning av information och förankring av beslut avseende samverkansfrågorna.¹⁵⁸¹ Besluts- och genomförandeansvar åvilar respektive huvudman.¹⁵⁸² Denna del av samverkansarbetet relaterar också till huvudmännens interna förvaltningsordningar. Uppföljning sker genom att minnesanteckningar och dokumentation publiceras på vårdsamverkans webb enligt ovan och i årsrapporter.¹⁵⁸³

Nästföljande underordning utgör en operativ nivå med processororienterat arbete i temagrupper. Temagrupperna består av huvudmannarepresentanter i form av verksamhetsansvariga chefer eller andra nyckelpersoner med lämplig kompetens från huvudmännen. Ledamöterna utses inom ramen för respektive huvudmans interna ordning. Inom gruppen finns även processledare. Detta är följaktligen en tjänstemannabaserad samverkansarena för att hantera olika teman.

Arbetet tar avstamp i den antagna samverkansplanen med prioriterade fokusområden, se 3.1 i planen. Temagruppernas arbete tar också utgångspunkt i LGS teman för samverkan. Därav återfinns det i temagruppernas uppdragsbeskrivning fyra processororienterade temagrupper: (i) Temagrupp Barn och unga, (ii) Temagrupp för Psykiatri, (iii) Temagrupp Rehabilitering och habilitering och (iv) Temagrupp Äldre. Varje temagrupp ska ta fram årliga handlingsplaner med delmål och aktiviteter utifrån prioriterade fokusområden. Handlingsplanerna är styrdokument för verksamheten.¹⁵⁸⁴

Enligt uppdragsbeskrivningen ska varje förankring av beslut eller ställningstagande formellt hanteras och genomföras av respektive huvudmans interna ordning. Eftersom samverkansarbetet sker mellan huvudmännens tjänstemän

1580 Regionens huvudmän är Sahlgrenska universitetssjukhuset, Sjukhusen i väster, Habilitering och Hälsa, Tandvård, Regionhälsan, VGPPV Närhälsan, VGPPV privata vårdcentraler/PrimÖR, Tjänsteperson Koncernkontoret. Kommunens huvudmän är Göteborgs stad (IFO, ÄVO/HoS, FSS, Grundskola), Kranskommunerna, GR kommunalförbundet. Se Uppdragsbeskrivning kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet rev. 2023-10-23 s. 6.

1581 Uppdragsbeskrivning kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet rev. 2023-10-23 s. 5. Det ska särskilt nämnas att uppdragsbeskrivningen också nämns som en del av samverkansavtalet vilket gör den till del av avtalsbaserade samverkansordningen mellan huvudmännen.

1582 Uppdragsbeskrivningen uppställer även ett antal uppdrag för LGS och dess ledamöter och omfattar att: (i) få mandat att representera, samarbeta, diskutera och efter förankring fatta beslut i strategiska frågor för samverkan, (ii) vara informationsbärare till och från LGS inom den organisation/verksamhet man representerar, (iii) förankra ställningstagande för formella beslut i den organisation/verksamhet man representerar, (iv) förberedelse av ärenden till politiska samrådets möten sker i samarbete mellan LGS, beredningsgruppen och politiska presidiet, (v) genom tjänsteskrivelser till berörda styrelser och nämnder bidra till att politiska inriktningsbeslut/rekommendationer får genomslagskraft, (vi) ta fram övergripande mål och prioriterade fokusområden, (vii) fastställa temagruppernas handlingsplaner, (viii) utse representanter från verksamheterna till temagrupper eller arbetsgrupper, (ix) hantera frågor som lyfts av temagrupper eller NOSAM, (x) hantera frågor från vårdsamverkan på länsgemensam nivå, (xi) rapportera via processledaren enligt fastställt årstakt, samt (xii) justera minnesanteckningar som publiceras på webben. Se Uppdragsbeskrivning kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet rev. 2023-10-23 s. 5.

1583 Uppdragsbeskrivning kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet rev. 2023-10-23 s. 6.

1584 Se vidare Handlingsplan 2023 Temagrupp Barn och unga, Handlingsplan 2023 Temagrupp Psykiatri, Handlingsplan 2023 Temagrupp Äldre, samt Handlingsplan 2023 Temagrupp Rehabilitering och habilitering.

så är även detta frågor som innefattar huvudmännens interna förvaltningsordningar.¹⁵⁸⁵ Även ansvaret att utvärdera effektmålen ligger inom huvudmännens interna ordningar.¹⁵⁸⁶ Uppföljning sker genom att dokumentation publiceras på vårdsamverkans webb samt i publicerade årsrapporter.¹⁵⁸⁷

Samverkan på lokalnivå sker genom närområdessamverkan (NOSAM).¹⁵⁸⁸ Uppdragsbeskrivningen ger ledamöterna i NOSAM ansvar för att ta fram en handlingsplan med fokus på identifierade närområdesfrågor, prioriterade fokusområden i samverkansplanen, samt temagruppernas handlingsplaner.¹⁵⁸⁹ Samverkansarbetet syftar till att skapa gemenskap och engagemang, men också tydliggöra ägarskap och ansvar för samverkan och omställning till nära vård. Därav är det viktigt att samtliga huvudmännens chefsnivåer är inblandade i samverkansbeslut m.m. på tjänstemannanivå. Frågor som inte går att lösa på NOSAM-nivå förs vidare till temagrupperna på delregional nivå genom kontakt med respektive processledare eller genom huvudmännens chefer. Temagruppernas processledare kan medverka i temaspécifika frågor på lokal nivå. Brukarmedverkan ska vara del av samtliga temagrupper.¹⁵⁹⁰ Varje förankring av beslut eller ställningstagande från temagrupperna ska formellt hanteras av respektive huvudmans interna ordningar.

Det lokala NOSAM-arbetet är individanpassat. Själva grundmodellen anpassas till de behov som finns lokalt i kommuner och stadsområde. Respektive huvudman utser representanter med mandat att samarbeta. Själva arbetet utförs inom ramen för uppdragsstyrda arbetsgrupper som bemannas av kompetenta

1585 Detta också är en bestämmelse som återfinns i samverkansavtalet och därmed del av den avtalsbaserade samverkansordningen.

1586 Inom ramen för ledamöternas ansvar och uppdrag ingår även att: (i) representera, samarbeta, diskutera och efter förankring fatta beslut i strategiska/operativa frågor, (ii) vara informationsbärare till och från temagruppen inom den organisation/verksamhet man representerar, (iii) förankra ställningstagande för formellt beslut i den organisation/verksamhet man representerar så att temagruppen kan enas om fortsatta gemensamma arbeten, (iv) årsrapportera till LGS enligt fastställt årshjul, samt (v) publicera handlingsplan och minnesanteckningar på webben. Se Uppdragsbeskrivning kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet rev. 2023-10-23 s. 7.

1587 Se Uppdragsbeskrivning kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet rev. 2023-10-23 s. 8.

1588 Enligt uppdragsbeskrivningen för närområdessamverkan (NOSAM) ska det lokala vård-samverkansarbetet präglas av dialog och samråd inom stadsområde/kranskommunerna i Göteborgsområdet. I NOSAM utses ledamöterna av respektive huvudmans organisation. Sahlgrenska universitetssjukhus utser kontaktpersoner för brukarmedverkan. Temagruppernas processledare kan också delta om det förekommer temaspécifika frågor.

1589 Ledamöterna i NOSAM ansvarar också för att: (i) hålla samman NOSAM arbetet övergripande på lokalstrategisk nivå, (ii) planera, leda och följa det lokala operativa arbetet, (iii) etablera och resurssätta lokala NOSAM, (iv) ansvara för att bära information till/från NOSAM samt förankra frågor inom den organisation/verksamhet man representerar, (v) omhänderta LGS beslut/ställningstagande som kräver förankring i alla linjer/partner, (vi) bevaka implementering av IT-system för samverkan, (vii) ansvara för att handlingsplan och minnesanteckningar kommuniceras vidare för publicering på webben Kommun och sjukvård – Samverkan i Göteborgsområdet, samt (viii) hantera processen för årsrapportering till LGS enligt fastställt årshjul. Se Uppdragsbeskrivning kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet rev. 2023-10-23 s. 9.

1590 Ordförandeposten roterar mellan ingående parter. Det gäller också att NOSAM:s kompetens ska finnas tillgänglig för lokala NOSAM för att ge stöd utifrån specifika behov; t ex. processledning, rådgivning, gemensamma möten. Se vidare Uppdragsbeskrivning kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet rev. 2023-10-23 s. 9.

huvudmannarepresentanter. I sammanhanget är det särskilt intressant att lyfta NOSAM:s fundamentala syfte att vara forum för dialog och samråd i samverkansarbetet. NOSAM har ett ansvar för att ta fram en egen handlingsplan som fokuserar på närområdessamverkan utifrån den antagna samverkansplanen. Ur ett nära vård-perspektiv kan man lyfta närsjukvårdsteamens betydelse som sjukhusvårdens förlängda arm när det gäller specialistvård i hemmet.¹⁵⁹¹

14.3.6.5 Hälso- och sjukvårdsavtalet – en rättslig ordning för regiongemensam samverkan och ansvarsfördelning på utförarnivå

Ett viktigt rättsligt underlag för utvecklingen av den regionala och kommunala samverkansordningen är hälso- och sjukvårdsavtalet. Härigenom skapas en avtalsbaserad samverkansordning, vilken utgår från huvudmannens rättsliga status och ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det utvecklas en rättslig ordning som länkar huvudmannens interna ordning till en extern ordning för samverkan med andra huvudmän i regionen. Inom ramen för Västra Götaland etablerar hälso- och sjukvårdsavtalet för Västra Götalandsregionen således ett rättsförhållande mellan regionens huvudmän. Avtalet lägger grunden för en avtalsbaserad samverkan som omsätter hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser till en rättsligt bindande samverkansordning och ansvarsfördelning mellan regionala och kommunala huvudmän för utförande av hälso- och sjukvård.

Innan hälso- och sjukvårdsavtalet formellt antas av huvudmännen sker både ett förhandlings- och beredningsarbete, vilket syftar till att nå konsensus mellan samverkansparternas företrädare. Företrädarna rekommenderar för sina respektive huvudmän att anta förslaget till avtal. Det formella beslutet tas, i enlighet med vad som ovan beskrivits, inom ramen för vardera huvudmans linjeorganisation. Beslut fattas av regionfullmäktige respektive kommunfullmäktige om att acceptera det framförhandlade avtalet och dess villkor. Avtalet är därefter rättsligt bindande.¹⁵⁹²

Hälso- och sjukvårdsavtalet genererar fyra avtalsbaserade underordningar för huvudmannens samverkansarbete. Dessa är: (i) reglering av roller och ansvar för samverkan mellan regionala och kommunala huvudmän, (ii) genomförande av avtalsvården i samverkan, (iii) gemensamma utvecklingsområden avseende avtalsvården, samt (iv) uppföljning och förnyelse av avtal.

14.3.6.5.1 Ordning för reglering av roller och ansvar för samverkan mellan regionala och kommunala huvudmän

En första underordning för huvudmannen utgår från lagstadgade ansvar för samverkan och fördelning av ansvar vid exempelvis rehabilitering, habilitering, tillgång till hjälpmedel m.m.¹⁵⁹³ Inom ramen för hälso- och sjukvårdsavtalet regleras även

¹⁵⁹¹ Se exempelvis mobila öppenvårdsteam vid Sahlgrenska universitetssjukhus, Östra sjukhuset. I övrigt vill vi belysa förekomsten av styr- och stöddokument som VVG tillhandahåller för delregional och lokal vårdssamverkan mellan regionala och kommunala huvudmän avseende nära vård i patienters hemmiljö m.m. Det avser områden som mobil närvård, palliativ vård i hemmet, samverkan vid in- och utskrivningar m.m., se vidare Vårdsamverkan i Västra Götalands webbsida, Basnivå i samverkan.

¹⁵⁹² 1.3 Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland.

¹⁵⁹³ Se exempelvis regionens och kommunens ansvar enligt 8 kap. 6 §, 12 kap. 1–3 §§ samt 14 kap. hälso- och sjukvårdslagen.

den kommunala huvudmannens hälso- och sjukvårdsansvar för patientgrupper som bor i särskilda boendeformer, bostäder med särskild service, tillståndspliktig boendeform m.m.¹⁵⁹⁴ Kommunala huvudmän ansvarar även för att erbjuda och utföra hemsjukvård i ordinärt boende.¹⁵⁹⁵ Det framgår genom avtalet att kommunala huvudmän har ett ansvar att instruera och skapa förutsättningar så att avtalskraven kan genomföras av arbetsutförare som sjuksköterskor, terapeuter och fysioterapeuter. Västra Götalandsregionen har i egenskap av regional huvudman på motsvarande vis ett ansvar för läkare och övrig medicinsk kompetens.

Avtalet har en viktig verkan för hälso- och sjukvårdens huvudmän eftersom det fastställer ett gemensamt ansvar och bestämmelser om regional samverkan. Fördelningen ska ske utifrån de krav som ställs på god och nära vård samt personcentrerade och patientsäkra arbetssätt. För att möjliggöra detta krävs att de regionala huvudmännen för hälso- och sjukvård tar ett gemensamt grepp genom samverkan. Inom ramen för det gemensamma ansvaret uppställer hälso- och sjukvårdsavtalet bestämmelser om att regionala huvudmän ansvarar för hälso- och sjukvård i form av öppenvård, slutenvård, akutvård samt planerad vård. De kommunala huvudmännen har i stället ansvaret för olika former av kommunal hemsjukvård som beskrivs i ovan stycke.

Andra i avtalet reglerade ansvar omfattar informationsöverföring vid vårdplanering, vilket även kan innefatta medinflytande från både patient och närstående avseende nödvändig information för medicinsk behandling m.m. Läkarmedverkan är också ett reglerat område där man genom underavtal fastställer formerna och avsätter resurser. Ansvaret för läkarens arbete ligger kvar hos den regionala huvudmannen. Även för områden som rehabilitering och habilitering har det utvecklats en ordning för ansvarsfördelning och samverkan. Här utgår man från nationella rutiner och regional vägledning. Det finns även överenskommelser som lägger grunden för huvudmännens ansvarsfördelning och samverkan avseende personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk.¹⁵⁹⁶ Andra för detta arbete intressanta samverkansordningar avser egenvårdsbeslut, läkemedelsbehandlingar, medicintekniska produkter, vårdhygien m.fl. I hälso- och sjukvårdsavtalet framgår även att huvudmännen får ingå lokala avtal om tjänsteköp så länge tjänsteavtalet uppfyller kraven i hälso- och sjukvårdsavtalet.

Genom hälso- och sjukvårdsavtalet tydliggörs således roller och ansvar mellan de regionala och kommunala huvudmännen. Avtalet vägleder de samverkande parterna om tillämplig lagstiftning eller andra styrande dokument man har att tillämpa.

1594 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen. Ansvar gäller även dagverksamhet enligt för den som vistas i dagverksamhet, 3 kap. 6 §.

1595 I övrigt finns ansvar kring att vid behov upprätta en samordnad individuell plan för de individer som är i behov av insatser både hälso- och sjukvård samt socialtjänst, se 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen respektive 2 kap. 7 § socialtjänstlagen.

1596 Överenskommelserna som reglerar ansvaret för hälso- och sjukvårdssamverkan mellan region och kommuner är s.k. underavtal till hälso- och sjukvårdsavtalet. Sådana underavtal kan omfatta överenskommelser om läkarmedverkan, samt samverkan och ansvarsfördelning gällande barns- och ungas hälsa, personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruksproblem, munhälsa m.m. Se vidare överenskommelser i vårdssamverkansstrukturer på Vårdsamverkan i Västra Götalands webbsida, Dokument.

14.3.6.5.2 Ordning för genomförande av avtalsvården i samverkan

En andra underordning avser att operationalisera de rättsliga krav som åligger de regionala och kommunala huvudmännen med anledning av hälso- och sjukvårdslagen. En central del för huvudmännen är att hantera de regionala och delregionala vårdssamverkansstrukturerna som finns inom regionen, se avsnitt nedan för regionala och delregionala vårdssamverkansområden i Västra Götalandsregionen. För huvudmännen föreligger också ett gemensamt förvaltningsansvar och krav på förbättringsarbete avseende systematiskt kvalitetsarbete genom samverkansstrukturen. Det innebär att huvudmännen i de delregionala vårdssamverkansområdena ansvarar för gemensamma rutiner gällande avvikelshantering. Rapportering för avvikelser sker sedan till den regionala vårdssamverkansstrukturen. Enligt avtalet ska huvudmännen också ställa krav på att varje vårdgivare som de ansvarar för ska ingå samverkansstrukturen. Det innebär att varje huvudman behöver säkerställa att deras vårdgivare har rutiner för att hantera negativa vårdhändelser med utgångspunkt i ovan nämnda rutiner.

Denna avtalsbaserade ordning illustrerar kraven på huvudmännen att ingå och delta i regionala vårdssamverkansstrukturer, vilket också omfattar förbättringsarbetet som innefattar systematiskt kvalitetsarbete för god och nära vård samt personcentrering och patientsäkerhet m.m.

14.3.6.5.3 Ordning för gemensamma utvecklingsområden avseende avtalsvården

En tredje underordning avser en kontinuerlig utveckling av hälso- och sjukvården. Inom ramen för avtalet har man fastställt ett antal utvecklingsområden. Den utveckling man avser att följa bygger på medicinsk och teknisk utveckling som skapar nya möjligheter inom hälso- och sjukvården. Vidare tittar man även på den demografiska utvecklingen och de utmaningar detta medför. I avtalet lyfte man särskilt behov av hemsjukvård och att skapa nya ändamålsenliga gemensamma vårdformer. Därav har man i del 5 av hälso- och sjukvårdsavtalet fastställt utvecklingsåtaganden för huvudmännen genom:

- ”Gemensamma mobila vårdformer.
- Förebyggande insatser för riskgrupper.
- Förändrad vårdlogik – från reaktivt till proaktivt arbete.
- Utvecklingsarbete kring de mest sjuka äldre.
- Samverkan kring patienter med specialiserad och avancerad vård i hemmet.
- Utarbeta ny överenskommelse utifrån kommande lagförslag avseende *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*
- Gemensamma strategiska beslut om e-hälsa, IT-stöd och informationsförsörjning.”

Som en del av avtalet har huvudmännen också fastställt gemensamma utmaningar att:

- ”Utarbeta gemensam strategi för kompetensförsörjning och kompetensutveckling för Västra Götaland. Säkra kompetens till områden med stora avstånd till tätorter.
- Anordna gemensamma utbildningar och kurser inom områden som avtalet reglerar.
- Ta fram länsgemensamma riktlinjer utifrån nationella riktlinjer och vårdprogram för de gemensamma patientgrupperna.

- Resurser
 - Utforma ersättningsmodeller och patientavgifter så att intentionerna i avtalet stöds.
 - Skapa mervärde för patienter genom att använda de gemensamma resurserna effektivt.”

Som vi kommer att märka i de följande avsnitten fångas detta upp i arbetet som huvudmännen gör i de regionala och delregionala vårdssamverkansstrukturerna i Västra Götalandsregionen.

14.3.6.5.4 Ordning för uppföljning och förnyelse av avtal

En fjärde underordning innefattar uppföljning av huvudmännens avtalsbaserade samverkansarbete. Uppföljning sker årligen genom att de delregionala grupperna, där huvudmännen är representerade, rapporterar till den regionala vårdssamverkansstrukturen. Enligt avtalet bör rapporterna innehålla:

”(i) följsamhet till avtalet – fokus på uppföljningsområden enligt anvisningar (ii) uppföljning av ramavtal om läkarmedverkan (iii) uppföljning av länsöverenskommelse personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk (iv) uppföljning av rutinen för samordnad vård- och omsorgsplanering, SVPL (v) övriga gemensamma rutiner enligt anvisning”, se 4.5 hälso- och sjukvårdsavtalet.

Det kan också nämnas att det pågår ett revideringsarbete av hälso- och sjukvårdsavtalet. Den kommunala huvudmannen Göteborgs Stad har för tillfället beslutat att inte ingå det reviderade hälso- och sjukvårdsavtalet, utan i stället är bundet till tidigare ingånget avtal.¹⁵⁹⁷ Detta trots att Göteborgsregionens förbundsstyrelse tillstyrker att medlemskommunerna ska anta avtalet.¹⁵⁹⁸ Även Västra Götalandsregionen har i egenskap av regional huvudman ställt sig bakom det reviderade avtalet.¹⁵⁹⁹

14.3.6.6 Den länsgemensamma strategin för god och nära vård – ett regiongemensamt reformarbete för god och nära vård

En för detta arbete viktig samverkan är den avseende den gemensamma strategin för god och nära vård. Det handlar här om att utveckla en ordning för att styra samverkansarbetet enligt gemensamt beslutade ramar, se Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård för ökad länsamverkan inom hälso- och sjukvård.¹⁶⁰⁰ Till skillnad från hälso- och sjukvårdsavtalet innefattar färdplanen i högre grad övergripande mål och förändrade arbetssätt för hur samverkansarbetet ska bedrivas ur ett mer visionärt och långsiktigt perspektiv. Syftet med färdplanen är att omsätta den regionala omställningsstrategin genom att konkretisera långsiktiga mål för samverkan och nära vård i regional och kommunal hälso- och sjukvårdssamverkan.¹⁶⁰¹ Aktörer som antagit och är bundna till färdplanen är

¹⁵⁹⁷ Kommunfullmäktigebeslut § 19 protokoll daterat 2022-10-27 Dnr 0448/22.

¹⁵⁹⁸ Se vidare handlingar 2022 nr 178 Göteborgs Stad i ärenden Dnr 0448/22 Förslag till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.

¹⁵⁹⁹ Protokoll från regionfullmäktige den 2022-06-13 § 137 Hälso- och sjukvårdsavtal – samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland Dnr RS 2022-00967. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2022-04-08 för mer information.

¹⁶⁰⁰ Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård, giltighetstid 2023–2030.

¹⁶⁰¹ Det innefattar bl.a. arbete för personer som behöver insatser och samordningar från kommun och region oavsett ålder, funktionsnedsättning m.m.

Västra Götalandsregionen och vissa av länets kommuner.¹⁶⁰² Bundenheten grundar sig på beslut i fullmäktige hos respektive part. Färdplanens mål och inriktning är således ett gemensamt åtagande mellan region och regionens kommuner för hälso- och sjukvårdssamverkan.¹⁶⁰³

I sammanhanget ska nämnas att Göteborgs Stad genom kommunfullmäktigebeslut inte godkänt strategin med hänvisning till bl.a. behovet av ett hälso- och sjukvårdsavtal som mer precist reglerar vårdnivåer och huvudmannens ansvarsåtaganden.¹⁶⁰⁴

14.3.6.6.1 Färdplanens syfte och yttre ramar

Syftet med färdplanen är att:

”stödja omställningen till en god och nära vård, att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.”¹⁶⁰⁵

Själva samverkansarbetets yttre ramar vilar på färdplanens politiska prioriteringar som att: (i) sätta brukarens/patientens bästa i centrum, (ii) säkerställa effektiv användning av skattemedel och (iii) möta behovet av överenskommelser och avtal för att stödja åtgärderna.¹⁶⁰⁶

En viktig omständighet som färdplanen lyfter fram är att nära vård har sin utgångspunkt i primärvården där patient och närstående är medskapare av hälso- och sjukvård. Detta ställer även samverkanskrav på andra hälso- och sjukvårdsstrukturer såsom huvudmän för specialiserad öppenvård, kommunala huvudmännen, civilsamhällets aktörer m.fl. I färdplanen framgår också ett behov av strukturerad samverkan mellan patienter och de huvudmän som ansvarar för hälso- och sjukvårdsåtgärder.

¹⁶⁰² Protokoll från regionfullmäktige den 2022-06-13 § 138 Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård Dnr RS 2022–00968. Se även koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2022-04-08 för mer information. Strategin har antagits genom ställningstagande i VVG med ev. remissyttranden från SRO, och sedan antas strategin för kommuner genom beslut i kommunalförbund, kommuner och Västkom respektive beslut i VGR i behörig hälso- och sjukvårdsstyrelse, regionstyrelse och regionfullmäktige. I sammanhanget ska nämnas att Göteborgs Stad genom kommunfullmäktigebeslut inte godkänt färdplanen med hänvisning till bl.a. behovet av ett mer precist hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar vårdnivåer och huvudmannens ansvarsåtaganden. Se vidare kommunfullmäktigebeslut § 19 protokoll med sammanträdesdatum: 2022-10-27. Det ska noteras att förbundsstyrelsen för Göteborgsregionen tillstyrker sina medlemskommuner att godkänna strategin samt att två av Stadens socialnämnder tillstyrkt förslaget till färdplan. Å andra sidan har Äldre samt vård och omsorgsnämnden och kommunstyrelsen rekommenderat beslutet att avstyrka godkännande av färdplanen. Se vidare handlingar 2022 nr 179 Göteborgs Stad i ärenden Dnr 0447/22 Förslag till Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård.

¹⁶⁰³ Huvudmännen har ett gemensamt ansvar för att ledning och styrning av alla vårdenheter sker på ett sömlöst sätt för den enskilde i samverkansarbetet. Se Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård s. 14.

¹⁶⁰⁴ Kommunfullmäktigebeslut § 19 protokoll med sammanträdesdatum 2022-10-27. Det ska noteras att förbundsstyrelsen för Göteborgsregionen tillstyrker sina medlemskommuner att godkänna strategin samt att två av Stadens socialnämnder tillstyrkt förslaget till färdplan. Å andra sidan har Äldre samt vård och omsorgsnämnden och kommunstyrelsen rekommenderat beslutet att avstyrka godkännande av färdplanen. Se vidare handlingar 2022 nr 179 Göteborgs Stad i ärenden Dnr 0447/22 Förslag till Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård.

¹⁶⁰⁵ Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård s. 5.

¹⁶⁰⁶ Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård s. 6.

En annan viktig del av färdplanen är behovet av förändrade arbetssätt i vårdssamverkan för nå färdplanens målbild avseende god och nära vård.¹⁶⁰⁷

Ett av de förändrade arbetssätten färdplanen tar upp avser att öka hälsofrämjande och förebyggande insatser. Syftet är att tidigare insatser inom området bidrar till bättre hälsa och framtida försörjning. I denna del lyfter man fram stödet för individers egenvård och stöd till anhöriga. Här tar man även upp den digitala utvecklingen och de möjligheter som skapas med digitala lösningar för egenmonitorering och information om individers hälsa m.m.

Ett andra förändrat arbetssätt innefattar att utveckla personcentrerade arbetssätt där patienten utifrån sina behov, resurser m.m. medverkar i sin vård. Det nämnda skapar förutsättningar för en nära vård. Ett konkret verktyg i personcentrerad vårdssamverkan är den samordnade individuella planen där man konkretiserar förväntansbilder kring vård och vem som utför vilken vård. Ett tredje förändrat arbetssätt avser att stärka samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen genom en förtroendebaserad organisationskultur avseende huvudmännen. Här handlar det om att fokusera på att kommunicera gemensamma attitydförändringar, prioritera gemensamma personcentrerade förhållningssätt i patientmöten m.m.

Ett fjärde arbetssätt innebär att stärka kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen genom fast vård- och läkarkontakt. Den fasta läkarkontakten är avgörande för att samordna patientens vård mellan olika vårdenheter. Även här lyfts vikten av SIP som ett verktyg för regional och kommunal vårdssamverkan. För regionintern samverkan har den dokumenterade överenskommelsen motsvarande funktion. Ett femte arbetssätt avser att utveckla arbetssätt med stöd av digitalisering och teknisk utveckling. Ett sista förändrat arbetssätt gäller att utveckla mobila team som stöd för vård i hemmet för patienter som har komplexa vårdbehov i hemmiljö. Här ligger särskilda förväntningar på att regionala och kommunala huvudmän inom primärvården utvecklar nya arbetssätt som skapar trygghet och kontinuitet för patienter, hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Det är framför allt i denna sista del som digitala lösningar, egenmonitorering, egenvård, digitala vårdmöten m.m. framträder som centrala arbetssätt för att nå god och nära vård.¹⁶⁰⁸

I färdplanen framgår att det inte räcker med att förändra arbetssätt för att utveckla en god och nära vård i samverkan. Det krävs även förstärkning av grundläggande förutsättningar för att kunna genomföra nämnda förändringar. Färdplanen tar upp vikten av att säkerställa kunskap och tillgång till digitala hjälpmedel och välfärdsteknik för samtliga intressenter i vårdkedjan. Andra grundläggande förutsättningar avser tillgång till gemensam vårdinformation för vårdkedjans intressenter genom gemensamma informationsplattformar, tillgång till och spridning av kunskap och kompetens avseende vårdförlopp och vårdåtgärder samt kompetensförsörjning. Ytterligare grundläggande förutsättningar innefattar

1607 Färdplan – läns-gemensam strategi för god och nära vård s. 7.

1608 Färdplanen beskriver också att nämnda omställning innebär förflyttningar i både förhållnings- och arbetssätt hos de som arbetar i hälso- och sjukvården. Förflyttningarna gäller från slutet av vård till öppen vård, till mer hälsofrämjande och förebyggande insatser, till ökad kontinuitet och samordning, till ökad tillit och stark samverkan, till mer personcentrerad vård och omsorg, till mer tillgänglig vård, t.ex. genom digitalisering. Se vidare Färdplan – läns-gemensam strategi för god och nära vård s. 7.

verksamhetsutveckling och implementering som baseras på akademisk forskning och utveckling tillsammans med patienter för att komma fram till nya innovativa lösningar för både god och nära vård. En av de mer centrala förutsättningarna avser hur huvudmännen kan erbjuda en sömlös samverkan där patienter upplever stöd i enlighet med god vård. Utmaningen är att nämnda samverkan sker mellan olika huvudmän på olika nivåer där det också finns krav från patienter att kunna påverka och vara delaktig i sin vårdssituation.

Ur vårt perspektiv är detta ett viktigt arbete för att möjliggöra personcentrad vård och även för att implementera centrala delar av patientlagen. Frågan är givetvis i vilken utsträckning strategin kan omsättas i praktik.

14.3.6.6.2 Genomförandet av den länsgemensamma strategin

Själva genomförandet av strategin innefattar ett antal processer som rör både samverkansgruppen och dess intressenter. Det handlar om att operationalisera den länsgemensamma strategin genom handlingsplaner, aktiviteter, mål och indikatorer. Detta förutsätter också att beslut fattas inom ramen för intressenternas verksamhet. Enligt färdplanen innefattar samverkansuppdraget att stödja implementering och uppföljning av arbetet, samt upprätta samverkansstrukturer mellan regionala och kommunala huvudmän på delregional och lokal nivå.¹⁶⁰⁹

Den mer operationella styrningen utgår från den länsgemensamma utvecklingsplanen.¹⁶¹⁰ Det är i sammanhanget en handlingsplan med syfte att tydliggöra ansvar, struktur samt berednings- och beslutsprocesser för utvecklingsarbetet i färdplanen.¹⁶¹¹ Det praktiska arbetet utgår från ett personcentrerat förhållningsätt med fokus på en god vård som i samverkan ges nära patienter.¹⁶¹² Utvecklingsplanen sätter en struktur för det länsgemensamma utvecklingsarbetet som innefattar tre övergripande perspektiv med prioriterade områden:

- i. gemensamt ansvar för ledning och styrning med prioriterade områden som
 - a. holistiska perspektiv avseende ledning och styrning
 - b. länsgemensam uppföljning och analys
 - c. länsgemensamt utvecklingsarbete
- ii. förändra och utveckla arbetssätt i samverkan genom att
 - a. öka hälsofrämjande och förebyggande insatser
 - b. utveckla personcentrerad vård
 - c. stärka samverkanskulturer för att öka tillit mellan huvudmännen
 - d. utveckling av arbetssätt med stöd av digitaliseringen

¹⁶⁰⁹ Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård s. 15.

¹⁶¹⁰ Länsgemensam utvecklingsplan nära vård från Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård till genomförande.

¹⁶¹¹ Utvecklingsplanen har tagits fram av Vårdsamverkan i Västra Götalandsregion (VVG) där även Västra Götalandsregionen, Västkom samt kommunalförbunden i regionen bidragit i beredningsarbetet. VVG ansvarar för förvaltning av utvecklingsplanen samt för att prioritera bland utvecklingsbehoven. Sedan ansvarar de delregionala vårdsamverkansgrupperingarna för implementering och uppföljning av utvecklingsarbetet samt att möjliggöra omvandling till en god och nära vård på lokal nivå.

¹⁶¹² Länsgemensam utvecklingsplan nära vård från Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård till genomförande s. 3.

- e. utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet
- iii. stärka grundläggande förutsättningar i samverkan genom att
 - a. stärka förutsättningar för digitala hjälpmedel/välfärdsteknik
 - b. stärka förutsättningar för gemensam vårdinformation
 - c. stärka kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan
 - d. stärka kompetensförsörjning
 - e. stärka förutsättningarna för verksamhetsutveckling

Sammantaget är utvecklingsplanen ett instrument för genomförande av den utveckling som färdplanen utmålar för region och regionens kommuner.

14.3.6.6.3 Uppföljning av den länsgemensamma strategin

Uppföljning och granskning av färdplanen och dess arbete sker genom läns-gemensam uppföljning av god och nära vård.¹⁶¹³ Uppföljningsarbetet är indikatorbaserat och bygger på indikatorer som utvärderingsgruppen valt ut. I uppföljningsrapporten hänvisar man till uppföljningsarbete och arbete med att ta fram utvärderingsindikatorer för god och nära vård på nationell nivå, såsom det arbete som görs av Socialstyrelsen, Vårdanalys och IVO. I rapporten nämner man även utvärderingsarbete som gjorts inom ramen för primärvårdens prestationer i regionerna Stockholm och Jönköping.

De uppföljningsindikatorer som valts ut av utvärderingsgruppen avser grundläggande faktorer, vilka delas in ytterligare i områdena ”förflyttning mot en god och nära vård” respektive ”följsamhet till hälso- och sjukvårdsavtal och lagreglerade överenskommelser”.¹⁶¹⁴ Av indikatorerna följer att personcentrerad vård utgör en grundbult för god och nära vård på lokal och regional nivå. Inom ramen för uppföljningen utvärderas bl.a. utvecklingen från en sjukhuscentrerad reaktiv vård till proaktiv primärvård nära individen.¹⁶¹⁵ Ett annat område som granskas är efterlevande av styrande dokument för SIP, läkemedel, medicintekniska produkter, ramavtal, läkarmedverkan, överenskommelser m.m.¹⁶¹⁶

14.3.6.7 Kvalitetsstyrning av delregional hälso- och sjukvårdssamverkan

Inom ramen för vårdssamverkansarbetet har den gemensamma ledningen beslutat om styrande dokument för en kvalitativ hälso- och sjukvård i samverkan. Dokumenten fokuserar på ansvarsfördelning när det gäller hanterandet av de kvalitetskrav som uppställs i patientlagen, hälso- och sjukvårdslagen m.m., se Riktlinje Gemensamma styrdokument som upprättas mellan kommunerna i

¹⁶¹³ Se vidare Läns-gemensam uppföljning av god och nära vård Slutrapport, Kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2023-03-20 s. 21.

¹⁶¹⁴ Läns-gemensam uppföljning av god och nära vård Slutrapport, Kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2023-03-20 s. 16.

¹⁶¹⁵ Läns-gemensam uppföljning av god och nära vård Slutrapport, Kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2023-03-20, s 21.

¹⁶¹⁶ I årsredovisningen så följer man även upp progressionen kring de förändrade arbetssätten avseende till mer hälsofrämjande och förebyggande insatser, till ökad kontinuitet och samordning, ökad tillit och stark samverkan, mer personcentrerad vård och omsorg, mer tillgänglig vård (ex. digitalisering). Se även Vårdssamverkan Västra Götaland, Årsredovisning 2023 s. 7–10.

Västra Götaland och Västra Götalandsregionen inom hälsa, vård och omsorg.¹⁶¹⁷
Vi kan här urskilja tre kategorier av dokument.

Lagreglerande dokument

Avtalet om fördelning av ansvar och samverkan innefattar hälso- och sjukvårdsavtalet och utgår från hälso- och sjukvårdsrättsliga lagkrav på regiongemensam hälso- och sjukvårdssamverkan.¹⁶¹⁸ Nämnade avtal etablerar, ur vårt perspektiv, en grundläggande ordning för ansvarsfördelning när det gäller implementering av patientlagens regler genom regiongemensam hälso- och sjukvårdssamverkan. Andra dokument som fördelar ansvar mellan nämnda huvudmän benämns som överenskommelser, exempelvis överenskommelse om barn och ungas hälsa, överenskommelse om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård m.fl.

Samverkansbaserade dokument

Vidare ingår man avtal som reglerar samverkan inom ett område mellan region och kommun. Till skillnad från ovan avtal och överenskommelser fokuserar inte dessa avtal på lagstadgade krav, utan i stället på huvudmännens samverkansbehov och hanteringsordningarna för samverkan. Exempel på områden som är föremål för samverkansavtal är digitala hjälpmedel, försörjning av personliga hjälpmedel och läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård.

Målriktade dokument

Inom ramen för vårdssamverkan upprättas även måldokument och utvecklingsstrategier. Dessa innehåller långsiktiga kvalitativa mål och prioriterade samverkansområden mellan huvudmännen i länet. För att uppfylla mål och strategier upprättas kvalitetsorienterade handlingsplaner. En handlingsplan kan innehålla instruktioner för hur målen om kvalitet ska uppnås, vem som är ansvarig och hur uppföljning ska göras m.m. Områden för vilka det upprättats handlingsplaner är nära vård, psykisk hälsa och suicidprevention.

Instruerande dokument

Det finns även länsgemensamma medicinska riktlinjer som avser att sätta en kvalitetsdriven standard på hälso- och sjukvårdsverksamheten vad gäller länets vård och omsorg. Riktlinjerna avser att sprida en evidensbaserad samt kunskapsbaserad och högkvalitativ vård och omsorg till länets invånare. I sammanhanget kan riktlinjerna innefatta tillämpning av lagregler, bindande föreskrifter, avtal eller överenskommelser m.m. Exempel på områden som innefattar nämnda ordningar är arbetet kring öppenvårdsprocessen, den samordnade individuella planen,

¹⁶¹⁷ Riktlinje Gemensamma styrdokument som upprättas mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen inom hälsa, vård och omsorg. 2021-09-02.

¹⁶¹⁸ Se avsnitt 14.3.6.

egenvård, vid oro för väntat barn m.m.¹⁶¹⁹ Här krävs det att huvudmännens interna förvaltningsordningar deltar i beslutsfattandet om det faller inom ramen för förvaltningens kompetens att besluta om medicinska riktlinjer.

Det finns också länsgemensamma riktlinjer. De avser huvudmännens samverkan och hur ansvar ska fördelas på verksamhetsnivå. Nämnade riktlinjer bygger på tillämpliga lagar, föreskrifter, avtal och överenskommelser. Riktlinjerna innefattar bestämmelser om öppenvårdsprocessen, in- och utskrivningar från slutet hälso- och sjukvård, arbetet med SIP m.m. Därtill finns de länsgemensamma rutinerna som å andra sidan fokuserar på hur arbetsuppgifterna ska utföras på verksamhetsnivå. Det gäller hur huvudmännen ska utföra arbetsuppgifter, exempelvis samordning av insatser, rehabilitering och habilitering, samverkan för egenvård, avvikelshantering i samverkan, in- och utskrivningar från slutet hälso- och sjukvård, öppenvårdsprocessen m.m. Även i denna del krävs att huvudmännens interna förvaltningsordningar är en del i beslutsfattandet för att riktlinjerna ska vara rättsligt bindande.

Sammantaget har vårdssamverkansstrukturen lagt grunden till en modell för kvalitetsstyrning av kunskap. Det blir i detta sammanhang också tydligt hur viktigt kvalitetsstyrning och kvalitetsledning är för hälso- och sjukvårdsreform och för att implementera centrala lagar som patientlagen. Modellen syftar till att styrning ska ske på flera nivåer avseende kvalitetsstyrning hälso- och sjukvården, se exempelvis hur överenskommelser, riktlinjer och rutiner för in- och utskrivningar från slutet hälso- och sjukvård riktar sig mot olika avnämare i det regiongemensamma kvalitetsarbetet.

14.3.7 Ordning för huvudmannens samverkan med enskilda eller fåtal huvudmän

En ytterligare delordning avser den där huvudmannen samverkar med någon eller några huvudmän för mer specifika syften. Det kan vara frågan om samverkan mellan närbelägna regioner, stora regioner, en specifik kommunal huvudman o.s.v. Rättsligt sett ligger det närmast till hands att ingå särskild avtalsbaserad samverkan. Det är i sig fullt möjligt att det kan aktualiseras med samverkan genom en specifik association eller nämnd. Vi kommer att titta närmare på denna typ samverkansinitiativ genom att illustrera med några exempel i Västra Götaland.¹⁶²⁰

¹⁶¹⁹ Se exempelvis Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2020–2023, 2020-11-03, Länsgemensam riktlinje för egenvård – Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, 2024-07-01, samt Länsgemensam riktlinje vid oro för väntat barn – Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, 2020-02-15.

¹⁶²⁰ En intressant organisering av hälso- och sjukvård innefattar nationell samverkan mellan de regioner som har universitetssjukhus genom kommunalförbund. Samverkan genomförs genom det gemensamma Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling. Annan nationell avtalsbaserad samverkan kan innefatta samverkansavtal för upplåtelse av huvudmännens resurser, se exempelvis Avtal om sjukvård för år 2024–2026 mellan Norra sjukvårdsregionsförbundet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

14.3.7.1 Kommunalförbund som samverkansform för kommunal hälso- och sjukvård

Detta är en ordning där ett fåtal huvudmän bildar ett kommunalförbund för att gemensamt hantera hälso- och sjukvårdsfrågor inom sitt upptagningsområde. Inom ramen för Göteborgsregionen i Västra Götaland har sådant initiativ tagits genom Göteborgsregionens kommunalförbund (GR).

Kommunalförbunden bildas av förbundsmedlemmarna genom fullmäktigebeslut där de gemensamt antar riktade styrande dokument i form av förbundsordning.¹⁶²¹ Inom ramen för kommunalförbunden ska det finnas en beslutande församling som förbundsfullmäktige.¹⁶²² Kommunalförbunden är rättsliga organ och självständiga myndigheter som kan ingå avtal, överenskommelser m.m. med andra juridiska personer. Därmed har kommunalförbunden genom sin rättsliga status att hantera relevanta handlingssystem för bedrivande av verksamheten. Kommunalförbunden kan som nämnts tidigare anses vara en politisk samverkansarena för dess medlemmar.

14.3.7.1.1 Göteborgsregionens kommunalförbunds rättsliga grund

Som utgångspunkt vilar kommunalförbundets konstruktion på kommunernas (och därmed Göteborgs Stads) rätt att överlåta skötseln för kommunala angelägenheterna till ett förbund enligt 3 kap. 8 § kommunallagen. I och med att GR har associationsformen kommunalförbund så bildades förbundet i samband med huvudmännens (medlemskommunernas) antagande av den konstituerande förbundsordningen i respektive fullmäktige, i enligt med 9 kap. 1 § kommunallagen.¹⁶²³ Kommunalförbundet är ett rättssubjekt som kan ingå avtal, överenskommelser m.m. med andra juridiska personer samt ha ett självständigt ansvar att hantera sin verksamhet.

Inom ramen för den beslutade förbundsordningen har Göteborgs Stad beslutat att tillsammans med andra kommuner i upptagningsområdet låta GR vara en samverkansstruktur för samarbete över kommungränserna som bl.a. syftar till att verka för goda levnadsvillkor. Detta innebär mer konkret att man genom förbundet skapar strukturer för att stötta kommunerna i frågor som exempelvis dialoger kring forskning och kunskapsutveckling, att driva nätverk för erfarenhetsutbyte, att initiera och driva gemensamma utvecklingsprojekt m.m. Detta ligger också i linje med huvudmännens beslut att låta GR ha funktionen samverkansorgan för hälso- och sjukvård på delregional nivå. Detta skapar en särskild dynamik avseende Göteborgs Stads arbete i den interna ordningen med ärendehantering och beslutsprocesser för implementering av patientlagen, personcentrerade arbetssätt m.m. En konsekvens är att kommunen för egen sak i sitt vidare arbete behöver förhålla sig till vad som utgör viktiga frågor att hantera i relation till kommunalförbundet.

¹⁶²¹ Se vidare 9 kap. 1 § kommunallagen.

¹⁶²² Se vidare 9 kap. 3 § kommunallagen.

¹⁶²³ Förbundsordningen för Göteborgsregionens kommunalförbund. Förbundsmedlemmar är Kommunerna Ale, Alingsås, Göteborg, Härryda, Kungsbacka, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Mölndal, Partille, Stenungssund, Tjörn och Öckerö.

14.3.7.1.2 Genomförande av Göteborgsregionens kommunalförbunds arbete

Som nämnts ovan är GR ett samverkansorgan för social välfärd och hälso- och sjukvård på delregional nivå.¹⁶²⁴ Den beslutade budgeten och verksamhetsplanen ger verksamheten dess övergripande inriktning, vilka inkluderar ett antal fokusområden som vidare kopplar an till specifika hälso- och sjukvårdsutmaningar inom upptagningsområdet. I detta sammanhang är utmaningar avseende social sammanhållning och trygghet särskilt intressanta. Utmaningarna innefattar uppgifter för att understödja medlemskommunernas omställning till god och nära vård.¹⁶²⁵ Detta innebär exempelvis att förbundet inom sin uppgift har beslutat om att bedriva projektarbete med syfte att stötta sina medlemskommuner i omställningen till god och nära vård.¹⁶²⁶ GR arbetar konkret med att utföra studier som rör nära vård ur ett kommunalt perspektiv genom FoU i Väst. Vidare leder man ett nätverk för forskare från andra FoU-enheter och akademi i Västsverige med fokus på den kommunala nära vården. Andra exempel på aktiviteter är kompetensutveckling av legitimerad personal m.m. Nämda projektarbete kopplar an till de statliga stimulansmedlen för omställning till god och nära vård, som följer av överenskommelsen mellan stat och SKR.

Göteborgsregionens kommunalförbund driver och beslutar i ärenden som ligger inom förbundsordningen. Beslutande församling är förbundsfullmäktige enligt 9 kap. 3 § kommunallagen. I förbundsordningen framgår att varje medlemskommun (huvudman) utser en ledamot och ersättare med rätt att rösta för sin kommun. Beslut avseende ärenden följer kommunalrättsliga bestämmelser om beslutsföret och andra krav på rättsliga fullmäktigebeslut, se även Arbetsordning för förbundsfullmäktige.¹⁶²⁷ För Göteborgs Stad, och andra kommunala huvudmän, är det viktigt att förstå hur man påverkar hälso- och sjukvårdsfrågor kring omställning till god och nära vård genom att medverka och besluta i externa strukturer såsom GR.

¹⁶²⁴ Ett annat intressant kommunalförbund där Göteborgs Stad är medlem är Finsam Göteborg som arbetar med samordning kring kommuninvånarnas rehabiliteringsbehov med mera. Kommunalförbundet är inrättat med stöd av lag, se lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Se även Förbundsordning för Samordningsförbundet Göteborg. Kommunalförbundets medlemmar är Göteborgs Stad, VGR, Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen vilka gemensamt antagit gällande förbundsordningen. Samordningsarbetet utgår från de gemensamma gränssnitt som finns mellan medlemmarnas verksamhetsområden.

¹⁶²⁵ Andra utmaningar och uppgifter gäller att motverka kompetensförsörjningsbristen inom välfärdsområdet, se exempelvis äldreomsorgen.

¹⁶²⁶ Se projekt om Nära vård tillsammans med medlemskommunerna samt VGR – primärvården. Göteborgsregionens kommunalförbund arbetar också med projekt för att sprida kunskapsbaserade arbetssätt kring hälso- och sjukvårdsarbetet. Exempel på kunskapsunderlag är publiceringar inom Nära vård för vuxna personer med LSS-insatser i Göteborgsregionen, Nära vård för barn och unga i Göteborgsregionen – en förstudie, Nyckeltal på god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen, Personcentrering i kommunal hälso- och sjukvård och FoU i Västs rapporter och pågående studier om nära vård. Se exempelvis Strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027 och Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030. Kommunalförbundet är även tydlig med att verksamheten verkar för efterlevnad av beslutade regionala strategier för regional utveckling, god och nära vård m.m.

¹⁶²⁷ Göteborgsregionens kommunalförbund, Arbetsordning för förbundsfullmäktige, beslutad 2023-06-13 Dnr FS2023-00131.

Vidare framgår av förbundsordningen att fullmäktige utser ledamöter i förbundsstyrelsen där vardera medlemskommunen i någon omfattning ska vara representerade, se även 9 kap. 5 § kommunallagen. Förbundsstyrelsens uppdrag och beslutskompetens styrs av reglemente som fullmäktige beslutat.¹⁶²⁸ Kortfattat och något förenklat kan man likna uppgiften med den som en regionstyrelse har gentemot regionfullmäktige. Med det sagt har förbundsstyrelsen en strategiskt viktig uppgift avseende beredning och övrig hantering av hälso- och sjukvårdsfrågor inom upptagningsområdet. Om det är nödvändigt kan styrelsen även utse politiska beredningsgrupper i särskilda frågor. Nämnade beredningsgrupper ska följa förbundsstyrelsens uppdrag, se Instruktion för förbundsstyrelsens politiska beredningsgrupper.¹⁶²⁹ Förbundsstyrelsen för GR har också som sin uppgift att besluta inom ramen för den egna organisationen, samt att rekommendera sina medlemskommuner att inom sina organisationer besluta om ärenden. Förbundsstyrelsen ska även besluta om en förbundsdirektör samt organisering och ledning av förvaltningen under styrelsen, se vidare Instruktion för förbundsdirektören.¹⁶³⁰

Självfallet är det en viktig fråga för Göteborgs Stad i vilken omfattning man representerar den egna kommunen, dess mål och syften i samverkansarbetets olika genomförandedelar. I vissa fall kan det vara så att samverkansarbetet behöver synkas med det pågående interna arbetet avseende god och nära vård.

14.3.7.1.3 Uppföljning av Göteborgsregionens kommunalförbunds arbete

Enligt förbundsordningen ska förbundet löpande under verksamhetsåret rapportera till medlemskommunerna. I övrigt sker uppföljning enligt en revisionsordning där revisorer granskar förbundets verksamhet och slutligen avger sin berättelse om granskning. Revisorernas granskningsberättelse ligger till grund för eventuell ansvarsfrihet.

14.3.7.2 Gemensamma nämnder som samverkansform för regional hälso- och sjukvård

Det bedrivs även regional samverkan avseende hälso- och sjukvård genom gemensamma nämnder. I Västra Götalandsregionen finns sådan samverkan med Region Halland i form av Samverkansnämnden för Västra sjukvårdsregionen. Västra Götalandsregionen ansvarar för nämndsamordningsfunktionen.

14.3.7.2.1 Samverkansnämnden för Västra sjukvårdsregionens rättsliga grund

I enlighet med kommunallagen kan regioner besluta att en nämnd ska vara gemensam, 3 kap. 9 §. Själva inrättandet av gemensam nämnd följer sedan av beslut inom ramen för den politiska organisationen hos vardera regionen, samt vilken

¹⁶²⁸ I sammanhanget kan nämnas att förbundsstyrelsebeslut kan delegeras till enskild ledamot eller tjänsteman genom beslutad delegationsordning.

¹⁶²⁹ Göteborgsregionens kommunalförbund, Instruktion för förbundsstyrelsens politiska beredningsgrupper, beslutad 2022-03-18 Dnr 2022-00059.

¹⁶³⁰ Göteborgsregionens kommunalförbund, Instruktion för förbundsstyrelsen, beslutad 2022-06-14 Dnr 2022-00073. Förbundsstyrelsen har det yttersta ansvaret för den verksamhet som kommunalförbunden bedriver. Det innefattar exempelvis krav på att verksamheten ska bedrivas enligt stadgar och andra bindande beslut och därmed se till att verksamheten bedrivs enligt de mål och syften som därigenom framhålls.

region som har samordningsfunktion, 9 kap. 19–20 §§. Samverkansnämnden för Västra sjukvårdsregionen grundar sig i att de regionala rättssubjekten Västra Götalandsregionen och Region Halland beslutat om en gemensam nämnd för att fullgöra uppgifter avseende hälso- och sjukvårdsangelägenheter enligt 9 kap. 21 § kommunallagen. Det framgår även att det handlar om angelägenheter inom ramen för regionernas ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen, 1–2 §§ lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.¹⁶³¹

Samverkansnämndens uppgifter preciseras genom en överenskommelse mellan huvudmännen i enlighet med 9 kap. 22 § kommunallagen. De formella besluten för att anta överenskommelsen sker i ett antal steg. Först rekommenderar samverkansnämnden att vardera huvudman genom beslut antar samverkansavtalet, se Samverkansavtal Västra sjukvårdsregionen 2023–2026.¹⁶³² Genom att ledamöterna i hälso- och sjukvårdsstyrelserna röstar och antar avtalet genom nämndbeslut binds regionerna till överenskommelsen.¹⁶³³ Det kan också nämnas att beslutsunderlaget framtagits av en tjänstemannagruppering med representation från respektive huvudman.¹⁶³⁴ Överenskommelsen har i och med beslutsprocessen en viss konstituerande verkan eftersom den med bindande verkan för huvudmännen uppställer nämndens syfte, funktion, arbetssätt m.m.

I samverkansavtalet framgår att regionerna gemensamt har bestämt att överenskommelsens verkan är att vara en grund för styrning och reglering på en övergripande nivå avseende de frågor som omfattas av samverkan. Det gäller i hög grad att samverkansarbetet ska syfta till ”jämlik och god vård med hög kvalitet och tillgänglighet”. Andra samverkansområden rör högspecialiserad vård, länssjukvård samt möjlighet till öppenvård inom området, samverkan för klinisk forskning, utveckling, organisation för kunskapsstyrning m.m.¹⁶³⁵ Genom samverkansavtalet finns således en rättsligt bindande grund för Västra Götalandsregionen att efterfölja överenskommelsens samverkansområden. Detta ska också förstås utifrån andra åtaganden regionen gör i förhållande till extern samverkan med andra regionala och regiongemensamma åtaganden. En verksamhet som särskilt kan nämnas är Västra sjukvårdsregionens arbete med kunskapsorganisationen Regionalt cancercentrum väst (RCC Väst) för utveckling av cancervården.¹⁶³⁶

¹⁶³¹ Lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

¹⁶³² Sammanträdesprotokoll från samverkansnämnden § 12 Samverkansavtal för västra sjukvårdsregionen daterat 2022-10-05 Dnr HS 2020-00182.

¹⁶³³ För Västra Götalandsregionen se (gamla) Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträdesprotokoll § 306 Samverkansavtal för västra sjukvårdsregionen daterat 2022-11-09 Dnr 2020-00182.

¹⁶³⁴ Tjänsteutlåtande Koncernkontoret Västra Götalandsregionen daterat 2022-10-19 Dnr 2020-00182.

¹⁶³⁵ Se exempelvis arbetsordning för Samverkansnämnden i Västra sjukvårdsregionen daterad 2022-10-05 Dnr HS 2020-00182.

¹⁶³⁶ RCC Väst är ett av sex regionala cancercentrum i Sverige och har uppdraget av Socialdepartementet, Västra Götalandsregionen och Region Halland att tillsammans med andra aktörer verka för att skapa en mer patientfokuserad, jämlik och effektiv cancervård. Detta är ett arbete som genomförs via tio uppdrag inom ramen för den nationella cancerstrategin.

14.3.7.2.2 Genomförande av den gemensamma nämndens arbete

I avtalet framgår att arbetsformen för samverkan är ett partnerskap. Det innebär att man gemensamt driver och ansvarar för arbetet inom samverkansområdena, samt i övrigt agerar på ett ändamålsenligt sätt. Det innefattar att man arbetar för att komplettera varandras verksamheter. Regionerna har därför genom samverkansavtalet beslutat att cheferna ska samverka för att utbyta erfarenhet och bidra med lärande mellan regionerna. Andra grundläggande principer för samverkan innefattar arbete med distansoberoende processer och arbetssätt för patientens bästa, att utveckla hur man använder digitala hjälpmedel för vårdkontakt, att gemensamt driva vårdutvecklingsfrågor m.m.

Utifrån samverkansavtalet framgår att regionerna kommit överens om att det övergripande samverkansansvaret är delegerat till Västra samverkansnämnden och regleras i en separat arbetsordning, vilken är beslutad i samverkansnämnden.¹⁶³⁷ Där framgår att samverkansnämnden är ett politiskt samverkansorgan som har en rådgivande och rekommenderande funktion i samverkansarbetet. Dock har samverkansnämnden enligt arbetsordningen beslutskompetens i ärenden för den sjukvårdsregionala samverkan som sker inom ramen för samverkansavtalet. Det gör att huvudmännens egna nämnder därmed kan anses ha en motsvarande begränsning i beslutskompetens. Beträffande övriga frågor kan samverkansnämnden endast besluta om rekommendationer, vilka följaktligen respektive huvudman har att besluta om inom ramen för den egna interna ordningen.

Eftersom samverkansnämnden har en viss beslutskompetens, vilken påverkar huvudmännens förmåga att ta egna nämndbeslut avseende hälso- och sjukvårdsfrågor som omfattas av samverkansområdena, är således frågan om representation i samverkansnämnden viktig. I arbetsordningen framgår i vilken omfattning huvudmännen är representerade genom ledamöter. Både Västra Götalandsregionen och Region Halland företräds genom ledamöter som fattar beslut i samverkansnämndens ärenden. Enligt arbetsordningen gäller kommunallagen i tillämpliga delar för samverkansnämndens beslut.¹⁶³⁸

Västra Götalandsregionen behöver i enlighet med nämnda lagbestämmelser se till att det beslutsfattande som sker i den interna ordningen också är i enlighet med de beslut som fattas inom ramen för samverkansnämndens arbete.

14.3.7.2.3 Uppföljning av den gemensamma nämndens arbete

Enligt arbetsordningen ska utsedda tjänstepersoner utvärdera och säkerställa att samverkansnämndens uppdrag utförs på ett korrekt sätt, samt återrapportera arbetet till huvudmännens linjeorganisationer. En stor del av uppföljningsarbetet består i att följa upp fördelning av kostnader m.m. mellan regionerna avseende den verksamhet som bedrivs.

¹⁶³⁷ Arbetsordning för Samverkansnämnden i Västra sjukvårdsregionen daterad 2022-10-05 Dnr HS 2020-00182.

¹⁶³⁸ Det innebär att nämnden är beslutsför när minst hälften av ledamöterna är närvarande, att varje ledamot har likvärdiga röster samt att ärenden avgörs genom enkel majoritet, se 6 kap. 27 § och 33 § samt 5 kap. 53–56 §§ kommunallagen.

14.3.7.3 Gemensamma nämnder som samverkansform för regional och kommunal huvudman avseende arkivering

Det finns också gemensamma nämnder mellan enskilda regionala och kommunala huvudmän. Ett exempel är Arkivnämnden där Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad i egenskap av huvudmän tillsammans ansvarar för arkivering av verksamheternas handlingar enligt arkivlagens (1990:782) regler. Eftersom nämnden i sig inte är en central del av samverkansarbetet för implementeringen av patientlagen m.m. så gör vi endast en kortfattad beskrivning av verksamheten.

Arkivnämnden är ett rättsligt organ och en myndighet som agerar inom ramen för värdkommunens huvudmannaskap.¹⁶³⁹ Göteborgs Stad är huvudman för Arkivnämnden där Göteborgs Stad tillsammans med Västra Götalandsregionen innehar uppgiften att hantera verksamheternas allmänna handlingar och arkiv.¹⁶⁴⁰ Nämnden är politiskt tillsatt med politiker från både VGR och Göteborgs Stad. Kommunfullmäktige har genom reglemente beslutat om nämndens uppgifter, verksamhet m.m. Uppdraget omfattar exempelvis att huvudmännen följer de krav som uppställs i arkiv- och offentlighetslagstiftning, utövar tillsyn för myndigheternas arkivvård, förvarar och vårdar arkiv m.m. Det innefattar också att utveckla arkiv- och informationshanteringen hos sina huvudmän – exempelvis hantering av olika typer av hälso- och sjukvårdens dokument.¹⁶⁴¹

I samverkansavtalet för gemensam arkivnämnd för Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad preciseras nämndens uppgifter, antal ledamöter, fördelning av resurser och kostnader m.m. Där framgår även att arkivverksamheten ska bedrivas under nämnden genom förvaltningen Regionarkivet som i sin tur leds av en förvaltningschef. Genom avtalet överenskommer Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad ett solidariskt ansvar gentemot tredje man avseende nämndens verksamhet. Enligt avtalet föreligger uppföljningsansvar gentemot både region- och kommunfullmäktige. Revision utförs av både Västra Götalandsregionens och Göteborgs Stads revisorer. I övrigt ska uppföljnings- och granskningsarbetet följa kraven i lag och annan författning

14.4 Huvudmannens ordning för samverkan med civilsamhället

I detta avsnitt kommer vi att utvärdera vad som utgör den regionala huvudmannens rättsliga ordning för samverkan med civilsamhället. Här fokuserar vi på den för huvudmannen i huvudsak externa samverkansordningen. Vi menar att denna ordning, precis som ordningen för samverkan med andra huvudmän, är en viktig del av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården. Det har redan framgått att det sker samverkan mellan hälso- och sjukvården och civilsamhället på flera olika nivåer och i enlighet med olika institutionella lösningar. Särskilt intressant är den samverkan som sker med patient- och brukarorganisationer.

¹⁶³⁹ Se rättslig konstruktion gemensamma nämnder i Prop. 1996/97:105 Kommunal samverkan s. 129.

¹⁶⁴⁰ Protokoll från regionfullmäktige § 188 daterat 2017-11-21 Dnr RS-2017-01759.

¹⁶⁴¹ Se vidare Reglemente för arkivnämnden för Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad.

För att få en mer utförlig bild av hur huvudmannen kan utveckla en extern samverkansordning kommer vi att utvärdera hur Västra Götalandsregionen bedriver samverkan med civilsamhället.

14.4.1 Samverkan med patient- och brukarorganisationer – en folkrörelsebaserad samverkansarena för hälso- och sjukvård

Redan på den statliga nivån konstaterade vi att ett stärkande av patientens ställning i hälso- och sjukvården åtminstone i vissa avseenden är relaterad till hur utvecklad samverkan är med patientorganisationer och patientföreträdare. Detta blir tydligare ju närmare man kommer själva vårdens utförande. Det är i sig inte självklart att betrakta samverkan i detta avseende som en egen rättslig ordning. Vi har redan konstaterat att samverkan kan ske genom att inkludera patientföreträdare i de interna beslutsprocesserna, bl.a. genom patientnämndernas arbete.¹⁶⁴² Dessutom är det fullt möjligt att se samverkan med civilsamhället som en integrerad del i den samverkan som sker mellan huvudmän.¹⁶⁴³ I enlighet med vad vi beskrev på den statliga nivån är det dock viktigt att se samverkan med patient- och brukarorganisationer som en del av de stora folkrörelserna och det demokratiska inflytandeansvar som utvecklats inom ramen för den svenska välfärdsmodellen.¹⁶⁴⁴

14.4.1.1 Civilsamhället som samverkansaktör i förhållande till huvudmannen

En första fråga att ställa sig är vad som utgör civilsamhället. Regeringen definierar att "...civila samhället används i betydelsen av en arena, skild från staten, marknaden och det enskilda hushållet, där människor, grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen."¹⁶⁴⁵ Det innebär alltså att civilsamhällesaktören är en ordnad organiseringsstruktur som varken utgör statlig, regional eller kommunal verksamhet. Civilsamhällesaktören utgör inte heller näringslivsverksamhet eller en familjeorganiserad sfär runt patienten. Enligt regeringens proposition bygger verksamheterna på ideella syften. Man delar heller inte ut vinster till sina ägare, medlemmar m.m. Vinsten återinvesteras i stället i verksamheten med syfte att skapa allmännytta (eller medlemsnytta). Vi kommer även att beröra rättsfiguren idéburen organisation som samverkansaktör i avsnitt 14.4.4.¹⁶⁴⁶

I den praktiska samverkan är det av avgörande betydelse för huvudmannen vilken typ av rättssubjekt som civilsamhällesaktören utgör. Som vi kommer att se nedan kan civilsamhällesaktören utgöra rättssubjekt i form av en association. Det är utifrån ett rättsligt perspektiv viktigt att veta i vilken utsträckning den samverkansordning som ska utvecklas avser stiftelser, ideella föreningar eller bolag.¹⁶⁴⁷ Utmärkande för civilsamhällets organisationer är engagemanget i

¹⁶⁴² Se ovan i avsnitt 14.2.

¹⁶⁴³ Se ovan i avsnitt 14.3.

¹⁶⁴⁴ Även om det finns stora skillnader finns det tydliga paralleller med fackföreningar, hyresgästföreningar o.s.v.

¹⁶⁴⁵ Prop. 2009/10:55 En politik för det civila samhället s. 28. Värt notera är att det civila samhället ersätter den tidigare benämningen folkrörelsepolitiken.

¹⁶⁴⁶ I propositionen diskuterar man även definitioner som ideell sektor, social ekonomi, kooperativ, NGO:s samt sociala företag och sociala rörelser. Vi kommer inte avhandla detta vidare.

¹⁶⁴⁷ a.a. s. 9–16.

samhällsdebatten och ambitionen att driva frågor utifrån ideella syften och frivilligt arbete. När det gäller patientorganisationer är det kanske särskilt utmärkande att man verkar som folkrörelse för specifika patientgrupper och deras intresse av att kunna påverka hur hälso- och sjukvården verkar i förhållande till de utmaningar dessa patienter och deras närstående har att hantera.¹⁶⁴⁸ Genom folkrörelser etablerades de första handikappföreningarna avseende funktionsnedsättning. Under 1800-talets senare hälft bildades bl.a Döfstumföreningen i Stockholm som senare följdes av De Blindas Förening i Stockholm.¹⁶⁴⁹ Det är följaktligen inte självklart för civilsamhällets aktörer att organisera sig i aktiebolag, då dessa som utgångspunkt ska verka för ägarnas vinst. Det finns numera aktiebolag med vinstutdelningsbegränsning som kan aktualiseras som samverkanspart.¹⁶⁵⁰

14.4.1.2 Hälso- och sjukvårdens gränssnitt för samverkan med civilsamhället

Mycket talar för att huvudmannen bör utveckla en överbyggnad för hur den specifika regionen och kommunen ska samverka med alla etablerade patientorganisationer. Som vi diskuterat i kapitel 13 har regeringen utvecklat en överbyggnad för samverkan med civilsamhället i allmänhet, där Funktionsrätt Sverige ingår, och mer specifikt med patient- och brukarorganisationerna genom Patientrådet. Motsvarande överbyggnad kan behövas på huvudmannanivå. Detta kan ur vårt perspektiv ses som ett viktigt led i att stärka patienternas ställning och även möjliggöra en mer personcentrerad vård. Utifrån en rapport som Vårdanalys framställt framgår att patientmedverkan bidrar med perspektiv som annars inte kanske lyfts av huvudmannen. Det framgår även att patienterfarenheten är en viktig faktor för att kunna utveckla en kvalitativ vård med hjälp av kunskapsstöd för vårdgivare m.m.¹⁶⁵¹

Alla huvudmän bedriver samverkan med patient- och brukarorganisationer. Frågan är i vilken utsträckning denna behöver tydliggöras och struktureras. I Västra Götalandsregionen har huvudmannen åtminstone lagt grunden för en mer utvecklad samverkansordning avseende civilsamhällets aktörer; en ordning som också sträcker sig in i hälso- och sjukvården. I sammanhanget kan man också reflektera över hur en dylik ordning kan stärka patientnämndernas interna arbete och även hur det kan underlätta att patientorganisationer inkluderas i det samverkansarbete som bedrivs mellan huvudmännen. Det föreligger i lag krav på att huvudmannen möjliggör patientmedverkan i sitt samverkansarbete med andra hälso- och sjukvårdsaktörer avseende planeringen och utförandet av

¹⁶⁴⁸ Jämför med det engelska ordet empowerment och hur det används i definieringen av god och nära vård.

¹⁶⁴⁹ Folkrörelsen som har rötter i 1800-talets med nykterhets- och frikyrkorörelsen bidrog till att folkrörelsefenomenet utvecklades. Se vidare Persson Bergvall och Sjöberg, Åratal – ur handikapphistorien.

¹⁶⁵⁰ Ett aktiebolag med vinstutdelningsbegränsning är en särskilt slags aktiebolag som regleras i 32 kap. aktiebolagslagen. Reglerna syftar i huvudsak till att företagets vinster stannar i bolaget. I bolagsordningen ska det framgå om det är ett aktiebolag med särskild vinstutdelningsbegränsning. Det ska också framgå av företagsnamnet som ska följas av beteckningen ”svb”. Företagsformen kan med fördel användas när offentliga aktörer ska bedriva verksamhet i privat regi.

¹⁶⁵¹ Vårdanalys, PM 2024:1 En för alla – Erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården s. 7.

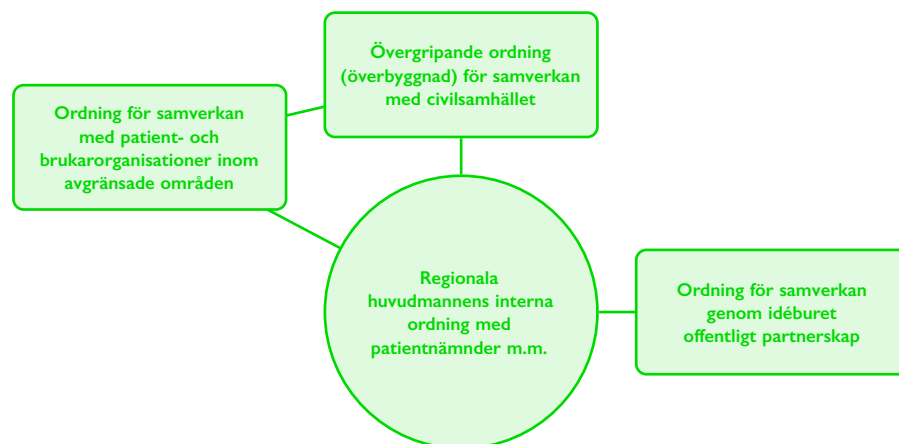
vård, se 7 kap. 8 § hälso- och sjukvårdslagen.¹⁶⁵² Det finns även mer specifika lagkrav på att regionala och kommunala huvudmän ska, om det är möjligt, inhämta synpunkter från patientorganisationer. Detta gäller avseende det avtal huvudmännen har ingå om samarbete om vård och omsorg för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det finns tydliga krav för kommunala huvudmän som vårdar patienter med funktionsnedsättning på att man ska samverka med patientorganisationer, se 15 § p. 7 lagen om stöd och service till funktionshindrade.

En strukturerad samverkansordning på huvudmannanivå kan möjligen också underlätta för den samverkan som ska ske på vårdgivarnivå. Enligt patientsäkerhetslagens 3 kap. 4 § har vårdgivaren skyldighet att ge patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Regionen behöver rimligen, i dynamiken mellan beställare och utförare, utveckla en strukturerad ordning för hur detta ska genomföras i den interna hälso- och sjukvården. Dessutom är det rimligt att huvudmannen tar ett särskilt ansvar för att säkerställa att de externa vårdgivarna hanterar sitt patientsäkerhetsarbete i enlighet med de krav som föreligger.

14.4.1.3 Huvudmannens externa ordning för samverkan

Utifrån vår sociolegala analys av hälso- och sjukvården konstaterar vi att samverkan med patientorganisationer och det övriga civilsamhället i huvudsak sker i enlighet med två rättsliga lösningar.

FIGUR 36.
Huvudmannens samverkan
med civilsamhället.



Vår analys har som framgått avgränsats till situationen i Västra Götaland. Det förefaller som den mer dialogbaserade samverkan med patient- och brukarorganisationer primärt sker genom relativt icke-förpliktigande avtalsöverenskommelser. När det gäller mer specifika samverkanslösningar kan dessa utvecklas som s.k. idéburna offentliga partnerskap, se vidare 14.4.4.

¹⁶⁵² Detta gäller sådan regional och kommunal hälso- och sjukvårdssamverkan som avses i avsnitt 14.3.

14.4.2 Övergripande ordning (överbyggnad) för samverkan med civilsamhället

Inom Västra Götalandsregionen har man på liknande sätt som regeringen utvecklat något av en överbyggnad för samverkan med civilsamhället. Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen beslutade år 2014 om att godkänna en överenskommelse om att samverka med den sociala ekonomin (idag det civila samhället). Syftet var att skapa förutsättningar för en jämbördig dialog med civilsamhällets företrädare och gemensamt utveckla den regionala välfärden.¹⁶⁵³ Ett ytterligare syfte var att finna nya samverkanssätt kring gemensamma samhällsutmaningar.¹⁶⁵⁴ Samverkan centrerades kring en styrgrupp (RÖS-gruppen).¹⁶⁵⁵ Styrgruppen består av representanter från dels beredningen för mänskliga rättigheter, dels från organisationer som undertecknat överenskommelsen. Respektive representant ansvarar för att återrapportera till sin huvudman.

Implementeringen av överenskommelsen har resulterat i att VGR utvecklat den interna ordningen. Regionstyrelsen har, genom beredningen för mänskliga rättigheter, uppdraget att hantera överenskommelsen å regionens vägnar under mandatperioden 2024–2026.¹⁶⁵⁶ Beredningen har också ansvar för att stödja Regionstyrelsen vad gäller arbetet med mänskliga rättigheter. Det föreligger ett särskilt uppdrag i relation till Samråd funktionshinder.¹⁶⁵⁷ Överenskommelsen relaterar vidare till hur de delregionala nämnderna bedriver dialog med civilsamhällets organisationer som en del av det politiska uppdraget.

Regionstyrelsen har fattat beslut om en strategisk samverkansplan i vilken man preciserar en inriktning på samverkansarbetet med civilsamhället.¹⁶⁵⁸ I planen förklaras att samverkans inriktning är:

”(i) att tillsammans arbeta fram en hållbar utveckling genom sociala, ekonomiska och ekologiska lösningar (ii) att tillvarata invånarnas engagemang och delaktighet utifrån individ- och organisationsperspektiv (iii) att arbeta för mångfald i entreprenörskap (iv) att skapa strukturer för samverkan utifrån ömsesidighet och respekt (v) att inspirera till samverkan (vi) att regionen har ett enhetligt förhållningssätt gentemot det civila samhället.”

¹⁶⁵³ Sammanträdesprotokoll från regionfullmäktige den 2014-11-25 19 § 174 Överenskommelse mellan Västra Götalandsregionen och den sociala ekonomin Dnr RS 767–2011.

¹⁶⁵⁴ Se vidare Slutrapport Överenskommelsen mellan Västra Götalandsregionen och det civila samhället mandatperioden 2019–2022 Dnr RS 2019–01844 s. 7.

¹⁶⁵⁵ Styrgruppens arbete ska följa principer om: (i) självständighet och oberoende, (ii) dialog, (iii) kvalitet, (iv) långsiktighet, (v) öppenhet och insyn, samt (vi) mångfald. RÖS-gruppen har ett ansvar att interagera med politiska organ inom regionen för att se till att samverkansplanerna kan omsättas till praktik. Inom uppdraget ligger även att bevaka utvecklingen av civilsamhällespolitik och sprida information om sådan utveckling samt att anordna kunskapshöjande aktiviteter för individer som arbetar inom ramen för offentliga och civilsamhällesaktörer.

¹⁶⁵⁶ Det är också utifrån nämnda beredning som Västra Götalandsregionen tillsätter politiska ledamöter till styrgruppen för den regionala överenskommelsen (RÖS). I RÖS ingår även representanter från de organisationer som signerat överenskommelsen.

¹⁶⁵⁷ Andra områden är Samråd Barnrätt, Samråd hbtqi, Samråd mänskliga rättigheter samt Samråd nationella minoriteter. Se vidare VGR – Arbetsformer för beredningen för mänskliga rättigheters samråd 2023–2026 Dnr RS 2024–00458 s. 2.

¹⁶⁵⁸ Sammanträdesprotokoll från regionstyrelsen daterat 2024-03-05 § 55 Plan för samverkan mellan Västra Götalandsregionen och det civila samhällets organisationer i Västra Götaland 2024–2026 Dnr RS 2023–02211.

Nämnda målsättningar utgår från de principer som lyfts i regeringens proposition som nämns ovan.¹⁶⁵⁹

Regionstyrelsens samverkansplan innefattar, på motsvarande sätt som på regeringsnivå, ett åtagande om att tillämpa Europeisk kod för idéburna organisationers medverkan i beslutsprocessen.¹⁶⁶⁰ Där framställs fyra nivåer av dialog och delaktighet för att nå parternas gemensamma mål.¹⁶⁶¹ Sammantaget är den av Regionstyrelsen beslutade planen ett fundament för Västra Götalandsregionens organisering av samverkan med civilsamhällets aktörer.

14.4.3 Ordning för samverkan med patient- och brukarorganisationer inom avgränsade områden

Västra Götalandsregionen har som framgått också utvecklat mer avgränsade handlingssystem för samverkan inom särskilda områden. Ett exempel är den samverkan som sker med patientföreträdare och brukarorganisationer inom ramen för initiativet Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg (NSPHiG).¹⁶⁶² Samverkan har formaliserats som en ideell förening. Medlemmar är föreningar som arbetar med frågor avseende psykisk hälsa.¹⁶⁶³ Verksamheten styrs genom föreningsstadgarna, vilka antagits av medlemmarna vid föreningsstämman. I stadgarna framgår att föreningens syfte är ”att organisera samverkan mellan patient-, brukar-, och anhörigorganisationen och de aktörer, lokalt, regionalt och nationellt som föreningen finner lämpligt”. Verksamheten ska enligt stadgarna bedrivas i enlighet med den fastställda verksamhetsplanen. I verksamhetsplanen för 2023 framgår att föreningen genom medel från regionen och VästKom utfört arbete avseende brukarinflytande i Västra Götaland. Arbetet innefattar bl.a. att stärka brukarföreningar och andra verksamheter i regionen genom att systematiskt utveckla brukarinflytande på individ-, verksamhets- och systemnivå.¹⁶⁶⁴

¹⁶⁵⁹ Prop. 2009/10:55 En politik för det civila samhället.

¹⁶⁶⁰ Council of Europe, Europeisk kod för idéburna organisationers medverkan i beslutsprocessen. Antagen av INGO-konferensen vid mötet den 30 oktober 2019 2.

¹⁶⁶¹ En första nivå omfattar enkelriktad information från myndigheter så att civilsamhället kan delta i politiska beslutsprocesser. En andra nivå är samråd mellan myndigheter och civilsamhällets aktörer för utväxling av synpunkter, kommentarer m.m. Den tredje nivån bygger samverkande kontinuerliga dialoger för att lösa parternas gemensamma problembilder. Den fjärde nivån innefattar partnerskap med ett delat ansvar mellan myndigheter och civilsamhällets aktörer där man formar den politiska agendan samt beslutar och verkställer politiska beslut. Se vidare Europeisk kod för idéburna organisationers medverkan i beslutsprocessen.

¹⁶⁶² Initiativet har ett koordinatorsuppdrag avseende uppgiften att brukarföreträdare ska vara delaktiga i (hälso- och sjukvårdens) utvecklingsarbete. Detta ingår i det uppdrag som initiativet har från VästKom och Västra Götalandsregionen att stärka systematisk brukarsamverkan regionalt, digitalt samt lokalt.

¹⁶⁶³ Se exempelvis Anhörig Göteborg, Attention Göteborg, IBIS, IFS Göteborg, ÅSS Göteborg m.fl.

¹⁶⁶⁴ Ett illustrerande exempel är den förklaring som ger begreppet brukarmedverkan – det handlar om sammanhang där individer ges inflytande och delaktighet i sina egna insatser samt att hälso- och sjukvårdsverksamheter kan utvecklas och förbättras utifrån brukares kunskaper och erfarenheter. Se Gagnér Jenneteg, Svensson och Wahlstedt, Handbok i brukarinflytande, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg (NSPHiG) s. 10.

NSPHiG har publicerat en handbok om brukarinflytande och brukarråd för dialog och verksamhetsutveckling.¹⁶⁶⁵ Handboken presenterar ett strukturerat och systematiskt förfarande, vilket innefattar inventering, uppföljning och utvärdering av verksamhetens brukardialog, s.k. brukarstyrd brukarrevision.¹⁶⁶⁶ Själva utfallet av arbetet är en rapport som presenteras till huvudmannen med förslag till verksamhetsändringar.¹⁶⁶⁷

14.4.4 Ordning för samverkan genom idéburet offentligt partnerskap

En särskild rättslig ordning för samverkan är den där huvudmannen ingår avtal om partnerskap avseende vårdangelägenheter med idéburna organisationer, s.k. idéburna offentliga partnerskap (IOP). Det är i praktiken ett partnerskap mellan offentliga och idéburna aktörer. Den idéburna aktören är i detta avseende en idéburen organisation enligt lagen (2022:900) om registrering av idéburna organisationer. Det är en juridisk person med uteslutande allmännyttigt syfte som är angivet i stadgar, bolagsordning, urkund eller motsvarande konstituerande handling, se 2 §.¹⁶⁶⁸ Enligt överenskommelsen som regeringen genom Kulturdepartementet ingick 2018 med organisationer för civilsamhället på nationell nivå har man definierat de idéburna organisationernas unika roll.¹⁶⁶⁹ Där framgår att verksamheterna ska vara självständiga med egna värdegrunder och uppdrag. Verksamheterna kan utgöra medel för folkrörelser, röstbärare, opinionsbildare m.m. för driva samhällsviktiga frågor. Andra alternativ kan vara att ikläda sig rollen som utförare av sociala tjänster med eget arbete och egen personal. Ett för detta arbete intressant område är när idéburna organisationer medverkar till att utföra huvudmannens hälso- och sjukvårdsangelägenheter inom särskilda områden.¹⁶⁷⁰

1665 Gagnér Jenneteg, Svensson och Wählstedt, Handbok i brukarinflytande, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg (NSPHiG).

1666 Förklaring följer av handbokens ordlista, se ”Brukarrevision en metod att samla in och presentera kunskap och erfarenheter från patienter och brukare, för att ta reda på vad de tycker om den verksamhet eller insats som de nyttjar. Brukarstyrd brukarrevision är en brukarrevision som leds och samordnas av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, som representanter för brukarrörelsen.” Arbetet genomförs genom enkäter eller intervjuer där särskilda brukarevisorer möter intervjuobjektet.

1667 Gagnér Jenneteg, Svensson och Wählstedt, Handbok i brukarinflytande, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg (NSPHiG) s. 76–77.

1668 En organisation kan ansöka om registrering som idéburen organisation, se 3 § lagen om registrering av idéburna organisationer. Jämfört med definitionen av civilsamhällets organisationer ovan har idéburna organisationer en något bredare innebörd. Enligt Prop. 2009/10:55 En politik för det civila samhället avses med idéburna organisationer verksamheter med oegennyttiga uppdrag som inte är statliga eller kommunala, men som kan vara vinstdrivande om vinsten inte är det enda eller det dominerande syftet.

1669 Protokoll regeringssammanträde 2018-02-01 Ku2018/00152/D. Se bilaga 1 ”Överenskommelsen har tagits fram i dialog mellan representanter för Regeringskansliet och de organisationer som omfattas av Överenskommelsen på det sociala området. Överenskommelsen träffas mellan regeringen och följande organisationer som samlar riksorganisationer inom det civila samhället: Civos – Civilsamhällets organisationer i samverkan, Famna – Riksorganisationen för idéburen vård och social omsorg, Forum – Idéburna organisationer med social inriktning och LSU – Sveriges ungdomsorganisationer. Ytterligare organisationer som samlar riksorganisationer inom det civila samhället inbjuds att ansluta sig till överenskommelsen”.

1670 Principerna om självständighet och oberoende, dialog, kvalitet, långsiktighet, öppenhet och insyn och mångfald.

14.4.4.1 Partnerskap med idéburna aktörer

Som rättslig figur är det idéburna partnerskapet att beteckna som en avtalsbaserad ordning. Enligt förarbeten är det utmärkande för IOP att:

”(i) partnerskapet är ett samarbete mellan en eller flera offentliga aktörer och eller flera idéburna aktörer i välfärden (ii) (partnerskapet) syftar till att uppnå ett gemensamt allmännyttigt ändamål (iii) (där) såväl den offentliga som den idéburna aktören bidrar med resurser”.¹⁶⁷¹

Ett grundläggande krav är således att partnerskapet bygger på ett gemensamt samverkansbehov som inte går att lösa på annat sätt. Det föreligger även ett gemensamt ansvar och engagemang för att nå de gemensamt formulerade (allmännyttiga) målen. En intressant aspekt är möjligheten att bygga upp samverkansstrukturer för att hantera komplexa hälso- och sjukvårdsutmaningar inom särskilda områden. Ett annat grundläggande krav avser att partnerskapet följer gällande lagstiftning. En viktig utgångspunkt är att partnerskapet är en samverkansform och således inte utgör formen av ett kommersiellt avtal för vårdutförande.¹⁶⁷²

Västra Götalandsregionen har uppmärksammat vikten av att hantera utmaningarna med att tilldela medel till en extern aktör för att utföra något som ligger inom ramen för huvudmannens hälso- och sjukvårdsangelägenheter. Därför har man beslutat om styrande dokument för att möjliggöra samverkan med civilsamhällets aktörer och idéburna organisationer.¹⁶⁷³ I Västra Götalandsregionen har man beslutat om att ingå ett antal idéburna offentliga partnerskap. För att kunna göra ändamålsenliga rättsliga bedömningar avseende IOP har regionen genom regionstyrelsen tagit fram en riktlinje.¹⁶⁷⁴ Riktlinjen ställer krav på att samverkan uppfyller ett antal kriterier:

”(i) IOPt är förenligt med kommunallagen, och syftar till ett gemensamt mål som svarar mot prioriterade politiska mål och/eller bidrar till att förverkliga regionala styrdokument (ii) IOPt utgör ett komplement till det offentliga utbudet/uppdraget (iii) IOPt är förenligt med EUs statsstödsregler (iv) IOPt uppfyller inte kriterierna för ett offentligt kontrakt (v) IOPt tydliggörs i skrift som en samfinansierad samverkansrelation. Parternas respektive bidrag till samverkan ska framgå av den skriftliga överenskommelsen (vi) IOPt erhåller inte annat långsiktigt eller kortsiktigt ekonomiskt stöd från VGR till det civila samhället”.

Exempelvis har den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i VGR ingått ett partnerskap med Ågrenska kompetenscenter för sällsynta hälsotillstånd och

¹⁶⁷¹ SOU 2019:56 Idéburen välfärd s. 288.

¹⁶⁷² Partnerskapet behöver följa kommunallagens och upphandlingslagens regler samt EU:s statsstödsregler.

¹⁶⁷³ Västra Götalandsregionens regionfullmäktige har beslutat policy för ekonomiskt stöd till det civila samhället 2022–2027. Policyn uppställer ett antal organiserande ordningar för hur regionen kan ge ekonomiskt stöd för nämnda avsedda ändamål. Stödberättigade mottagare kan vara aktörer som diskuteras ovan och har sin grund i samhällets individer som organiserar sig utifrån gemensamma intressen. Enligt policyn ska det ekonomiska stödet bidra till att uppfyllande av regionens vision och uppdrag. Det krävs även att stödmottagarnas verksamhet följer demokratiska principer enligt lag och erkända konventioner, verkar för lika rättigheter mellan människor, driver relevanta frågor för regionen och civilsamhället m.m. Se sammanträdesprotokoll regionfullmäktige daterat 2022-06-13 § 141 Dnr RS-2021-02780.

¹⁶⁷⁴ Riktlinje idéburet offentligt partnerskap (IOP) Dnr RS 2020-01170.

diagnoser och andra funktionsnedsättningar.¹⁶⁷⁵ De ingångna partnerskapen innefattar vuxen- och familjevistelser för personer med sällsynta hälsotillstånd eller syndrom.¹⁶⁷⁶ Genom partnerskapet erbjuder Ågrenska en lösning för Västra Götalandsregionen att uppfylla regionens förpliktelser vad gäller en särskilt speciell angelägenhet, som inte utan vidare kan lösas på annat sätt. Partnerskapet omfattar därmed en viss typ av utförande av regionala hälso- och sjukvårdsangelägenheter såsom en särskilt typ av specialistvård. De avtal som ingåtts definierar vilka syften och mervärden som partnerskapet har som mål att uppnå, samt vilka värdegrunder som partnerskapet vilar på. Vidare preciserar avtalen vem som är ansvarig för verksamheten och ikläder sig arbetsgivaransvar, samt vad respektive part förväntas bidra med. Utfallet av partnerskapet ska rapporteras årligen genom en årsberättelse till Koncernkontoret. Eventuella avvikelser ska hanteras inom ramen för parternas kvalitetsledningssystem.

14.5 Huvudmannens ordning för hantering av externa vårdgivare

I detta avsnitt kommer vi att utvärdera hur huvudmannaskapet hanteras i relationen till externa vårdgivare. Det har redan framgått att det inte endast är regioner och kommuner som kan verka som vårdgivare. Vi menar att även denna rättsliga ordning är så central att vi valt att lyfta fram den som en central del av huvudmannaskapet i sig. På motsvarande sätt som ovan är vi intresserade av hur man inom ramen för denna ordning bedriver hälso- och sjukvårdsreform. När det gäller implementering av patientens rätt och möjliggörande av personcentrerad vård frågar vi oss i vilken utsträckning huvudmannen i avtal kan tydliggöra specifika förväntningar i förhållande till de externa vårdgivarna. I detta avsnitt har vi valt att fokusera på både Västra Götalandsregionen och Region Stockholm som praktikfall.

14.5.1 Externa vårdgivare som rättssubjekt

Huvudmannen för hälso- och sjukvården kan som sagt överlåta till en extern aktör att utföra en regions eller kommuns hälso- och sjukvårdsangelägenheter. I denna del avser extern part ett rättssubjekt med annan identitetsbeteckning än huvudmannen.¹⁶⁷⁷ Kommunallagens regler utgör grunden för överlåtande av utförande av regionala angelägenheter.¹⁶⁷⁸ Det handlar i sak dels om att

¹⁶⁷⁵ Se partnerskap för ldéburet offentligt partnerskap (IOP) gällande familjeverksamhet för med barn med sällsynta hälsotillstånd eller syndrom, samt deras familjer/anhöriga Dnr HS 2021-01319, ldéburet offentligt partnerskap (IOP) mellan Ågrenska och Västra Götalandsregionen (VGR) genom operativa hälso- och sjukvårdsnämnden gällande vuxenvistelser för vuxna personer med sällsynta hälsotillstånd eller syndrom Dnr OSN 2023-02290-1.

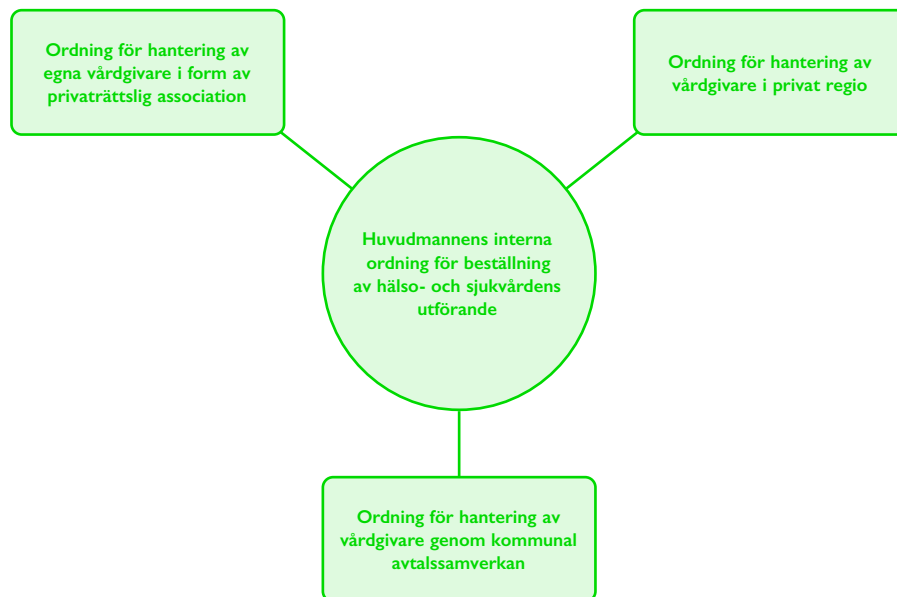
¹⁶⁷⁶ Partnerskap ldéburet offentligt partnerskap (IOP) gällande familjeverksamhet för med barn med sällsynta hälsotillstånd eller syndrom, samt deras familjer/anhöriga Dnr HS 2021-01319, ldéburet offentligt partnerskap (IOP) mellan Ågrenska och Västra Götalandsregionen (VGR) genom operativa hälso- och sjukvårdsnämnden gällande vuxenvistelser för vuxna personer med sällsynta hälsotillstånd eller syndrom Dnr OSN 2023-02290-1.

¹⁶⁷⁷ Se exempelvis lag (1974:174) om identitetsbeteckning för juridiska personer m.fl., samt 18 § folkbokföringslag (1991:481).

¹⁶⁷⁸ 9 kap. 37 § kommunallagen om kommunal avtalssamverkan samt 10 kap. kommunallagen om överlämnande av regionens angelägenheter till privata utförare.

överlåta utförandet till annan region eller kommun (s.k. avtalssamverkan), dels om att överlåta utförandet till en extern part. Vi kommer i detta avsnitt att fokusera på huvudmannens rättsliga förutsättningar att överlåta utförandet av hälso- och sjukvårdsverksamhet till annan privaträttslig extern part. Vi kommer endast att kortfattat beröra ordningen för att anlita andra regioner och kommuner som vårdgivare.

FIGUR 37.
Huvudmannens hantering
av externa vårdgivare.



När det gäller hur huvudmannen hanterar externa vårdgivare kommer vi att skilja mellan vårdgivare som ägs av regionen, i förhållande till vårdgivare som ägs av annan.

14.5.2 Ordning för hantering av regionalt ägda vårdgivare

I tidigare avsnitt i kapitlet framgår att Region Stockholm i egenskap av huvudman beslutat om en organisationsstruktur där viss del av det egna vårdutförandet sker genom egen association. Detta innebär att vården utförs inom ramen för en privaträttslig ordning. Det säger sig självt att det är viktigt att skilja på en dylik utveckling i förhållande till en privatisering av hälso- och sjukvården, vilken sker genom överlåtelse till privatägda rättssubjekt med vinstintresse.

14.5.2.1 Externt vårdutförande i egen regi genom egen association

En första underordning avser överföring av vårdutförandet till den egna externa strukturen. Som nämnts tidigare utgår den rättsliga ordningen från kap. 10 kommunallagen. Där framgår att huvudmannen genom beslut och ingående av vårduppdrag kan överlåta utförande till både helägda och delägda regionala och kommunala bolag, 10 kap. 2 § kommunallagen. Vidare behöver huvudmannen säkerställa att bolagets verksamhetsändamål överensstämmer med de kommunala ändamålen. Detta görs ytterst i den konstituerande bolagsordningen. Huvudmannen behöver genom fullmäktige även säkerställa ändamålsenlig kontroll

över bolaget genom att utse styrelse samt på andra sätt säkerställa kontroll och att allmänheten har insyn i bolaget, se vidare 10 kap. 3 § kommunallagen.¹⁶⁷⁹

För att uppfylla nämnda krav har Region Stockholm beslutat om en ägarpolicy och om bolagsstyrningsprinciper för sina regionägda aktiebolag.¹⁶⁸⁰ I dessa framgår bl.a. att huvudmannaskapet ska utövas inom ramen för bolagsordning och andra styrande dokument. Härigenom ska huvudmannen uppfylla krav som följer av bl.a. kommunallagen. I ägarpolicyen tydliggörs även krav på styrelsen vad gäller bakgrund och kompetens.

14.5.2.2 Ordning för styrning och utförande av vårdutförandet

En andra underordning rör styrning och utförande av vårduppdrag. Ägarrollen för bolagen utövas i huvudsak av regionfullmäktige och regionstyrelse. Region Stockholm bedriver genom egna sjukhusbolag specialistvård i aktiebolagsform.¹⁶⁸¹ I nämnda ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper för Region Stockholm framgår att bolagsstämman utgör forum för den formella ägarstyrningen. Där fastställs också de ägardirektiv som ska gälla för bolaget. I ägarpolicyen lägger man särskild vikt vid att bolagens verksamhet bedrivs i enlighet med demokratiska värderingar och öppenhet. Man framställer även krav på att följa aktiebolagsrättsliga ordningar samt de krav på offentlighet som ställs på regionala bolag. Intressant i sammanhanget är kopplingen till den offentliga verksamhetens ansvar genom att regiondirektören ansvarar för att bolagens styrelseledamöter har kompetens för att styra regionägda bolag.¹⁶⁸²

Inom ramen för det politiska arbetet i Region Stockholm tar man fram och beslutar om inriktning och avtalsmodeller för sjukhusavtal.¹⁶⁸³ Regionen tar fram samt beslutar om vårduppdrag genom hälso- och sjukvårdsstyrelserna. När det gäller avtalsbaserade ordningarna som följer av sjukhusavtalen är Region Stockholm beställare och respektive sjukhusbolag vårdgivare.¹⁶⁸⁴ I och med detta framgår en tydlig gränsdragning mellan vem som kontraktuellt har ett vårdgivaransvar. Dock framgår det också att avtalet utgör en grund för en reglering av parternas

1679 För helägda bolag ligger det inom fullmäktiges beslutskompetens att: (i) fastställa det kommunala ändamålet med verksamheten, (ii) se till att det fastställda kommunala ändamålet och de kommunala befogenheterna som utgör ram för verksamheten anges i bolagsordningen, (iii) utse samtliga styrelseledamöter, (iv) se till att det anges i bolagsordningen att fullmäktige får ta ställning till sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt innan de fattas, (v) utse minst en lekmannarevisor, samt (vi) se till att bolaget ger allmänheten insyn i den verksamhet som genom avtal lämnas över till privata utförare. För delägda bolag ska motsvarande göras i den omfattning som är rimligt givet andelsförhållanden, verksamhetens art och omständigheter i övrigt, se vidare 10 kap. 4 § kommunallagen.

1680 Ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper beslutad i regionfullmäktige 2010-12-14, LS 1011-0949, och senast reviderad 2020-11-17, RS 2020-0469.

1681 Se Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB, Södertälje Sjukhus AB samt S:t Eriks Ögonsjukhus AB. Andra hälso- och sjukvårdsbolag för Region Stockholm är Folktandvården, Ambulanssjukvården Storstockholm AB, MediCarrier AB samt Tobiasregistret AB.

1682 I sammanhanget handlar det om styrelseledamöternas kunskap kring Region Stockholms organisering, styrning och verksamheter m.m.

1683 Ex. ärende och beslutshandlingar från regionstyrelse i sammanträdesprotokoll daterat 2023-10-17 § 202 Dnr RS 2023-0065.

1684 Ex. Sjukhusavtal 2024–2027 Danderyds Sjukhus, HSN 2023-0947.

gemensamma ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvård enligt viss kvalitet. Därmed liknar vårdavtalet det vårduppdrag som Västra Götalandsregionen ingår med sina utförarnämnder där det också framgår att det föreligger ett gemensamt ansvar (partnerskap) kring vårdutförandet. Ett sätt att tolka vad som skrivs är att huvudmannen genom överförande av vårdutförande fortfarande är ansvarig för vårdens kvalitet gentemot regioninvånare m.fl.

I sjukhusavtalen finns krav som relaterar till reformarbete avseende personcentrering m.m.¹⁶⁸⁵ Det framgår i sjukhusavtalen att vårdgivarna har ett kontraktuellt ansvar i förhållande till huvudmannen att aktivt delta i, och vid behov ta initiativ till, samordnad vård- och omsorgsplanering, samt att ansvara för vårdövergångar. Sjukhusen ska utse ansvarig person som säkerställer att sådana processer är och upplevs sammanhängande ur ett patient- och närståendeperspektiv. Sjukhusen ska också enligt avtal delta i och bidra till det nationella och regionala kunskapsstyrningsarbetet. Det framgår också i avtalet att sjukhusen har krav på sig att utföra ett visst antal utvecklingsuppdrag inom utvecklingsområdena personcentrering, sammanhållen vård och digitalisering. Området personcentrering rör patientens aktiva delaktighet i den egna vården i samarbete med sjukhusets personal. De övriga utvecklingsområdena bidrar bl.a. till vård som ska vara patientsäker, tillgänglig, kvalitativ m.m.

Sammantaget kan man konstatera att sjukhusavtalen skapar en rättslig bindenhet för sjukhusbolagen inom Region Stockholm att arbeta med implementerings- och reformarbete avseende hälso- och sjukvårdens omställning.

14.5.2.3 Ordning för kontinuerlig dialog m.m. avseende vårdutförandet

En tredje underordning avser kontinuerlig dialog och samverkan avseende vårdutförandet. I det generella ägardirektivet framgår också att både moderbolaget för koncernen samt regionstyrelsen har rätt till insyn i bolagens verksamhet.¹⁶⁸⁶ Det innebär även ett ansvar att se till att bolaget samverkar och för dialog i enlighet med lagkrav, styrande dokument och avtal. Beroende på vilken typ av verksamhet som bedrivs ställs olika krav på dialoger med patientorganisationer, andra vårdaktörer i regionen m.m.

I bolagsordningen för varje sjukhusbolag framgår ett verksamhetssyfte, se exempelvis Danderyds Sjukhus AB som är ett av Region Stockholms akutsjukhus och bedriver specialiserad akutvård, planerad somatisk specialistvård samt högspecialiserad rehabiliteringsmedicin. Verksamheten ska bedrivas utifrån de avtal som föreligger mellan beställare och vårdgivare. Vidare finns i det specifika ägardirektivet krav där bolaget tillsammans med andra vårdaktörer i regionen ska samverka med och utarbeta samordnade vårdprocesser. Avsikten är att säkerställa kvalitativ och säker vård för patienter. I övrigt finns krav på att sjukhuset ska medverka i dialoger med både politiska och övriga vårdgivareaktörer i regionen.¹⁶⁸⁷

¹⁶⁸⁵ Ex. avsnitt 2.2.1 i Sjukhusavtal 2024–2027 Danderyds Sjukhus, HSN 2023-0947.

¹⁶⁸⁶ Se generella ägardirektiv, del av budget 2024 för Region Stockholm Dnr RS 2023-0160.

¹⁶⁸⁷ Generella ägardirektiv, del av budget 2024 för Region Stockholm Dnr RS 2023-0160.

14.5.2.4 Ordning för kontroll och uppföljning avseende vårdutförandet

En fjärde underordning rör kontroll och uppföljning av vårdutförandet. Kommunallagens bestämmelser innehåller regler om kontroll och insyn i bolaget, se 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen. I Region Stockholms generella ägardirektiv framgår krav på uppföljning och rapportering avseende verksamhetens mål, efterlevnad av lagar och styrande dokument.¹⁶⁸⁸ Det finns i sjuhusavtalen bestämmelser om att huvudmannen och bolagen ska verka för att ”intentionerna i avtalen uppfylls samt säkerställa ett kontinuerligt förbättringsarbete”.

Uppföljning sker i enlighet med den beslutade ägarpolicy genom att styrelsen löpande rapporterar till ägarna avseende verksamhetens status m.m. Bolagsstyrelsen svarar för att den ekonomiska rapporteringen sker enligt god redovisningssed samt att bolaget har en god intern kontroll och årligen utvärderar dess funktion. Bolagen ska tillsammans med årsredovisningen avge särskild bolagsstyrningsrapport.¹⁶⁸⁹

En för huvudmannen viktig sak är att ägardirektivet innehåller bestämmelser om att frågor av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt ska hänskjutas till regionens fullmäktige. På så sätt behåller Region Stockholm den yttersta beslutskompetensen avseende bolagens verksamhet genom den politiska beslutsförsamlingen. Det gör att regionen och politiken ytterst äger ansvaret för att regionens hälso- och sjukvårdsangelägenheter utförs i enlighet med lagkrav, politiska mål m.m.

14.5.3 Ordning för hantering av vårdgivare i annans regi

Huvudmannens ordning för vårdutförande i annans regi avser kommunal avtalsamverkan samt överlämnande av regionens angelägenheter till privata utförare, se 9 kap. 37 § samt 10 kap. kommunallagen. Den kommunala avtalssamverkan följer kommunalrättsliga regler.

När det gäller överlämnande av utförande av hälso- och sjukvårdsangelägenheter som rör primärvård är det även fråga om att hantera lagar och regler kring valfrihetssystem för att erbjuda privata vårdutförare möjlighet att erbjuda sina tjänster. I relation till lagstiftning har regionerna beslutat om styrande dokument för att säkerställa ändamålsenliga krav på externa vårdutförare

I egenskap av huvudman finns ett ansvar att ställa krav på de privata utförarnas kvalitet i vårdutförandet. Samtidigt har huvudmannen lagkrav på sig att möjliggöra för privata vårdutförare att utföra offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet och därmed realisera valbarheten för regionens invånare att välja vårdgivare.

Ordningen innefattar ett antal rättsliga underordningar som avser tilldelning av vårduppdraget för LOV, rättslig bundenhet, dialog samt uppföljning avseende vårduppdraget. Samtliga ordningar ansvarar huvudmannen å regionens vägnar för att de efterföljs. Vi kommer att titta närmare på Västra Götalandsregionens arbete med vårduppdrag för regionens primärvård i dessa delar.

¹⁶⁸⁸ a.a.

¹⁶⁸⁹ Se vidare Ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper beslutad i regionfullmäktige 2010-12-14, LS 1011-0949, och senast reviderad 2020-11-17, RS 2020-0469 s. 7.

14.5.3.1 Ordning för tilldelning av vårduppdrag inom valfrietssystemet

Som ett led i omställningsarbetet och implementering av nära vård för regionens invånare arbetar Västra Götalandsregionen med vårdvalssystemens utformning som rättslig ordning.¹⁶⁹⁰ När det gäller primärvård är valfrietssystemen obligatoriska.¹⁶⁹¹ En viktig konsekvens av vårdvalssystemet är att det bidrar till en konkurrenssituation som driver effektivitet och kvalitet för både offentliga och privata tjänsteutförare, på både regional och kommunal nivå.¹⁶⁹²

Inom ramen för Västra Götalandsregionen finns två valfrietssystem (ordningar); Vårdval Vårdcentral och Vårdval Rehab. Vi kommer i denna del fokusera på valfrietssystem för omställningen för hälso- och sjukvård samt primärvård. Regionen har i egenskap av huvudman en skyldighet att utannonsera vårdtjänster till externa aktörer inom primärvården. Huvudmannen gör detta genom förfrågningsunderlag som ett led i sin beställarroll av utförarverksamhet. Förfrågningsunderlaget utgörs av krav- och kvalitetsböcker och där framgår avtalsvillkor m.m. för vårduppdraget.

Till skillnad från sedvanlig upphandling antas alla som uppfyller de krav som ställs i förfrågningsunderlaget. Det är en avgörande skillnad jämfört med upphandlingsförfaranden där leverantörer i konkurrens ”vinner upphandling”. Valfrietssystemet kan i vår mening därför ses som en avskiljbar rättslig ordning.

Valfrietssystemens utformning innebär att huvudmannens förfaranden behöver uppfylla krav på öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet, se 1 kap. 2 § lagen om valfrietssystem. Huvudmannen behöver annonsera och publicera förfrågningsunderlag via nationell webbplats, se vidare 3 kap. lagen om valfrietssystem. I förfrågningsunderlaget ska även den ekonomiska ersättningen framgå samt de särskilda kontraktsvillkor som krävs för vårduppdraget, se vidare 4 kap. lagen om valfrietssystem. Huvudmannen ansvarar även för den antagningsprocess som ligger till grund för leverantörer att bli godkända LOV-leverantörer. Ett fundamentalt krav är att leverantören bedriver verksamhet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (2011:9) för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.¹⁶⁹³ Det har naturligtvis att göra med de krav som huvudmannen har på sin verksamhet.

14.5.3.2 Ordning för att rättsligt binda vårdutföraren i valfrietssystemet till vårduppdraget

Efter det att vårdutföraren lämnat in ansökan för att ingå i valfrietssystemet inom Västra Götalandsregionen granskar förvaltningen genom Koncernkontoret ansökan utifrån de krav som uppställs i förfrågningsunderlaget och anvisningarna i ansökan i övrigt. Koncernkontorets bedömning kan avse verksamhetens utförande,

¹⁶⁹⁰ LOV är en förkortning för lagen om valfrietssystem (2008:962). Sådant system är en del av den rättsliga ordningen för upphandling genom lagen om valfrietssystem.

¹⁶⁹¹ Prop. 2008/09:29 Lag om valfrietssystem s. 26.

¹⁶⁹² Ett annat perspektiv är att den som ska tillgodogöra sig hälsovård eller tjänst själv får välja vem som ska utföra tjänsten. Det innebär även att användaren får ökade möjligheter att anpassa sina vårdtjänster utefter sina egna behov. Den ekonomiska modellen är att ersättningen till tjänsteutövarna följer användarnas val.

¹⁶⁹³ I praktiken ska privat vårdgivare också beakta regionens ledningssystem genom avtal.

ekonomisk stabilitet, lokaler för vårdutförandes verksamhet samt generella IT-relaterade krav.¹⁶⁹⁴ Koncernkontorets bedömning ligger till grund för om ansökan ska godkännas eller avslås av den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

Genom att antas till valfrihetssystemet infinner sig en rättslig bundenhet. Redan i förfrågningsunderlaget (krav- och kvalitetsböcker) framgår avtalsvillkoren på vilka man ansökt om godkännande. Underlaget utgör grunden för de krav som huvudmannen ställer på utförande vårdgivare. Den som utför offentligt finansierad vård ska följa gällande lagar och regler samt regionens riktlinjer och rutiner. Utförarna ska även ha ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, klagomålshantering, dialog med patientnämnd m.m. Huvudmannen behöver även säkerställa att utförarna har en ändamålsenlig vårdokumentation, samt att man säkerställer uppföljning och insyn i utförarverksamheten.

Krav- och kvalitetsboken för Vårdval Vårdcentral innehåller krav som relaterar till implementerings- och reformarbete av god vård. Ett övergripande krav är att vården ska utföras så att den är jämlik, samordnad och personcentrerad. Det handlar bl.a. om att arbeta med den dokumenterade överenskommelsen (tidigare patientkontraktet) som bas för patienters vårdplan och fasta vårdkontakt. Inom ramen för vårdåtagandet finns även krav på att vårdgivaren ska medverka till att skapa en sammanhållen vårdkedja och därmed bidra till en väl fungerande vårdprocess. I övrigt finns även bestämmelser avseende att möjliggöra en nära vård genom att bidra med mobila och digitala vårdlösningar, samt att bidra till närområdessamverkan av kommunal hälso- och sjukvård.

De ingångna avtalen skapar en rättslig ordning mellan huvudmannen i egen-skap av beställare och privata utförare i egenskap av vårdgivare. Huvudmannens ansvar är att säkerställa vårdgivarens leveransförmåga i relation till de avtalade villkoren och därmed säkra att vårdutförandet har en hög kvalitet och är säker för patienter, brukare m.fl.

14.5.3.3 Ordning för kontinuerlig dialog med vårdgivaren om vårduppdraget

Av krav- och kvalitetsboken, vilken reglerar den avtalsbaserade ordningen, följer att vårdgivaren ska delta i informationsmöten. I krav- och kvalitetsboken sägs att det föreligger ”ett ömsesidigt informations- och samrådsansvar beträffande verksamhetsförändringar som påverkar tillgänglighet och annan service gentemot invånare och patienter eller samarbetet mellan Västra Götalandsregionen och leverantören”. Huvudmannen kan även förvänta sig att vårdgivaren informerar om verksamheten utsätts för anmälningar eller beslut från myndigheter när det är av vikt för uppdragets fullföljande. Vårdgivaren ska bedriva dialog när denne de facto har etablerat och arbetar i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrift. Huvudmannen kan även kräva dialog där vårdgivaren ska bistå patientsäkerhetsärenden samt systematiskt beakta det arbete som patientnämnden gör i relation till vårdutförarens interna kvalitets- och patientsäkerhetsarbete m.m.

¹⁶⁹⁴ Se tjänsteutlåtande daterat 2024-01-09 för ansökan om att bedriva verksamhet inom Vårdval Vårdcentral för Praktikertjänst AB för enhet Praktikertjänst Forsen Vårdcentral i Borås kommun Dnr OSN 2023-02551.

Det finns också krav på dialog som inte gäller utförande av vård. Enligt de avtalsbaserade ordningarna i krav- och kvalitetsboken framgår att huvudmannen har rätt att få information när vårdgivaren byter verksamhetschef. Huvudmannen har även rätten att godkänna underleverantörer samt uppmana till byte av underleverantör. Huvudmannen ska också informeras om vårdgivaren bedriver annan verksamhet utanför vårduppdraget. I övrigt ska huvudmannen vara i dialog avseende verksamhetens säkerhet m.m. Exempelvis ska vårdgivaren ha en kris- hanteringsorganisation som ligger i linje med huvudmannens krishanteringsplan.

14.5.3.4 Ordning för kontroll och uppföljning av vårduppdraget

Avtalsförhållandet ska följas upp kontinuerligt av huvudmannen i enlighet med 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen. Huvudmannen har i egenskap av region ett ansvar för att vårdutförarens verksamhet bedrivs i enlighet med politisk beslutade mål och riktlinjer samt föreskrifter för verksamhetens bedrivande, se 6 kap. § 6 kommunallagen. Västra Götalandsregionen har även beslutat att ”verksamhetsuppföljning sker enligt definierade kvalitetsområden inom God Vård, vilka är framtagna av Socialstyrelsen som vägledning för arbete med kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”.¹⁶⁹⁵ Nämnade kvalitetsområden omfattar: (i) kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, (ii) säker hälso- och sjukvård, (iii) patientfokuserad hälso- och sjukvård, (iv) effektiv hälso- och sjukvård, (v) jämlik hälso- och sjukvård, samt (vi) hälso- och sjukvård i rimlig tid.¹⁶⁹⁶

Även i denna del finns ett antal rättsliga krav som bygger på ordningar för rättsliga beslut, se krav- och kvalitetsboken. En fundamental del av uppföljningsarbetet rör huruvida vårdutföraren uppfyller de krav som ställs i krav- och kvalitetsboken och därmed vårduppdraget. Det innebär verksamhetsuppföljning som även innefattar ovan bedömningsgrunder och kan innefatta granskning av rutinbeskrivningar, patientjournaler, kvalitetssystem, personal m.m. Huvudmannen kan sedan publicera en slutrapport av uppföljningen till allmänheten. Uppföljningsarbetet innefattar även datainsamling om vårdkonsumtion m.m. Det finns även särskilda uppföljningssystem som ”stödjer kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och (vård)enhetens systematiska förbättringsarbete”, vilka vårdutföraren ska använda. Vårdutföraren ska även använda patientenkäter för att få in information om patienternas vårdupplevelse, vilket ska ligga till grund för förbättringsarbete inom vårdverksamheten. Detta är följaktligen en ordning där frågan om den bristande implementeringen av ”patientens rätt” bör hanteras.

14.5.4 Ordning för vårdutförande genom kommunal avtalssamverkan

En ytterligare rättslig ordning för överlämnande av utförande till extern part bygger på kommunal avtalssamverkan. Exempelvis innebär det att huvudmän inom Västra Götalandsregionen ingår avtal om att annan kommun eller region helt eller delvis ska utföra de aktuella hälso- och sjukvårdsuppgifterna som ankommer på huvudmännens angelägenheter, se vidare 9 kap. 37 § kommunallagen. En huvudregel är att det endast är utförandet av uppgifterna som överläts

¹⁶⁹⁵ Västra Götalandsregionens webbsida Vårdgivarwebben, Verksamhetsuppföljning.

¹⁶⁹⁶ Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

och inte ansvaret för att uppgiften de facto utförs.¹⁶⁹⁷ Avtalet behöver således innehålla bestämmelser där det tydligt framgår vilka utföraruppgifter som avses att överföras. Frågan kring vem som är behörig att ingå avtal om interkommunal avtalssamverkan följer de allmänna bestämmelserna om de kommunala organens uppgifter, dvs. om en nämnd kan ingå avtal eller om beslut krävs i fullmäktige.

14.6 Huvudmannens ordning för inköp av vårdrelaterade produkter och tjänster

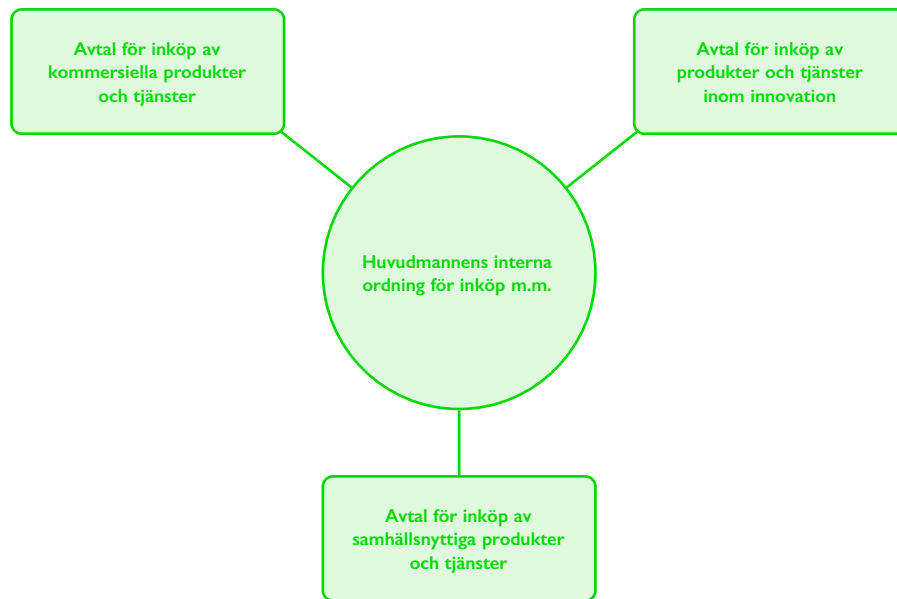
I detta avsnitt kommer vi att utvärdera huvudmannens ordning för inköp av vårdrelaterade produkter och tjänster. Detta är en extern ordning baserad på upphandling och ingående av avtal. Även denna ordning menar vi är så central att den förtjänar att lyftas fram som en del av huvudmannaskapet. Hälso- och sjukvård är en verksamhet som i stor utsträckning är beroende av avancerad medicinteknisk utrustning för undersökning och behandling. Tillgången till läkemedel är också viktig. Hälso- och sjukvården har länge varit beroende av läkemedelsföretagen och medicinteknikindustrin. Utmärkande för dagens situation är de digitala lösningarnas alltmer ingripande betydelse för hälso- och sjukvården. Mycket talar för att hälso- och sjukvården kommer att bli alltmer beroende av multinationella IT- och teknikföretag. Ett huvudmannaskap för hälso- och sjukvården är följaktligen beroende av att kunna hantera relationerna till de som tillhandahåller produkter och tjänster till hälso- och sjukvården. Det säger sig självt att det är viktigt att inkludera dessa aktörer när man fokuserar på hälso- och sjukvårdens utveckling och reform. Ur vårt perspektiv är det även viktigt för huvudmannen att säkerställa att de tjänster och produkter som tillhandahålls är anpassade för personcentrerade arbetssätt. Det handlar också om att huvudmannen behöver utvärdera förfaranden för ändamålsenliga inköp. Vi kommer även i detta avsnitt att fokusera på Västra Götalandsregionen som praktikfall.

14.6.1 Avtalsrelationer för förvärv av produkter och tjänster

Det ligger inom ramen för huvudmannens serviceskyldighet att tillhandahålla ett hälso- och sjukvårdssystem med ändamålsenliga utrustning och förmåga. I vårt arbete har vi identifierat att antal ordningar som huvudmannen behöver hantera vid inköp av vårdrelaterade produkter och tjänster.

¹⁶⁹⁷ Prop. 2017/18:151 En generell rätt till kommunal avtalssamverkan s. 58. Se även SOU 2017:77 En generell rätt till kommunal avtalssamverkan s. 69. Jämför avtal om att överlämna uppgift med stöd i lag där själva huvudmannaskapet överläts.

FIGUR 38.
Huvudmannens ordning
för inköp.



Serviceuppdraget innebär att huvudmannen ska använda offentliga medel på ett så effektivt och ändamålsenligt sätt som möjligt. Ofta är det frågan att köpa bästa möjliga produkt och tjänst som erbjuds på en kommersiell marknad till ett så rimligt pris som möjligt. I sådana fall krävs regelmässigt ett upphandlingsförfarande där ett antal leverantörer i konkurrens lämnar in offerter. I andra fall tillhandahålls tjänster och produkter av aktörer som drivs av samhällliga värden och erbjuder samhällsnyttiga tjänster. Ur ett marknadsperspektiv kan man säga att sådana tjänster utgör en annan typ av marknad som inte utan vidare kan konkurrensutsättas med den kommersiella marknaden. Enligt lagen om offentlig upphandling finns det en anpassad ordning för samhällsnyttiga produkter och tjänster där huvudmannen får reservera upphandlingsförfarandet att endast avse vissa aktörer. En ytterligare upphandlingsbaserad ordning innefattar inköp genom innovationspartnerskap. Det innebär att huvudmannen har identifierat ett problem som kräver en lösning, men där den konkreta produkten eller tjänsten ännu inte existerar. Genom innovationspartnerskapet kan man skapa ett partnerskap där man genom en gemensam utvecklingsprocess skapar en ändamålsenlig produkt eller tjänst.

14.6.2 Avtal om inköp av kommersiella produkter och tjänster

Lagen om offentlig upphandling ställer krav på att huvudmän utvecklar en grundläggande ordning för hur man anskaffar tjänster och produkter från privata leverantörer.¹⁶⁹⁸ Ordningen ska baseras på principer om icke-diskriminering, ömsesidigt erkännande och proportionalitet i upphandlingsprocessen, se vidare 4 kap. 1 § lagen om offentlig upphandling. I övrigt uppställs krav på upphandlingsförfaranden, upphandlingsdokument, förhandlingar m.m., se vidare 6 kap. Detsamma gäller vid tilldelning av kontrakt, uppföljning m.m. Det konkreta upphandlingsarbetet

¹⁶⁹⁸ 1 kap. 1 § lag om offentlig upphandling. Se vissa undantag gällande upphandling mellan myndigheter 3 kap. 17 § lag om offentlig upphandling.

kan beskrivas som en process som länkar samman verksamhetsutveckling och resursskapande. Det är möjligt att ställa krav på personcentrering m.m. då man exempelvis upphandlar tjänster och digitala medicintekniska lösningar.

14.6.2.1 Västra Götalandsregionens organisering och styrning av upphandlingsarbetet

Västra Götalandsregionen följer den nationella upphandlingsstrategin från upphandlingsmyndigheten. Det är koncernstaben för verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp som hanterar de regionövergripande processerna för koncerninköp å huvudmannens vägnar.¹⁶⁹⁹ Regionens ekonomidirektör leder arbetet i staben. I den av regionen beslutade inköspolicyn framgår det att huvudmannens inköpsfunktioner ansvarar för all upphandling i relation till deras verksamhetsområden.¹⁷⁰⁰ Beslutskompetens gällande upphandling regleras i respektive reglemente och ägardirektiv. Västra Götalandsregionen har även beslutat om en upphandlingsplan där vissa inköpsgrupper hanterar inköpen inom olika områden. Exempelvis finns inköpsgrupper avseende utrustning för bild- och funktionsmedicin, hälso- och sjukvårdstjänster, laboratoriemedicin, läkemedel och läkemedelsnära produkter, medicinska specialiteter, samt tandvård.¹⁷⁰¹

14.6.2.2 Västra Götalandsregionens inköp som en verksamhetsstyrd process

I de av Västra Götalandsregionen beslutade riktlinjerna för inköp preciseras vilka som har ansvar för det faktiska upphandlingsarbetet.¹⁷⁰² Riktlinjen tar utgångspunkt i ett funktionellt perspektiv där kundens/användarens behov ligger till grund för verksamhetens inköp. I riktlinjen delar man in inköpsprocessen i tre delar: (i) en strategisk del, (ii) en taktisk del och (iii) en operativ del.¹⁷⁰³ Denna indelning ligger

¹⁶⁹⁹ Göteborgs Stad har genom kommunfullmäktige beslutat om en riktlinje för inköp och upphandling, se sammanträdesprotokoll KF 2022-05-19 § 11 Dnr 0145/22 (SLK-2023-00044). Där framgår att varje nämnd och styrelse utgör en egen upphandlande myndighet med ansvar för intern kontroll av inköp i sin verksamhet. Göteborgs Stad har genom kommunfullmäktigebeslut tilldelat Inköps- och upphandlingsnämnden huvudansvaret för kommunens inköpsprocesser, se Reglemente för Inköps- och upphandlingsnämnden.

¹⁷⁰⁰ Inköspolicy beslutad av regionfullmäktige daterat 2022-02-22 Dnr RS-2021-01977. Inköspolicyn ställer krav på att man inom huvudmannens verksamhet har samsyn kring vad som gäller för inköp. I övrigt så handlar det om att huvudmannen ska efterleva den nationella upphandlingsstrategin, samverka med regionala dokument m.m. Det framgår även ett ansvar på huvudmannens politiska styrelser och nämnder att initiera och besluta om den upphandling som sedan administreras genom inköpsfunktionerna.

¹⁷⁰¹ Se Upphandlingsplan 2023 Västra Götalandsregionen.

¹⁷⁰² Riktlinje för Inköp beslutad av regionstyrelsen daterat 2022-03-01 Dnr RS-2021-01977.

¹⁷⁰³ Kortfattat så innebär de tre stegen följande. Den strategiska nivån att skapa framförhållning i inköpsprocessen genom kategoristrategiplaner inom definierade områden. Det kan innefatta hur inköpsarbete ska bedrivas, vilka förfarande och metoder som ska användas för att nå målen. Arbetet innefattar bl.a. planera inköpsbehov, göra behovs-, omvärlds-, och leverantörsmarknadsanalyser, säkerställa att avtal finns m.m. Den taktiska delen omfattar att genomföra upphandlingar på ett ändamålsenligt sätt genom att följa regelverk och beslutade kategoristrategiplaner. I denna del handlar det om att ställa krav i förfrågningsunderlagen, realisera kraven i avtal, genomföra dialoger med leverantörer m.fl. I denna del löper en upphandlings- och avtalsprocess parallellt i arbetet med "affärsmässigt gynnsamma avtal sluts för regionens verksamheter med rätt krav på funktion, hållbarhet och kvalitet". Den operativa delen omfattar alla aktiviteter i processen, från beställning till betalning. Det innebär säkerställande av att avtalade varor och tjänster levereras enligt överenskommelse och håller den kvalitet som har upphandlats.

till grund för hur man genom förfrågningsunderlag ställer tydliga krav på leverantörer och deras kapacitet och förmåga redan i upphandlingsförfarandet. Därmed ställs även motsvarande krav avseende huvudmannens egen verksamhet.¹⁷⁰⁴ En viktig del är formerna för upphandlingsförfaranden såsom förhandlat förfarande, konkurrenspräglad dialog, innovationspartnerskap m.m., se vidare 6 kap. lagen om offentlig upphandling.

Ett annat viktigt moment är distribueringen av förfrågningsunderlaget genom annonsering och inbjudan till leverantörer, se vidare 10 kap. lagen om offentlig upphandling. Förfrågningsunderlag, inklusive de avtalsvillkor som gäller för uppdraget, publiceras via upphandlingsmyndighetens hemsida. En viktig del är att fastställa krav på leverantören och dess utförande av tjänst/produktion och leverans av produkt. Här ska det exempelvis framgå om det finns krav på att leverantören arbetar utifrån vissa angivna villkor m.m., såsom bestämmelser om kvalitetsledningssystem, god tillverkningssed vid produktion, framtagande av mjukvara etc.¹⁷⁰⁵

Under upphandlingsprocessen behöver huvudmannen bedöma de offerter som lämnas in. Behörig nämnd beslutar om att teckna avtal med den leverantör som lämnat den vinnande offerten, se vidare 10–16 kap. lagen om offentlig upphandling. Om det gäller inköp av tjänst behöver huvudmannen aktivt följa upp att leveransen motsvarar avtalet.¹⁷⁰⁶ Det kan handla om att leverantören följer avtalade villkor avseende eventuella underleverantörer, se vidare 17 kap. lagen om offentlig upphandling.¹⁷⁰⁷

14.6.2.3 Särskilt om huvudmannens möjligheter att inkludera särskilda krav i avtalet

En viktig fråga är hur huvudmannen kan utforma förfrågningsunderlag m.m. på ett sådant sätt att produkterna och tjänsterna uppfyller särskilt formulerade krav m.m. Rent konkret handlar det om att utforma kvalitets- och funktionskrav, se vidare 9 kap. lagen om offentlig upphandling. Vi menar att just detta moment är centralt för att i denna del implementera krav som följer av hälso- och sjukvårdslagstiftning och reformarbete för personcentrering, god och nära vård m.m.

¹⁷⁰⁴ Detta gör man genom att verka för en hållbar leverantörsmarknad med en mångfald av leverantörsaktörer, samt social hållbarhet inom ramen för upphandling med frågor kring mänskliga rättigheter, uppförandekoder för leverantörer, rättvis handel, kollektivavtalsbaserade arbetsvillkor m.m. Eftersom Västra Götalandsregionen är en etablerad organisation så finns vissa begränsande ordningar för hur upphandlade leverantörer får marknadsföra sin relation till huvudmannen. Se vidare rutin för leverantörers marknadsföring av relation till VGR, beslutad av koncernstab kommunikation och externa relationer daterat 2021-03-29 Dnr RS2021-01869. Andra styrande dokument för upphandling inom Västra Götalandsregionen är Rutin vid oegentligheter 2020–2025 Dnr RS 2020-06588; SKR, Om mutor och jäv – vägledning för anställda i kommuner, landsting och regioner; Institutet Mot Mutor (IMM), Kod mot korruption i näringslivet (Näringslivskoden).
¹⁷⁰⁵ Se vidare bestämmelser i Göteborg Stads riktlinje för inköp och upphandling KF 2022-05-19 § 11, senast reviderad 2023-02-21 Dnr 0145/22 (0044/22) s. 7–8.

¹⁷⁰⁶ Det krävs en särskild ordning för regionens inköp av tjänster som kompenseras med läkar- och fysioterapiersättning. Det är tjänster där vårdgivarverksamheten bedrivs i bolagsform. Relationen består i avtalsbaserade handlingsystem med utgångspunkt i samverkansavtal. Lagstiftning för läkarersättning, se lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning och förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning. Gällande lagstiftning för fysioterapiersättning, se lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi och förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi.

¹⁷⁰⁷ Se även Göteborg Stads riktlinje för inköp och upphandling KF 2022-05-19 § 11, senast reviderad 2023-02-21 Dnr 0145/22 (0044/22) s. 6.

Implementering av hälso- och sjukvårdsrättsliga krav genom inköp av vårdtjänst

Ett förfarande omfattar utformning av förfrågningsunderlag avseende inköp av vårdtjänster. Inköpsgruppen hälso- och sjukvårdstjänster ansvarar för att upphandla exempelvis neurofysiologiska undersökningar, internetbaserad psykologisk behandling, laboratorieanalyser inom klinisk genetik, ögonsjukvård, hudsjukvård m.m.¹⁷⁰⁸

Upphandlingsförfarandet ska följa regionens riktlinjer för inköp, vilket innebär att inköpsgrupperna behöver veta i vilken omfattning tjänsterna möter de hälso- och sjukvårdsmål och fokusmål som huvudmannen beslutat om i sin verksamhet. Genom att tillämpa riktlinjens strategiska del är det särskilt intressant att se huruvida tjänsterna bidrar till en implementering av patientlagen och reformen om god och nära vård utifrån tillämpningen av de grundläggande kriterier som tillgänglighet, delaktighet m.m. Utifrån riktlinjens taktiska del handlar det om att uppställa relevanta kvalitetskrav för tjänsterna i förfrågningsunderlaget – det kan exempelvis gälla prestandakrav för det specifika användandet och området. Leverantörerna kan också sägas ha ett ansvar för implementeringen eftersom det de facto är anbudsunderlaget som ligger till grund för den tjänst som ska användas. Det gör att leverantörens beslut om när anbudet möter kraven i förfrågningsunderlaget styr utformningen av tjänsten. Här finns också ett normativt tolkningsutrymme som har betydelse.

I den operativa delen har huvudmannen att bedöma både tjänsten och leverantörens förmåga att utföra tjänsten. Det handlar i huvudsak om att leverantören ska möta de krav som föreligger, vilket också innefattar krav på god och nära vård m.m. Vid tilldelning av kontraktet ska huvudmannen utvärdera inkomna anbud med utgångspunkt i bästa förhållandet mellan pris och kvalitet, kostnad eller pris, 17 kap. 1 § lagen om offentlig upphandling. Intressant i sammanhanget är att redan här återfinns regleringar som kopplar an till hälso- och sjukvårdslagstiftning vad gäller kostnadseffektivitet och prioritet. Även principen om god vård kan tillämpas här. I enlighet med lagen om offentlig upphandling kan huvudmannen även ställa särskilda krav kring fullgörandet av avtal, se 18 kap. Eftersom det är fråga om en tjänst kan det vara av vikt att huvudmannen uppställer närvarokrav, samt lämnar relevant information så att leverantören kan länkas mot hälso- och sjukvårdsverksamheten. Under avtalstiden följer huvudmannen kontinuerligt upp avtalet så att samarbetet kan utvecklas och att avtalade leveranser sker.

Implementering av hälso- och sjukvårdsrättsliga krav genom inköp av medicintekniska produkter

En annat förfarande är förfrågningsunderlag avseende inköp av fysiska produkter. I detta fall handlar det om produkter som används för medicinska ändamål inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. Inom ramen för inköpsordning kan det rör sig om alla typer av produkter som har ett medicinskt ändamål, såsom EKG-apparat, engångshandskar, ultraljudsutrustning för ögondiagnostik, röststyrd operationsrobot, cochlea implantat med processorer och tillbehör m.m.¹⁷⁰⁹

¹⁷⁰⁸ Exempel från Västra Götalandsregionens Upphandlingsplan 2024.

¹⁷⁰⁹ Exempel från Västra Götalandsregionens Upphandlingsplan 2024.

I enlighet med riktlinjerna för inköp har huvudmannen i den strategiska delen uppgiften att motivera på vilka sätt de olika medicintekniska produkterna bidrar till implementering av uppställda hälso- och sjukvårdsmål. Detta kan ju vara olika saker beroende på produkt. Vi menar att även i denna inköpsprocess finns möjligheter för huvudmannen att påverka nämnda implementering i den taktiska delen där själva utformningen av kvalitetskraven är ett centralt moment. Eftersom det handlar om fysiska produkter är även de tekniska kraven och prestandakraven viktiga element i sammanhanget. Även i denna del kommer avtalet följas upp och det kommer att säkerställas att produkterna är säkra och fungerar i enlighet med avsedda ändamål.

Implementering av hälso- och sjukvårdsrättsliga krav genom inköp av digitala lösningar för hälso- och sjukvård

Ett ytterligare förfarande (handlingssystem) rör förfrågningsunderlag som omfattar inköp av digitala lösningar. Vi kan redan nu säga att detta område innefattar en mängd olika lösningar, se exempelvis fundamental infrastruktur för vård, administrativa digitala stödsystem, digitala diagnostikverktyg, digitala beslutsstödsystem m.m. Vi avser inte att göra en större systematisk nedbrytning i denna del. Det kan dock handla om olika typer av IT-system för medicinska ändamål som klinisk kvalitetsuppföljning, operationsplanering, PDMS för anestesi och intensivvård, journalsystem för elevhälsa. Digitala lösningar kan även innefatta system för egenmonitorering och andra system för övervakning och positionering.¹⁷¹⁰

I enlighet med riktlinjerna för inköp har huvudmannen i den strategiska delen att motivera på vilka sätt de olika digitala lösningarna bidrar till implementering av uppställda hälso- och sjukvårdsmål. De digitala lösningarna skiljer sig åt, men vi menar att även i denna inköpsprocess finns möjligheter för huvudmannen att påverka nämnda implementering i den taktiska delen. För varje digital lösning är utformningen av kvalitetskraven centrala moment. Eftersom det handlar om digitala lösningar kommer de tekniska kraven och prestandakraven se annorlunda ut jämfört med tidigare tjänster eftersom de är mjukvarubaserade. Den operativa delen kommer också vara annorlunda eftersom framtagning av digitala lösningar som nämns ovan ofta utvecklas och implementeras i samverkan mellan leverantör och beställare. Det gör att det finns ett visst mått av och behov att skraddarsy lösningarna utifrån det presenterade anbudsunderlaget från leverantören. Det sagda får naturligtvis konsekvenser på hur avtalet ska upprättas, genomföras och följas upp som del av en leverantörsrelation.

14.6.3 Avtal om inköp av samhällsnyttiga produkter och tjänster

En andra underordning avser inköp av produkter och tjänster som primärt syftar till att bidra med samhällsnytta och tillhandahålls av aktörer som bedriver samhällsnyttig verksamhet. Det kan handla om produkter och tjänster som bidrar till att hantera samhällsrelaterade utmaningar kring utanförskap, hälsa m.m. Upphandlingslagens

¹⁷¹⁰ Exempel från Västra Götalandsregionens Upphandlingsplan 2024.

bestämmelser innehåller ett undantag från principen om likabehandling genom att tillåta särbehandling under vissa former, se vidare kring reserverad upphandling.¹⁷¹¹

14.6.3.1 Icke-kommersiella aktörer med samhällsnyttig verksamhet

Det är möjligt för huvudmannen att reservera viss upphandling för aktörer som bedriver sin verksamhet utifrån allmännyttiga intressen. Detta är inte ovanligt när det gäller s.k. sociala företag som drivs utan kommersiella vinstintressen. Enligt 19 kap. 25 § lagen om offentlig upphandling får huvudmannen reservera deltagandet i en upphandling av sådana tjänster som anges i lagens bilaga 2.¹⁷¹² Det gäller för leverantörer som arbetar för att fullgöra ett offentligt uppdrag för att tillhandahålla nämnda tjänster, att leverantören återinvesterar eventuella vinster i verksamheten och har en lednings- och ägarstruktur som grundar sig på personalens ägande och deltagande.

14.6.3.2 Idéburna organisationer

I sammanhanget kan nämnas att det även finns förutsättningar för huvudmannen att utveckla särskild upphandlingsordning för inköp av idéburna organisationer, se 19 kap. 25 a § lagen om offentlig upphandling. Som nämnts i avsnittet om IOP och civilsamhället är det ett krav att den tjänsten som erbjuds hanteras inom ramen för organisationens allmännyttiga syfte. Ett ytterligare krav är att varken

¹⁷¹¹ 4 kap. 18 § lagen om offentlig upphandling för den rättsliga reservationskvalifikationen.

¹⁷¹² 85000000-9 Hälso- och sjukvård samt socialvård, 85100000-0 Hälsovårdstjänster, 85110000-3 Sjukhustjänster och tillhörande tjänster, 85111000-0 Sjukhustjänster, 85111100-1 Kirurgisk sjukhusvård, 85111200-2 Läkarvård på sjukhus, 85111300-3 Gynekologisk sjukhusvård, 85111310-6 Provrörsbefruktning, 85111320-9 Förlossningsvård, 85111400-4 Sjukhusrehabilitering, 85111500-5 Mentalvård på sjukhus, 85111600-6 Ortopediska tjänster, 85111700-7 Syrgasbehandling, 85111800-8 Patologiska tjänster, 85111810-1 Blodanalys, 85111820-4 Bakteriologisk analys, 85111900-9 Sjukhusdialys, 85112000-7 Stödtjänster på sjukhus, 85112100-8 Leverans av sänglinne till sjukhus, 85112200-9 Öppenvård 85120000-6 Läkarvård och tillhörande tjänster, 85121000-3 Läkarmottagnings-tjänster, 85121100-4 Tjänster utförda av allmänpraktiserande läkare, 85121200-5 Medicinska specialisttjänster, 85121210-8 Gynekologisk vård eller förlossningsvård, 85121220-1 Njursjukvård eller specialistvård för sjukdomar i nervsystemet, 85121230-4 Hjärtsjukvård eller specialiserad lungsjukvård, 85121231-1 Hjärtsjukvård, 85121232-8 Specialiserad lungsjukvård, 85121240-7 Öron-, näs- och halssjukvård eller hörselvård, 85121250-0 Gastroenterologisk eller geriatrisk vård, 85121251-7 Gastroenterologisk vård 85121252-4 Geriatrisk vård, 85121270-6 Psykiatrisk eller psykologisk vård, 85121271-3 Hem för vård av psykiskt störda personer, 85121280-9 Ögonsjukvård, hudsjukvård eller ortopedisk vård, 85121281-6 Ögonsjukvård, 85121282-3 Hudsjukvård, 85121283-0 Ortopedisk vård, 85121290-2 Pediatrik eller urologisk vård, 85121291-9 Pediatrik vård, 85121292-6 Urologisk vård, 85121300-6 Kirurgiska specialisttjänster, 85130000-9 Tandläkarvård och tillhörande tjänster, 85131000-6 Tandläkarvård, 85131100-7 Tandreglering, 85131110-0 Tandregleringskirurgi, 85140000-2 Diverse hälsovård, 85141000-9 Tjänster utförda av vårdpersonal, 85141100-0 Barnmorsketjänster, 85141200-1 Sjukskötersketjänster, 85141210-4 Vård i hemmet, 85141211-1 Dialys i hemmet, 85141220-7 Rådgivning tillhandahållen av sjuksköterskor, 85142000-6 Paramedicinska tjänster, 85142100-7 Sjukgymnasttjänster, 85142200-8 Homeopatiska tjänster, 85142300-9 Hygientjänster, 85142400-0 Hemleverans av inkontinensprodukter, 85143000-3 Ambulanstjänster, 85144000-0 Patientvård på sjukhus eller i hemmet, 85144100-1 Patientvård i hemmet, 85145000-7 Tjänster tillhandahållna av medicinska laboratorier, 85146000-4 Tjänster utförda av blodbanker, 85146100-5 Tjänster utförda av spermabanker, 85146200-6 Tjänster utförda av organbanker, 85147000-1 Företagshälsovård, 85148000-8 Medicinsk analys, 85149000-5 Farmaceutiska tjänster, 85150000-5 Medicinsk bildbehandling, 85160000-8 Optikertjänster, 85170000-1 Akupunktur och kiropraktik, 85171000-8 Akupunktur, 85172000-5 Kiropraktik 85312500-4 Rehabiliteringstjänster 85323000-9 Kommunal hälso- och sjukvård.

huvudmannen eller annan statlig, regional eller kommunal aktör får ha ett rättsligt bestämmandeinflytande över den idéburna organisationen. Detta framgår även i lagen om registrering av idéburna organisationer avseende begränsningar i värdeöverföringar, se 8 §. Signifikativt för detta område är att utvecklingsarbetet bedrivs av aktörer som inte drivs av kommersiella intressen, utan av sociala företag, sociala entreprenörer eller idéburna organisationer. Detta kan vara aktörer som verkar för personcentrerad vård och att stärka patientens ställning.

14.6.4 Avtal om inköp av produkter och tjänster genom innovation

En tredje underordning som huvudmannen kan utveckla är den avseende inköp av produkter och tjänster genom innovationspartnerskap. En grundförutsättning för att förfarandet ska vara rättsligt tillämpligt är att det som huvudmannen söker inte finns på marknaden, 6 kap. 31 § lagen om offentlig upphandling. Ett innovationspartnerskap mellan huvudmannen och leverantören ska således syfta till både utveckling och inköp av produkt eller tjänst.

Ett ytterligare krav är att huvudmannen endast får ingå partnerskap med leverantörer som har möjlighet att bedriva separata forsknings- och utvecklingsprojekt, i enlighet med 6 kap. 37 § lagen om offentlig upphandling. Man kan tolka kravet så att arbetet inte ska vara en del av produktionsarbetet där man anpassar existerande lösningar. Naturligtvis kan detta vara en gråzon, men man kan också tänka så att innovationspartnerskapet är ett sätt för huvudmannen att skapa långtgående samarbete inom områden där det krävs stora mått av forskning och utveckling för att ta fram ändamålsenliga lösningar. Man kan föreställa sig hur anskaffandet av hälso- och sjukvårdens digitala informationssystem kräver något mer än bara ett traditionellt inköp av en marknadsprodukt. Ett exempel är Karolinska Institutets innovationspartnerskap med Philips avseende ”Augmented Reality in Surgical Navigation” som avser ny teknik för ryggkirurgi.¹⁷¹³

Själva ordningen för upphandling ska som utgångspunkt utformas som för upphandling i övrigt. Det innebär att huvudmannen behöver annonsera om partnerskapet i sina sedvanliga kanaler samt i övrigt kommunicera vad som gäller för förfarandet enligt 6 kap. 30 § lagen om offentlig upphandling. Unikt är att partnerskapet ska delas upp i etapper som följer av stegen i forsknings- och innovationsprocessen, 6 kap. 39 § lagen om offentlig upphandling. Till detta hör också att bestämma delmål, vilka i sin tur lägger grunden för reglering av ersättning m.m. När huvudmannen utvärderar anbud ska beslutet om tilldelning göras utifrån den leverantör vars förslag är det bästa i förhållande mellan pris och kvalitet, 6 kap. 38 § lagen om offentlig upphandling.

Huvudmannen tilldelar kontraktet innan utvecklingsarbetet startar. Eftersom kontraktet även innefattar köpet behöver inget nytt kontrakt i upphandlingsrättslig mening upprättas vid leveransen av det färdigproducerade resultatet. Det kan dock vara på sin plats att reglera köprättsliga frågor genom köpeavtal. Det kan i sig även vara så att huvudmannen endast ska ha en nyttjanderätt till det producerade resultatet, vilket exempelvis kan vara fallet för mjukvarulösningar

¹⁷¹³ Region Stockholm Innovation, Innovationsbokslut 2021 s. 13.

som kräver kontinuerliga förbättrings- och utvecklingsarbete. Då behöver man i stället upprätta ett licensavtal för nyttjanderätten.

14.7 Tillsyn och granskning av huvudmannens hälso- och sjukvårdsreform – avslutande kommentarer

Tillsyns- och granskningsarbete är som framgått ett viktigt medel för att utvärdera implementering av lagar och hälso- och sjukvårdsreform på huvudmannanivå. Huvudmannens verksamhet lyder under tillsyn och granskning från både statliga och regionala aktörer. De statliga tillsynsorganen har en övergripande roll att granska huvudmannens verksamhet. Sedan granskar huvudmannens i sin tur huruvida nämndernas verksamhet är lagenlig samt bedrivs ändamålsenligt enligt reglemente och andra styrande dokument m.m. Vi har löpande i detta kapitel diskuterat ansvar och utkrävande av ansvar avseende huvudmannens verksamhet vad gäller politik och förvaltning. I detta avsnitt kommer vi att ytterligare diskutera hur revisorskollegiet i samspel med regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen kan agera som organ för granskning och fastställande av nämndernas ansvar. Avslutningsvis kommer vi även att mycket kortfattat belysa de personliga ansvar som aktualiseras för dem som företräder huvudmannen.

14.7.1 Statlig tillsyn av huvudmannen

De statliga myndigheterna har i egenskap av tillsynsorgan ett tillsynsansvar avseende huvudmannens verksamhet. En central myndighet i sammanhanget är IVO som har tillsynskompetens inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt LSS-området.¹⁷¹⁴ Myndigheten har därmed ett särskilt ansvar att granska huruvida huvudmän som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet implementerar och efterlever lagstiftning. Granskningen kan inriktas på i vilken omfattning huvudmannen uppfyller bindande reglering i utövandet av sin verksamhet och fullgör sina skyldigheter avseende egenkontroller. Den kan exempelvis fokusera på huvudmannens klagomålshantering avseende patienter eller huruvida befolkningen får en säker vård med god kvalitet m.m. IVO redovisar sitt tillsynsresultat till huvudmannen. Huvudmannen har sedan ett ansvar att hantera eventuella brister i den egna verksamheten.

I sammanhanget kan även nämnas andra tillsynsmyndigheter som utövar tillsyn och granskar huvudmannens implementering och efterlevnad av hälso- och sjukvårdslagstiftning, exempelvis Läke-medelsverket och Socialstyrelsen m.fl. Andra exempel är Integritetsskyddsmyndigheten och Arbetsmiljöverket när det gäller huvudmännens ansvar avseende personuppgifter och arbetsmiljö.¹⁷¹⁵

Ur vårt perspektiv är det i enlighet med vad som diskuterats ovan rimligt att de statliga myndigheterna i förhållande till huvudmännen närmare granskar den bristande implementeringen av patientlagen. Det är också rimligt att exempelvis Riksrevisionen tar ett helhetsgrepp i detta avseende.¹⁷¹⁶ Det finns ur

¹⁷¹⁴ 1 § förordning med instruktion för Inspektion för vård och omsorg.

¹⁷¹⁵ Detta utvecklas i kapitel 15 i relation till vårdgivarens arbete.

¹⁷¹⁶ Se ovan i avsnitt 13.6.3.

vårt perspektiv behov av mer forskning kring hur samverkansbaserad hälso- och sjukvårdsreform ska granskas för att stimulera själva reformarbetet. Vi har i detta avseende prioriterat att förstå hur reformarbete bedrivs i samspelet mellan stat, regionerna och kommunerna.

14.7.2 Huvudmannens ordning för revision

Det föreligger som vi beskrivit ovan krav på revisionsarbete inom huvudmannens interna ordning, se 12 kap. kommunallagen. Här stadgas att revisionen ska följa god redovisningssed, 12 kap 1 §. Inom ramen för huvudmannens organisation finns ett antal organ som utför revision, granskning och ansvarsutkrävande av de verksamheter som bedrivs på huvudmannanivå. Vi kommer i det följande att ytterligare diskutera Västra Götalandsregionens organ för revision – Revisorskollegiets arbete i förhållande till regionfullmäktige. Det är enligt vår mening rimligt att Revisionskollegiet mer systematiskt följer hälso- och sjukvårdsreform. Detta är särskilt angeläget exempelvis avseende patientlagen, då det är mer eller mindre uppenbart att det föreligger stora implementeringsbrister.

14.7.2.1 Revisorskollegiets roll i revisionsarbetet

Som nämnts i avsnitt 14.2.2.5 utför Revisorskollegiet Västra Götalandsregionens revision av hälso- och sjukvårdsarbetet. Uppdraget utförs i enlighet med det beslutade reglementet.¹⁷¹⁷ I vårt arbete är det intressant hur Revisorskollegiet utvärderar hälso- och sjukvårdsnämndernas arbete genom intern kontroll inom ramen för huvudmannens ordningar, se intern ordning enligt avsnitt 14.2 samt externa ordning avseende samverkan med vård- och omsorgsaktörer (avsnitt 14.3), samverkan med civilsamhälle (avsnitt 14.4), hantering av externa tjänster (avsnitt 14.5) samt inköp (avsnitt 14.6). Revisorskollegiet är således ett viktigt organ för att granska hur verksamheten utför hälso- och sjukvårdsverksamhet enligt nämnda ordningar och i enlighet med lagar, författningar och regionsfullmäktigebeslut samt i övrigt på ändamålsenligt sätt.

Revisionsarbetet utgår från de förtroendevalda revisorerna. En revisor får självständigt väcka revisionsärenden i fullmäktige om det innefattas i revisionsuppdraget eller granskning, se 5 kap. 22 § p. 3 kommunallagen. Granskningsarbetet utförs utav sakkunniga biträden (tjänstepersoner), 12 kap. 8 §. Revisorerna är oberoende och granskar verksamheten på regionfullmäktiges uppdrag, 12 kap. 7 §. Genom uppdraget granskar revisorerna både nämndernas och ledamöternas ansvar. Revisionen ska även bedrivs samordnat med förfaranden för huvudmannens hel- eller delägda bolag, stiftelser eller kommunalförbund där huvudmannen är delägare. Revisorskollegiet ska i detta verka för ”ett gemensamt, samordnat och kollektivt arbetssätt” avseende planering, genomförande och avrapportering av revisorernas revisionsuppdrag. Uppdraget ska bl.a. utföras i enlighet med lag,

¹⁷¹⁷ Se regionfullmäktiges beslutade Reglemente för revisorskollegiet Dnr RS 2024-00739. Av reglementet följer ett årligt uppdrag att granska huruvida huvudmannens verksamhet ”sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig”. Se B 3 § Reglemente för revisorskollegiet Dnr RS 2024-00739. Se även 12 kap. 1 § kommunallagen.

god redovisningssed i kommunal verksamhet samt i annan författning.¹⁷¹⁸ I reglementet framgår också krav på att Revisorskollegiet löpande rapporterar till regionfullmäktige, lämnar delårsrapporter samt i övrigt utför och rapporterar granskningsarbetet enligt speciallagstiftning.¹⁷¹⁹ Revisionsberättelsen är ett viktigt beslutsunderlag för fullmäktige i fastställandet av ansvar.¹⁷²⁰

14.7.2.2 Regionfullmäktiges roll i revisionsarbetet

Som tidigare beskrivits i detta kapitel har fullmäktige det yttersta ansvaret för huvudmannens verksamhet. Revisionsuppdraget har en viktig funktion för att säkerställa en systematisk och kvalitativ ordning för återrapportering av huvudmannens verksamhet till fullmäktige. Här ingår att säkerställa en lagenlig och i övrigt ändamålsenlig drift av verksamheten. Det skulle följaktligen vara rimligt att det inom ramen för revisionsuppdraget ingår att utvärdera implementeringen av central hälso- och sjukvårdslagstiftning, som exempelvis patientlagen. Fullmäktiges ansvar för granskning och fastställande av ansvar framgår av 5 kap. 1 § p. 5 och 7 kommunallagen.

Inom ramen för sin rättsliga kompetens väljer fullmäktige revisorer vilka utvärderar och tar fram beslutsunderlag i form av rapporter, revisionsberättelse m.m. I Västra Götalandsregionen finns exempelvis revisionsrapporter om hälso- och sjukvårdens omställning, den nya politiska organisationen samt arbetet med Millenium.¹⁷²¹ Fullmäktige beslutar om att antingen ställa sig bakom revisorernas underlag eller om man önskar göra ett annat ställningstagande. I beslutsunderlaget kan revisorerna rikta anmärkningar eller avstyrka ansvarsfrihet för förtroendevalda. Av kommunallagen framgår fullmäktiges beslutskompetens att bevilja eller vägra ansvarsfrihet för förtroendevalda, se 5 kap. 24 §.¹⁷²² Om ansvarsfrihet vägras kan fullmäktige besluta om att väcka skadeståndstalan mot förtroendevalda, 5 kap. 25 §. Fullmäktige kan även återkalla den förtroendevaldes uppdrag, 4 kap. 9 § och 5 kap 32 § 2 st.

14.7.3 Granskning av nämnderna

Själva granskningen av huvudmannens verksamhet avser i stor utsträckning nämnder som tillsyns- och granskningsobjekt.¹⁷²³ En central utgångspunkt är den delegering av verksamhetsuppgifter och ansvar som regionfullmäktige

¹⁷¹⁸ Övriga kriterier enligt reglementet B 4 § innefattar att uppdraget ska bedrivas i enlighet med budget, fastställda mål samt i övrigt beakta vad som är påkallat utifrån revisionsverksamhetens utveckling.

¹⁷¹⁹ A 11 §, A 16 § samt B 1 § Reglemente för revisorskollegiet Dnr RS 2024-00739.

¹⁷²⁰ Vid vissa omständigheter är Revisorskollegiet anmälningsskyldiga till nämnderna, se exempelvis om brott av förmögenhetsrättslig karaktär eller åsidosättande av avgörande från allmän förvaltningsdomstol. Se B 3 § Reglemente för revisorskollegiet Dnr RS 2024-00739.

¹⁷²¹ Granskning av omställning av hälso- och sjukvården Dnr REV 2023-00097, Granskning av ny politisk organisation Dnr REV 2023-00094 samt Granskning av program Millenium Dnr REV-2023-00096.

¹⁷²² Tjänstemännens ansvar provas inte genom fullmäktige och kommunallagen.

¹⁷²³ Vi har sedan tidigare pratat om revision av privaträttsliga bolag enligt privaträttsliga regler och kommer därför inte avhandla huvudmannens hel- eller delägda bolag i denna del.

beslutar om genom reglemente.¹⁷²⁴ Som framgår av ovan kan huvudmannens implementering av patientlagen och annan central hälso- och sjukvårdslagstiftning granskas genom både statliga och regionala organ. Granskning av i vilken utsträckning nämnderna uppfyller vad som föreskrivs i reglemente sker primärt inom den interna ordningen.¹⁷²⁵

14.7.3.1 Verksamhetsuppgifterna i reglementet

Regionstyrelsen i Västra Götaland ska enligt reglementet:

”a) följa lag och annan författning b) följa det fullmäktige i reglemente, i samband med budget eller i annat särskilt beslut har bestämt att Styrelsen/Nämnden ska fullgöra c) verka för att fastställda mål uppnås och i övrigt följa givna uppdrag och riktlinjer”.¹⁷²⁶

Andra områden som ligger till grund för granskning rör bl.a. regionstyrelsens arbete avseende det övergripande ägar- och styransvaret för hälso- och sjukvård inbegripet förträdarskapet som vårdgivare för hälso- och sjukvårdsverksamheter i egen regi samt att utveckla och upprätthålla ledningssystem för regionens samlade hälso- och sjukvård. Ytterligare områden rör det övergripande ansvaret att företräda regionen som arbetsgivare samt hantera arbetsmiljöfrågor för personalen inom dess verksamhetsområde. Revisionen avser även regionstyrelsens personuppgiftsansvar samt ansvaret att fastställa och följa upp sin plan för intern kontroll.¹⁷²⁷

Även revision avseende övriga nämnder utgår från det ansvar som följer av regionfullmäktiges delegering.¹⁷²⁸ Granskningen utgår delvis utifrån samma grundläggande ansvar som regionstyrelsens, se a)-c) ovan, men med vissa tillägg. Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden granskas också utifrån uppgiften att ”följa de riktlinjer, rutiner och anvisningar som regionstyrelsen lämnar sin roll att samordna och ha uppsikt över Västra Götalandsregions verksamheter”.¹⁷²⁹ Den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, de delregionala nämnderna samt patientnämnderna har det något mer avgränsade ansvaret att ”följa de styrande dokument som regionstyrelsen lämnar i sin roll att samordna och ha uppsikt över Västra Götalandsregionens verksamhet”.¹⁷³⁰ Samtliga nämnder har också egna ansvar, avseende exempelvis att följa upp sin plan för den egna verksamhetens interna kontroll.¹⁷³¹ I sammanhanget ska även nämnas nämndernas ansvar att i olika omfattning verka för hälso- och sjukvårdens omställning till god och nära vård. I de framtagna revisionsrapporterna framgår eventuella brister i verksamheten. Regionfullmäktige har att med utgångspunkt i dessa besluta om nämndledamöternas ev. ansvarsfrihet.

¹⁷²⁴ Här kan även nämnas kommunallagens bestämmelser om att styrelsen utgör en nämnd med särskilda uppgifter.

¹⁷²⁵ Vi har delvis redan avhandlat detta i förevarande kapitel så nedan avsnitt kan ses som kompletterande diskussion.

¹⁷²⁶ B1 § Reglemente för regionstyrelsen Dnr RS 2023-01583.

¹⁷²⁷ Se vidare del B och C Reglemente för regionstyrelsen Dnr RS 2023-01583.

¹⁷²⁸ Se dels B 4a) § Reglemente för regionstyrelsen Dnr RS 2023-01583.

¹⁷²⁹ B 1d) § Reglemente för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden Dnr RS 2023-01583.

¹⁷³⁰ B 1d) § Reglemente för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, Reglementen för delregionala nämnderna samt patientnämnderna Dnr RS 2023-01583.

¹⁷³¹ Se vidare avsnitt C i respektive reglemente.

14.7.3.2 Samverkansuppgifterna i reglementet och avtal

Ett särskilt intressant granskningsobjekt är den samverkan som huvudmannen utför med andra huvudmän till följd av rättsligt bindande beslut eller avtal. De som samverkar har att både uppfylla vad som föreskrivs i reglementet och vad man avtalat om inom ramen för samverkan.

När det gäller regional och kommunal samverkan finns revisionsregler i kommunallagen. För gemensamma nämnder tar granskningen utgångspunkt i de uppgifter som delegerats via reglemente. Härifrån framgår ansvar för huvudmännen inom samverkansrelationen. Själva granskningen utförs av revisorerna i var och en av de samverkande huvudmännen för att fastställa om den gemensamma verksamheten möter de uppställda kraven, se 9 kap. 34 §. Granskningen måste således ses i ljuset av respektive huvudmans interna granskningsordning. Frågan om ansvarsfrihet för de förtroendevalda prövas av vardera huvudmans fullmäktige, se 9 kap. 35 §.

När det gäller kommunalförbund väljs revisorer genom förbundsfullmäktige. Om det finns en förbundsledning väljs revisorer i stället i enlighet med förbundsordningen, se 9 kap. 12 § 2 st. Revisorerna i kommunalförbund är skyldiga att på begäran lämna upplysningar avseende sin granskning till regionens och kommunens revisorer, se 9 kap. 15 §. Det är sedan upp till huvudmännen att hantera granskningsinformationen inom ramen för sin interna ordning.

I sammanhanget ska nämnas de avtalsbaserade samverkansstrukturerna för huvudmännens implementerings- och reformarbete i hälso- och sjukvårdssamverkan. Hälso- och sjukvårdsavtalet, samt dess underavtal, mellan Västra Götalandsregionen och länets kommuner avser ett antal rättigheter och förpliktelser mellan huvudmännen. Genom avtalet är respektive huvudman bunden till bestämmelserna. Inom ramen för de regionala och kommunala huvudmännens interna ordningar granskas avtalsrelationen samt vilka ansvar som härigenom behöver hanteras. Granskningen tar också sikte på hur väl man uppfyller de samverkansbaserade bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Eventuella utkrävande av ansvar mellan huvudmännen sker främst genom den övergripande samverkansstrukturen.

Annan avtalsbaserad samverkan rör samrådsliknande strukturer där länets huvudmän samverkar avseende vård- och omsorg inom länet, se Regiongemensamma samverkansstrukturer mellan länets huvudmän i avsnitt 14.3.6.3. Samverkansstrukturerna saknar självständig beslutskompetens i förhållande till huvudmännen. Det innebär att samverkansstrukturernas beslut måste förankras och beslutas inom respektive huvudmans interna ordning för att uppnå rättslig bundenhet. Genom detta upptas samverkansarbetet även i huvudmännens interna granskningsordning.

Enligt oss är det särskilt intressant hur man ska förhålla sig till förtroendevaldas och tjänstemännens ansvarstagande samt utkrävande av ansvar inom de politiska och tjänstemannabaserade samverkanarenorna. Särskilt eftersom ansvaret placeras på individnivå avseende att information och upplysningar sker mellan samverkansstrukturerna och huvudmännens interna ordningar. Det är inte långsökt att föreställa sig ett långtgående behov av tydlig styrning avseende hur arbete ska utföras samt utförande av granskning.

14.7.4 Något om personliga ansvar för huvudmannens verksamhet

I detta kapitel framgår att ett stort ansvar åligger de ledamöter som beslutar i nämnder och fullmäktige. Som nämnts föreligger även ansvar för de tjänstemän som bereder, verkställer och granskar huvudmannens beslut. Därför kommer vi kort belysa personliga ansvar och frågan om ansvarsfrihet inom ramen för huvudmannens verksamhet.

Som nämnts har förtroendevalda i sitt uppdrag som politiker ett långtgående ansvar i sitt yrkesutövande. De anses vara ytterst ansvariga för beslut de fattar inom sina uppdrag. Tjänstemän å andra sidan utgör anställda i den offentliga förvaltningen. En ytterligare grupp är legitimerad eller annan särskilt behörig personal som utför arbetssysslor i enlighet med deras professionella status. I detta underavsnitt kommer vi att kort belysa möjligheten till personligt ansvarsutkrävande av individer i nämnda grupper. Vi utgår från arbetsrättsliga, straffrättsliga och civilrättsliga utkrävande av ansvar. I kapitel 16 kommer vi att mer utförligt diskutera det personliga ansvaret och då framför allt det arbetsrättsliga ansvaret.¹⁷³² Vi menar att det framför allt är det arbetsrättsliga ansvaret och det s.k. professionsansvaret som är intressant att diskutera närmare.

14.7.4.1 Straffrättsligt ansvarsutkrävande

Ett generellt straffrättsligt ansvar är det avseende tjänstefel enligt brottsbalkens 20 kap. Den som inom ramen för offentlig verksamhet uppsåtligt eller av oakt-samhet åsidosätter sin uppgift rörande myndighetsutövning kan dömas till böter eller fängelse i högst två år, 20 kap. 1 §. Om brottet anses grovt är straffsatsen fängelse i minst sex månader och högst sex år. Undantagna denna bestämmelse är ledamöter av statliga och kommunala beslutsförsamlingar, dvs. de förtroendevalda politikerna. Ett annat straffrättsligt ansvar träffar både politiker och tjänstemän som åsidosatt vad som åligger dem i uppdraget eller anställningen. Det avser både tjänstemän och ledamöter i statliga och kommunala beslutsförsamlingar, 20 kap. 5 §. Ett ytterligare straffrättsligt ansvar föreligger vid mutbrott enligt 10 kap. 5a §. Häri innefattas att offentligt anställda undviker att otillbörliga förmåner i tjänsteutövning. Frågan har även väckts om brottsrubriceringen trolöshet mot huvudman även ska vara föremål för prövning i avtalsförhållanden där tjänstemän missbrukar sin förtroendeställning enligt 10 kap. 5 §.¹⁷³³

14.7.4.2 Arbetsrättsligt ansvarsutkrävande

En befattningshavare som begår en brottslig gärning eller grov tjänsteförseelse kan avskedas eller avstängas från sin tjänst, i enlighet med 23 § lagen med instruktion för Riksdagens ombudsmän (JO).¹⁷³⁴ Disciplinära åtgärder kan även aktualiseras genom återkallelse av legitimation eller behörighet för hälso- och

¹⁷³² Det medför också att antal ansvarsgrunder kommer att öka, se ansvarsutkrävande för exempelvis personuppgiftshantering, läkemedelshantering, hantering av IT-system m.m.

¹⁷³³ Kommittédirektiv 2024:14 Straffrättsliga åtgärder mot korruption och tjänstefel. Häri sker också en utvärdering huruvida det straffrättsliga ansvaret för tjänstefel bör utvidgas.

¹⁷³⁴ Se vidare avsnitt 13.6.2.2.

sjukvårdspersonal. De arbetsrättsliga och professionsbaserade ansvaren kommer som sagt att avhandlas i kapitel 15 respektive 16.

14.7.4.3 Annat civilrättsligt ansvarsutkrävande

Ett civilrättsligt skadeståndsansvar kan i vissa särskilda fall även aktualiseras för anställda som orsakar personskada, sakskada eller förmögenhetsskada. Även om utkrävandet av ansvar utgår från den som orsakat skadan har arbetsgivaren s.k. principalansvar och är därmed den som utkrävs på ansvar enligt 3 kap. skadeståndslagen. Endast när det föreligger synnerliga skäl med hänsyn till handlingens beskaffenhet, arbetstagarens ställning, den skadelidandes intresse och övriga omständigheter kan personligt skadeståndsansvar aktualiseras enligt 4 kap. skadeståndslagen.

KAPITEL 15

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS VÅRDGIVARANSVAR

15.1 Ansvar att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård

I detta kapitel ska vi analysera hur vårdgivarens verksamhet kan förstås som rättslig ordning.¹⁷³⁵ Kapitlet fokuserar på hälso- och sjukvårdens mesonivå. En påtaglig utmaning är att vad som utgör en vårdgivare kan skilja sig avsevärt. Utgångspunkten är att det är regionerna och kommunerna som är vårdgivare, men det är fullt möjligt att aktiebolag och t.o.m. enskilda firmor agerar som vårdgivare. Även i detta kapitel har vi valt att rättsempiriskt fokusera på Västra Götalandsregionen som vårdgivare. Mer specifikt kommer vi att utvärdera Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Närhälsans vårdcentraler. Vi kommer i vissa delar även beröra privata primärvårdsaktörer och deras vårdcentraler. Härigenom får vi en relativt bred bild av vad som kan innefattas i en vårdgivares verksamhet. Ambitionen är att sociolegalt tydliggöra vad som utgör för vårdgivaren central rättslig ordning och handlingsystem för att på så vis skaffa oss en bild av de systembaserade förutsättningarna för att implementera lagstiftning och statligt initierad hälso- och sjukvårdsreform. Även i detta kapitel kommer vi att utvärdera hur reformerna avseende god och nära vård respektive kunskapsstyrningen implementeras på vårdgivarnivå. På motsvarande sätt som ovan är det vår ambition att utveckla en sociolegal förståelse för hur patientlagen kan implementeras och därmed möjliggöra personcentrerad vård.

15.1.1 Vårdgivarrollen och dennes systembaserade ställning

Först kan vi konstatera att vårdgivaren är aktören som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.¹⁷³⁶ En vårdgivare är enligt 2 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. De enskilda regionerna och kommunerna kan som framgått välja att organisera hälso- och sjukvården själva eller att anlita andra vårdgivare, 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Antingen är de alltså själva vårdgivare eller så anlitar de extern vårdgivare, se 3 kap. 12 § kommunallagen. Rättsligt sett är rollen som vårdgivare placerad på själva rättssubjektet. Det innebär att vårdgivaren utgör ett eget rättssubjekt eller är en del av ett rättssubjekt. Verksamhetsmässigt är dock själva utförandet av vården placerad inom ramen för en del av regionernas alternativt av kommunernas organisation.¹⁷³⁷ I vissa fall kan även staten vara vårdgivare. En vårdgivare kan även vara privat och som sådan vara organiserad som privaträttslig association,

¹⁷³⁵ Se avsnitt 12.1 gällande tidsperioden för vår huvudanalys, där tonvikten legat på 2023 och första halvan av 2024.

¹⁷³⁶ I hälso- och sjukvårdslagen 2 kap. 3 § definieras vad som är en vårdgivare: "Med vårdgivare avses i denna lag statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet."

¹⁷³⁷ Det finns mer eller mindre samstämmiga definitioner av vårdgivare i 1 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen och 1 kap. 3 § patientdatalagen.

exempelvis ett aktiebolag eller ett handelsbolag.¹⁷³⁸ Ägarna till det privaträttsliga subjektet kan vara privata, men kan också vara offentliga, dvs. ha region eller kommun som ägare alternativt delägare.¹⁷³⁹ Det är enligt lagstiftningen också möjligt att tillhandahålla hälso- och sjukvård som enskild näringsidkare. Det kan vara frågan om att enskilda läkare, sjukgymnaster m.fl. driver verksamhet.

Som vårdgivare är man bunden av hälso- och sjukvårdslagen som föreskriver hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas och organiseras, 1 kap. 1 § HSL. En viktig distinktion utifrån hälso- och sjukvårdslagen är i vilken utsträckning en vårdgivare tillhandahåller sluten eller öppen vård.¹⁷⁴⁰ Med att vården är sluten menas att den ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning, 2 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. För hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska det finnas sjukhus, 7 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Sjukhusvård bedrivs regelmässigt inom ramen för regionernas ansvarstagande som vårdgivare. Det finns, som ovan nämnts, exempel på sjukhus som drivs inom separata bolag. Annan vård än den slutna vården är alltså öppen, 2 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen. Den viktigaste formen av öppen vård är primärvården. Primärvården är enligt 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska enligt bestämmelsen tillhandahålla hälso- och sjukvård i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.¹⁷⁴¹ Ambitionen i förevarande kapitel är att analysera kraven på vårdgivare som tillhandahåller sluten vård såväl som öppen vård.

Vi kan redan här konstatera att vad som utgör en vårdgivare kan väsentligt skilja sig åt. Det är givetvis en stor skillnad mellan Västra Götalandsregionen som vårdgivare i förhållande till enskilda läkare som bedriver privat verksamhet. Organiseringen av vårdgivaren som rättslig ordning kommer följaktligen att drastiskt skilja sig åt. Det är inte alltid uppenbart hur regioner och kommuner, när det gäller den interna ordningen, håller isär rollen som huvudman i förhållande till rollen som vårdgivare. Stora regioner som Västra Götalandsregionen bedriver som vi redan konstaterat slutenvård som innefattar ett antal sjukhus. Öppen vården bedrivs inom ramen för ett relativt stort antal vårdcentraler m.m. I sammanhanget blir det också tydligt att hälso- och sjukvårdssystem består av relationsbaserade nätverk av vårdgivare. Mycket öppenvård bedrivs av externa vårdgivare. I Stockholmsregionen har man som framgått dessutom valt att organisera egen sjukvård i externa bolag.

¹⁷³⁸ Regionerna köpte år 2022 privat vård för runt 60 miljarder kronor om året, vilket var runt 18% av regionernas kostnader. Andelen vårdcentraler som drivs av privata vårdgivare uppgick samma år till 46% medan andelen läkarbesök som skedde hos en privat vårdgivare uppgick till 45%. Se vidare SKR:s webbsida, Regionernas köp av verksamhet.

¹⁷³⁹ Se 10 kap. 1–4 §§ kommunallagen om förutsättningar för ägande.

¹⁷⁴⁰ Ytterligare handlingsordningar föreligger vid offentligt finansierad hälso- och sjukvård vilken behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. Se 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen.

¹⁷⁴¹ I lagen tydliggörs även att viss högspecialiserad vård ska koncentreras till vissa enheter, dvs. de behöver inte finnas i varje landsting, 1 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen.

15.1.2 Vårdgivarens ansvar att tillhandahålla vård av god kvalitet

Vårdgivaransvaret består i att leda, organisera, styra och säkerställa utförandet av hälso- och sjukvården. För regionala och kommunala vårdgivare kommer detta att innefatta en mycket omfattande och även komplex rättslig ordning. Detta gäller även större privata vårdgivare. Samtidigt går det enligt vår mening att peka på vad som kan anses utgöra vårdgivarrollens rättsliga kärna. Utifrån vårt perspektiv är vårdgivaransvarets rättsliga kärna säkerställandet av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Oavsett om vården är öppen eller sluten ska vårdgivaren enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen säkerställa att hälso- och sjukvårdsverksamheten uppfyller kraven på god vård. Det innebär att vården särskilt ska:

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Kraven på god vård reflekteras även i vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten, där det i 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen anges att *vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls*. Detta är själva kärnan i vårdgivaransvaret. Uppgiften att planera, leda och kontrollera kommer i sig att kräva att vårdgivaren utvecklar en rättslig ordning. I det centrala ansvaret inbegrips följaktligen vårdgivarens skyldighet att tillgodose patientens rätt till god vård i enlighet med 1 kap. 7 § patientlagen. Det är också rimligt att hävda att implementerandet av patientens rätt enligt patientlagen, åtminstone de centrala bestämmelser som riktar sig till vårdgivare, ska innefattas i den rättsliga ordning som vårdgivaren har att utveckla.

Av 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen följer att när det gäller den ordning som vårdgivaren har att utveckla avseende kärnverksamheten ska denne tillse att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Det innebär att vårdgivaren också har en skyldighet att tillgodose patientens rätt till god vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genom att se till att den personal som i sin tur bär den skyldigheten mot patienten finns tillgänglig. Därtill har vårdgivaren en skyldighet att se till att en ny diagnos- eller behandlingsmetod som ska tillämpas ska bedömas utifrån individ- och samhällsetiska aspekter om det kan ha betydelse för människovärdet och integriteten för patienterna, se 5 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen. Det är också, enligt 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen, ett generellt krav att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

En annan ordning, vilken kan anses innefattas i vårdgivarens kärnverksamhet, är den för hantering av journaler och patientdata. Vårdgivaren har enligt patientdatalagen ett särskilt ansvar för hanteringen av personuppgifter i samband med hälso- och sjukvård, 2 kap. 6 §. Det är bl.a. vårdgivarens uppgift att styra villkoren för elektronisk åtkomst av uppgifter om patienter, se bl.a. 4 kap. 2 §

och 5 kap. 5 § patientdatalagen. Vårdgivaren har också, enligt 4 kap. 3 § patientdatalagen, ett särskilt ansvar för kontrollen av den elektroniska åtkomsten av patientuppgifter.

Redan genom att försöka ringa in vad som är kärnan i vårdgivarens rättsliga ansvar kan vi konstatera att det krävs relativt mycket av vårdgivaren som organisation. Organisatorisk förmåga att hantera komplex verksamhet beskrivs ofta i termer av autonomi. En central fråga för detta arbete är vilka handlingssystem som är centrala för en vårdgivare som ska tillhandahålla god vård. Det mest närliggande är att fokusera på själva organisationsformen.¹⁷⁴² Inom organisationsforskningen finns samtidigt en skepticism kring vad som kan åstadkommas med organisationen som sådan. Organisatorisk autonomi är svåruppnådd inom en verksamhet som hälso- och sjukvård.¹⁷⁴³ Detta kan förklaras bl.a. med att hälso- och sjukvård är en professionsdriven organisation. Betecknande för denna form av organisation är som diskuterats att ansvaret för verksamheten i stor utsträckning ligger på läkaren och andra inom hälso- och sjukvårdsprofessionen, vilket i sig är ett uttryck för att organisationens ledning har begränsad hierarkisk kontroll över verksamheten.¹⁷⁴⁴ En central fråga i sammanhanget är i vilken utsträckning vårdgivaren ska förlita sig på att de anställda, genom sin utbildning och professionella kvalifikation, har tillräcklig kompetens att tillhandahålla god vård. Omvänt frågar vi oss i vilken utsträckning vårdgivaren måste tillhandahålla normorienterade handlingssystem i form av infrastruktur, rutiner, processer, kunskapsstöd etc. för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna utföra sina arbetsuppgifter. Slutsatsen i förevarande arbete är att vårdgivare, för att kunna ta ansvar för att den vård som tillhandahålls uppfyller de kvalitetskrav som uppställs, har att utveckla omfattande handlingssystem i detta avseende. Digitaliseringen och den därtill sammankopplade kunskapsutvecklingen innebär dessutom att vårdgivarens ansvar i detta avseende blir alltmer omfattande och även krävande.

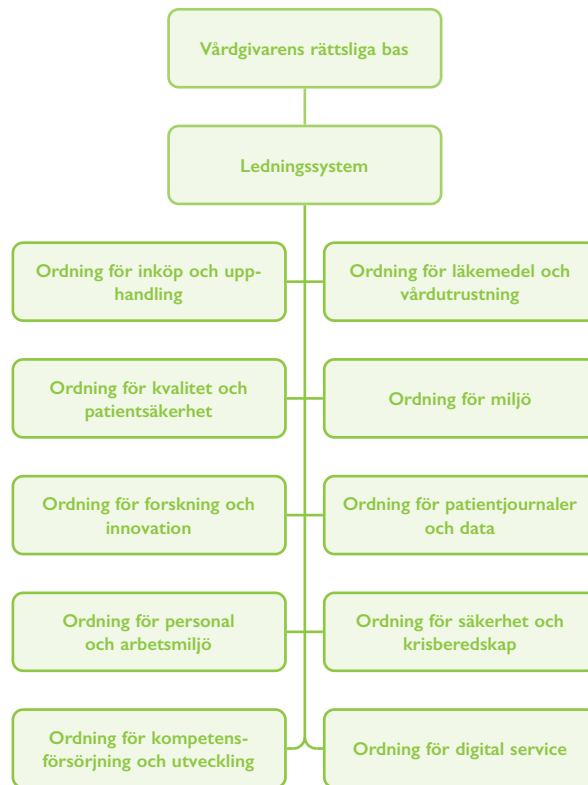
15.1.3 Vårdgivarens rättsliga ordning

En central sociolegal slutsats är som framgått att implementering av patientens rätt måste ske av vårdgivaren inom ramen för vad som kan beskrivas som rättsliga ordning, eller om man så vill verksamhetsbaserade handlingssystem. Forskningsmässigt har det varit en viktig uppgift att kartlägga och avgränsa de handlingsordningar/system som är särskilt viktiga att förhålla sig till och även utveckla när det gäller implementeringen av patientens rätt och tillhandahållandet av personcentrerad vård. Utifrån en kartläggning av det rättsliga ansvar som åvilar vårdgivaren kan vi konstatera att det finns ett antal centrala områden kring vilka vårdgivaren har att utveckla en rättslig ordning.

¹⁷⁴² Brunsson and Sahlin-Andersson, *Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform* s. 723.

¹⁷⁴³ Brunsson och Sahlin-Andersson konstaterar: "Construction organizations involves the setting up or changing of entities in such a way that they come to resemble the general and abstract concept of the organization. We will argue that traditional public services in many countries have lacked some of the key aspects of organizations. They can be described, at the most, as conspicuously "incomplete" organizations". a.a. s. 722.

¹⁷⁴⁴ a.a. s. 726.



FIGUR 39.
Vårdgivarens rättsliga ordning.

Att det krävs en rättslig ordning konkretiseras utifrån de krav som föreligger på vårdgivaren att utveckla ett ledningssystem. I Socialstyrelsen föreskrifter preciseras kraven på vårdgivarens ledningssystem. Vi menar, utifrån vår sociolegala analys, att man på vårdgivarnivå bör utgå ifrån vad som utgör de centrala ledningssystemen.¹⁷⁴⁵

Vårdgivaren är den som svarar för själva bedrivandet av hälso- och sjukvården. Härefter är själva ledningen av hälso- och sjukvården ett centralt moment. Det är hälso- och sjukvårdspersonalen som utför själva hälso- och sjukvården. Samtidigt är personalen regelmässigt anställd av vårdgivaren. Vi menar dock att när det gäller hälso- och sjukvårdsreform och implementering av lagstiftning är ändamålsenligt att göra en distinktion mellan vårdgivaren som den som svarar för ledningen och organisering av hälso- och sjukvården, i förhållande till personalens utförande av hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsprofessionernas ansvar för utförande av hälso- och sjukvården behandlas i nästa kapitel.

En första ordning att utvärdera är vad som kan beskrivas som vårdgivarens rättsliga bas. Här utvärderar vi vårdgivaren som rättssubjekt och den grundläggande rättsliga ordningen för vårdgivarens verksamhet (avsnitt 15.2). Ett centralt moment i den rättsliga basen är rättsförhållandet till huvudmannen. Centralt är också hur vårdgivare delas i mer eller mindre autonoma vårdenheter. Av vår

¹⁷⁴⁵ Metodologiskt har vi utvärderat krav på regelefterlevnad som förutsätter ledningssystem. Vi har även utvärderat förekomsten av standarder och andra icke rättsligt bindande styrmedel som kan användas för att utveckla ledningssystem inom hälso- och sjukvården.

sociolegala analys följer således att själva stommen i vårdgivarens rättsliga ordning är ledningssystemet. I ett nästa avsnitt utvärderar vi vad som utmärker ledningssystem som rättslig ordning (avsnitt 15.3). Vi utvärderar vilka olika ledningssystem som är de ledningssystem som är relevanta och tillämpliga inom hälso- och sjukvården. Vi menar att det är ledningssystemen som vi på mesonivå primärt behöver förhålla oss till när vi utifrån ett system- och verksamhetsperspektiv ska utvärdera i vilken utsträckning det på vårdgivarnivå går att implementera patientens rätt enligt patientlagen och personcentrerad hälso- och sjukvård. Det är visserligen inte de enda handlingssystemen som en vårdgivare har att utveckla. Enligt vår mening är de, utifrån detta perspektiv, de mest centrala.

En viktig sociolegal forskningsuppgift har varit att kartlägga vilka rättsliga underordningar som är centrala för att driva en vårdgivares verksamhet. Utifrån denna kartläggning har vi därefter utvärderat i vilken utsträckning patientlagen implementeras eller kan komma att implementeras i underordning. Av naturliga skäl har vi lagt mer vikt vid de rättsliga underordningar som vi menar är av störst betydelse när det gäller att implementera patientlagen och att möjliggöra personcentrerad vård. Vi har även fokuserat på de underordningar vi menar vara mesta centrala för vårdgivarnas omställning inom ramen för reformerna avseende kunskapsstyrning och utvecklingen av en god och nära vård. Vi har ringat in följande:

- Ordning för klinisk kvalitet (avsnitt 15.4)
- Ordning för journal och datahantering (avsnitt 15.5)
- Ordning för arbetsmiljö (avsnitt 15.6)
- Ordning för miljö och hållbarhet (avsnitt 15.7)
- Ordning för tillgänglighet och digital service (avsnitt 15.8)
- Ordning för vårdens samordning och samverkan (avsnitt 15.9)
- Ordning för kompetensförsörjning och utveckling (avsnitt 15.10)
- Ordning för inköp och upphandling (avsnitt 15.11)
- Ordning för forskning och innovation (avsnitt 15.12)

Vårdgivarens rättsliga ordning är i huvudsak organisationsbaserad, men kan även vara avtalsbaserad. I den utsträckning vårdgivaren bedriver verksamhet i relation till externa aktörer kommer åtminstone delar av den rättsliga ordningen att vara avtalsbaserad. Vårdgivare utvecklar externa relationer bl.a. avseende externa vårdtjänster, medicintekniska produkter, utveckling av digitala system, forskning och samverkan. Varje ordning kan delas i mer avgränsade handlingssystem. Särskilt viktiga är handlingssystemen för hur beslut fattas och hur beslut ska implementeras. Inom ramen för dessa handlingssystem genereras nya handlingssystem. Flertalet handlingssystem avser hur olika aktiviteter, exempelvis vårdåtgärder, ska utföras. Utmärkande är som har framgått att det är endast i begränsad utsträckning som vårdgivaren har egen rådighet över hur handlingssystemen ska utformas. Det gäller oavsett om de är organisations- och avtalsbaserade. Vårdgivaren har först och främst att tillämpa lagstiftning, myndighetsföreskrifter och andra bindande rättsregler. Dessutom ska vårdgivan tillämpa de reglementen och andra styrdokument som huvudmannens beslutat om. I vissa fall finns riktade politiska beslut och

även förvaltningsbeslut som måste följas. Vidare kan det i samverkan med andra huvudmän och vårdgivare ingåtts överenskommelser som måste följas. Utifrån vårdgivarens perspektiv uppställer dessa olika källor krav vilka måste översättas till normer inom ramen för de egna handlingssystemen. Genom kompetensnormer ges specifika aktörer ansvar och kompetens att fatta beslut och utföra andra åtgärder. Mycket av handlingssystemens handlingsdirigerande normer baseras på krav som går att utläsa i lagstiftning, föreskrifter och andra styrande dokument.

Vår ambition är således att kartlägga hur vårdgivare som en rättslig ordning har att driva sin verksamhet. Även i detta kapitel består den sociolegala analysen i att vi närmare utvärderar den rättsliga ordningen inom specifika vårdgivare. Redan av ovan förklaring av hur rättsliga handlingssystem ska utvecklas följer att det inte är möjligt att utvärdera vårdgivarens rättsliga ordning på en för detaljerad nivå. Vi kommer följaktligen att på ett övergripande plan utvärdera Västra Götalandsregionen som vårdgivare, med ett särskilt fokus på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Närhälsan.¹⁷⁴⁶ Vidare kommer vi i vissa delar utvärdera privata vårdgivare. I detta sammanhang kommer vi särskilt följa utvecklingen avseende implementeringen av reformarbetet avseende god och nära vård, samt i viss utsträckning även kunskapsstyrningen. I ett avslutande avsnitt kommer vi att kortfattat diskutera ordningen för ansvarsutkrävande på vårdgivarnivå.

15.2 Vårdgivaren som rättssubjekt och rättsförhållandet till huvudmannen – en rättslig bas

Utmärkande är som sagt att vi analyserar vårdgivaren som en rättslig ordning bestående av ett antal centrala handlingssystem. Vi utvärderar vad som föreskrivs enligt lag, vilka bindande avtal som ingåtts och vilka rättsliga beslut som har fattats. En första utvärdering är vad som utgör vårdgivarens rättsliga bas. Detta är själva huvudstrukturen för hur vårdgivaren bedriver sin verksamhet. För att närmare utvärdera vad som utgör den rättsliga basen för en specifik vårdgivare har vi avgränsat tre frågor, vilka behöver utvärderas närmare:

- Vilket rättssubjekt innehar rollen som vårdgivare?
- Hur ser rättsförhållandet mellan huvudman och vårdgivare ut?

¹⁷⁴⁶ En utgångspunkt är för vårdgivarens rättsliga ordningar är statens styrning genom lagar och författning vilka uppställer bindande krav för hur vårdgivaren behöver utforma, implementera samt förvalta de rättsliga ordningarna. På samma sätt har vi analyserat standarder och certifieringsordningar som ställer ytterligare krav på rättslig kvalitet avseende vårdgivarens rättsliga ordningar. I det rättsempiriska arbetet har vi genom att studera rättmaterialet kunnat identifiera sådana krav som får rättslig effekt i vårdgivarens olika organisatoriska ordningar. För att se i vilken omfattning som vårdgivarna har implementerat kraven i sin organisatoriska verksamhet har vi letat efter lokala styrdokument som riktlinjer och rutiner. Det har visat sig problematiskt, dels så krävs särskild åtkomst för att komma åt dokumenten, dels så upplever vi att det pågår ett arbete med att bygga ändamålsenliga styrdokument där arbete fortfarande återstår. Vi har också i samtal med hälso- och sjukvårdspersonal fått en bild av att de lokala styrdokument inte fullt ut återspeglar vårdgivares organisatoriska ordningar. Eftersom det rättsempiriska materialet avseende lokala riktlinjer och rutiner är, av de anledningar som beskrivs, något haltande så lägger vi vårt huvudsakliga fokus på att illustrera hur de statliga rättskällorna samt standardarbete lägger en grund för vårdgivarens rättsliga ordningar.

- Hur har vårdgivarens verksamhet organiserats, ansvar fördelats och beslut delegerats?

Genom att besvara dessa tre sociolegala frågor får vi en relativt god bild av vad som utgör vårdgivarens rättsliga bas. Detta är också dessa frågor man bör ställa sig då man har att utveckla en vårdgivares verksamhet. Det är följaktligen den rättsliga basen som tydliggör hur reformarbete bedrivs och hur initiativ från stat och huvudman implementeras. Vårdgivarens ansvar för att implementera patientlagen och att möjliggöra personcentrerad vård ska följaktligen hanteras inom ramen för denna ordning.

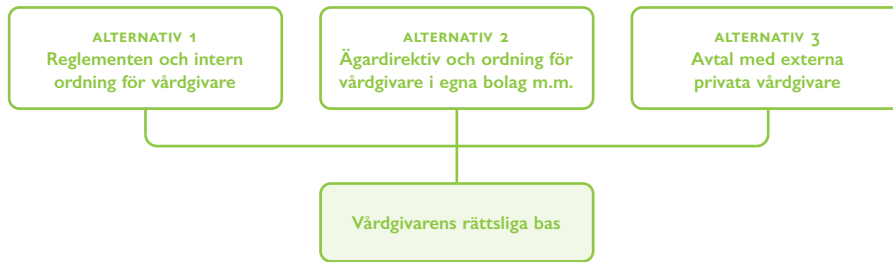
15.2.1 Rättssubjektet och placeringen av vårdgivarrollen

En första fråga avser således placeringen av rollen som vårdgivare. Detta är fundamentalt för utvecklingen av den rättsliga ordningen. Utgångspunkten är att det är det rättssubjekt som bedriver hälso- och sjukvård har rollen som är vårdgivare. Om det är regionerna eller kommunerna som utför hälso- och sjukvård så är det också dessa som är vårdgivare. Det är Västra Götalandsregionen i sig som är rättssubjektet. Motsvarande gäller exempelvis Göteborgs stad. Regionen respektive kommunen har alltså regelmässigt rollen som både huvudman och vårdgivare. Förhållande mellan huvudman och vårdgivare hanteras följaktligen inom ramen för den egna interna rättsliga ordningen.¹⁷⁴⁷ Organisatoriskt bedrivs själva hälso- och sjukvården inom ramen för en del av regionens respektive kommunens verksamhet. Det är alltså inte så att varje sjukhus respektive vårdcentral är en vårdgivare, utan de är en del av den regionala vårdgivarens organisation i egenskap av vad som kan beskrivas som mer eller mindre autonoma vårdenheter. Vårdenheten är en viktig komponent för att tydliggöra vårdgivaransvar genom vårdöverenskommelser. I Region Stockholm har man som sagt placerat sjukhus i egna bolag som utgör vårdenheter. Dessa är utifrån ett rättsligt perspektiv att betrakta som vårdgivare. Samtidigt styrs de av Region Stockholm och, som vi kommer att utveckla, fördelas i någon mening också vårdgivaransvaret mellan regionen och det egna bolaget. När vårdgivaren är privat så är således det privaträttsliga rättssubjektet som är att betrakta som vårdgivare. I den utsträckning det är bolag som är vårdgivare råder en större flexibilitet och det är fullt möjligt att skapa koncerner, vilket i sig är en vanligt förekommande associationsrättslig organisering för privata hälso- och sjukvårdsaktörer.

15.2.2 Rättsförhållandet mellan huvudman och vårdgivare

En nästa fråga är hur rättsförhållandet mellan huvudmannen och vårdgivaren ser ut. Det är inom rättsförhållandet som huvudmannen styr vårdgivaren och därmed ställer krav på att denne ska följa olika åtaganden, exempelvis vad gäller personcentrering och patientens rätt. Som redan konstaterats kan denna ordning utvecklats helt och hållet inom ramen för regionens respektive kommunens verksamhet, men det är också möjligt att utveckla ordningen externt. Förenklat sett föreligger tre alternativa sätt att utveckla den rättsliga ordningen mellan huvudman och vårdgivare.

¹⁷⁴⁷ Denna dynamik har i stor utsträckning redan behandlats i kapitel 14.



FIGUR 40.
Tre fokusområden för
personcentrerad vård.

Hur huvudmannen styr vårdgivaren har redan behandlats i kapitel 14. I detta kapitel kommer vi att kortfattat att utvärdera hur rättsförhållandet till huvudmannen ska förstås i förhållande till vad som utgör vårdgivarens rättsliga ordning för sin verksamhet. I den utsträckning huvudmannen beslutar att bedriva hälso- och sjukvård i egen regi är följaktligen regionen respektive kommunen också vårdgivare. Detta betyder att verksamheten som vårdgivare ska vara en del av den regionen respektive kommunen som rättssubjekt. Rollen som huvudman och rollen som vårdgivare är placerad på samma rättssubjekt. Denna interna organisering är, som framgått av analysen i huvudmannakapitlet, relativt sofistikerad. I den utsträckning huvudmannen väljer att organisera hälso- och sjukvården externt är frågan i vilken utsträckning man ska göra det i egen regi, dvs. genom bolag m.m. som regionen alternativt kommunen själv äger och kontrollerar. Alternativet är att låta någon annan göra det inom ramen för sin verksamhet.

15.2.2.1 Intern ordning för vårdgivare

Ett första alternativ är att sjukvården tillhandahålls internt, dvs. inom den egna regionala verksamheten. När det gäller den hälso- och sjukvård som regionen utför själv innehar följaktligen regionen både rollen som huvudman och vårdgivare. Rättsförhållandet mellan huvudman och vårdgivare hanteras inom ramen för den regionala organisationen. I enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen är det, enligt vår mening, viktigt att tydliggöra rollerna och hur dessa förhåller sig till varandra. Utgångspunkten är att båda roller måste ha sin förankring i den politiska ordningen och hanteras inom ramen för nämndstrukturen. I Västra Götalandsregionen har man utvecklat en tydlig beställar- och utförarorganisation, vilket på ett relativt tydligt sätt manifesterar dynamiken mellan rollen som huvudman respektive vårdgivare. Det är framför allt reglementena som tydliggör ansvarsfördelningen och vilka roller de olika aktörerna har. Utförarnämnderna är som sagt politiskt sammansatta utifrån mandatfördelning. Dessa ansvarar för drift, förvaltning och utveckling av den egna hälso- och sjukvården. Varje utförarnämnd har, vilket vi beskrivit i kapitel 14, en förvaltningsorganisation. Som vi kommer att utveckla nedan föreligger ett samspel mellan det politiska arbetet i styrelsen och det förvaltningsbaserade hälso- och sjukvårdsarbetet inom ramen för vårdgivarverksamheten.

15.2.2.2 Ägardirektiv och ordning för vårdgivare i regionala/kommunala bolag

Ett andra alternativ är att vården tillhandahålls av regionen, men genom privaträttslig association. Den privaträttsliga associationen är då en vårdgivare. Regioner såväl som kommun kan välja att driva hälso- och sjukvård i regionala och

kommunala bolag enligt kommunallagens 3 kap. 11 § och 10 kap. 1 §. Rättsförhållandet manifesteras i själva ägandet av det egna bolaget. De konstituerande och styrande medlen är de handlingar som krävs för att bilda bolag. Huvudmannen styr sin privaträttsliga vårdgivare genom att i bolagsordningen införa de politiska hälso- och sjukvårdsmålen. Det är förekommande att huvudmannen upprättar särskilda s.k. ägardirektiv, vilka utformas genom policybeslut i enlighet med bolagsstyrningsprinciper och kommunallagens regler. Vidare utser huvudmannen representation i styrelsen som i sin tur utser verksamhetsansvariga.

15.2.2.3 Avtal med vårdgivare som driver verksamhet i privat regi

Ett tredje alternativ är att hälso- och sjukvården tillhandahålls av privatägda vårdgivare. Rättsförhållandet mellan huvudmannen och vårdgivaren består av ett ingånget uppdragsavtal. Huvudmannen överlämnar uppdraget att tillhandahålla hälso- och sjukvård till en extern vårdgivare enligt 3 kap. 12 § och 10 kap. 7 § kommunallagen. Regioner och kommuner har möjlighet att genom avtal låta annan utföra deras hälso- och sjukvårdsuppgifter, enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. I avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet.¹⁷⁴⁸ När avtalet är rättsligt bindande anses ansvaret att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifterna ha övergått till den genom avtal bemyndigade vårdgivaren. Region respektive kommun bibehåller sitt huvudmannaskap och har i denna egenskap ett fortsatt ansvar.¹⁷⁴⁹

15.2.3 Vårdgivarens interna ansvarsfördelning och beslutsdelegation

En nästa fråga att utvärdera är hur vårdgivarens verksamhet har organiserats, hur vårdgivaransvaret fördelats och hur beslut delegerats inom rättssubjektet. Vi har ovan konstaterat att när det gäller regionen som vårdgivare utgår vi från regionen som rättssubjekt. Inom ramen för regionen behöver vårdgivaransvaret fördelas och makten att fatta beslut delegeras. Detta förutsätter, vilket vi redan beskrivit i kapitel 14, omfattande organisering. Inom ramen för regionen fördelas hälso- och sjukvårdsuppdraget mellan olika verksamheter, bl.a. genom specifika vårduppdrag. Vi kommer här att tala om vårdenheter som en del av en vårdgivare. Vårdenheterna har genom delegation givits rätt att fatta beslut och vårduppdrag m.m. att hantera viss sjukvård.

När det gäller de privaträttsliga rättssubjekten har dessa ett eget vårdgivaransvar. De privaträttsliga rättssubjekten har ofta en mer begränsad vårdgivarroll. I den utsträckning det är regionen som äger de privaträttsliga associationerna kan regionen i egenskap av ägare tydliggöra och finansiera specifika vårduppdrag.

¹⁷⁴⁸ Det tydliggörs också att en uppgift som innefattar myndighetsutövning inte med stöd av 15 kap. 1 § får överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

¹⁷⁴⁹ I proposition till den nya hälso- och sjukvårdslagen förklaras att ”då uppgifter på det sättet överlämnas till någon annan övergår ansvaret för utförandet av uppgiften till den andra parten. Landstinget eller kommunen har emellertid även fortsatt ett ansvar som huvudman för de uppgifter som överlämnats... Utredningen har erfarit att det kan uppstå oklarheter vad gäller vilket ansvar de olika parterna har då uppgifter överlämnas. Det utgör skäl för att i lagförslaget införa ett förtydligande om att landstinget eller kommunen behåller sitt huvudmannaskap då uppgifter överlämnas genom avtal.” Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag s. 115.

Är den externa vårdgivaren en helt privat aktör så är det inom ramen för avtalsrelationen som vårduppdragen preciseras och finansieras. Det är i sig alltmer förekommande att internationella vårdkoncerner verkar som vårdgivare. De har då ofta vårdgivarroller i förhållande till ett antal olika huvudmän.

Vi har ovan konstaterat att reglementen, budget och vårduppdrag är centrala rättsliga medel för huvudmannen att ställa krav på vårdgivarna när det gäller hälso- och sjukvårdsreform. Även i detta avsnitt kommer vi att fokusera på Västra Götalandsregionen som praktikfall. Vi kommer att fokusera på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och på Närhälsan som är den regionala primärvården, samt översiktligt beröra privata primärvårdsaktörer som bedriver vårdcentraler.

15.2.3.1 Indelning av vård för vilken det föreligger ett vårdgivaransvar

För att få en närmare bild av hur vårdgivaransvaret fördelats inom ramen för en region bör man utgå från vad som kan beskrivas som den regionala vårdgivaren och dennes ansvar. Vilket utföraransvar har regionen som huvudman valt att placera internt? I detta avseende är det, som beskrivits ovan, förekommande att ta utgångspunkt i indelningen i sluten respektive öppen vård. Slutenvård är den vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning, 2 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. All annan vård är öppen vård, 2 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen. Den mer konkreta frågan är följaktligen vilken slutenvård respektive öppen vård som ska hanteras av den regionala vårdgivaren i förhållande till vad som ska hanteras av externa vårdgivare.

Slutenvården tillhandahålls i stor utsträckning av sjukhus i egenskap av vårdenheter. I 7 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen stadgas att för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Patienten som ska ha slutenvård skrivs regelmässigt in på sjukhus och en vårdplats ställs till förfogande. Slutenvård ska enligt Socialstyrelsen erbjudas till patienter vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppenvård och hemsjukvård.¹⁷⁵⁰ Sjukhusvård organiseras på tre olika nivåer: länsdelssjukhus, länssjukhus och regionsjukhus.¹⁷⁵¹ Ett länsdelssjukhus har ett mer begränsat uppdrag och kan inte utföra all specialiserad vård. Länssjukhus ska ha kompetens att och medicinsk utrustning som täcker i princip alla vårdområden.¹⁷⁵² Regionsjukhuset ska kunna behandla det mer sällsynta och komplicerade. Vårdgivaransvaret avseende den slutna vården fördelas följaktligen mellan sjukhus på dessa nivåer, vilket även illustrerar hur vårdenheter fungerar och samspelar på olika nivåer. I Sverige finns idag sju regionsjukhus. Samtliga dessa betecknar sig som universitetssjukhus. När det gäller den slutna sjukhusvården så bedrivs den i stor utsträckning av regionerna som vårdgivare.¹⁷⁵³

¹⁷⁵⁰ Detta är en förekommande beskrivning av vad som just är slutenvård. Se bl.a. Socialstyrelsen, Statistik om sjukdomar behandlande i slutenvård 2021. Se även SKR:s webbsida, Ordlista A till Ö.

¹⁷⁵¹ Det finns inte i lagstiftning eller i övrigt några gemensamma uppdragsbeskrivningar för regionerna över vad som ska utföras av respektive sjukhus. Det är upp till varje huvudman att i detta avseende styra och organisera vården. Jfr. Lagrådsremiss, Driftsformer för universitetssjukhus s. 13.

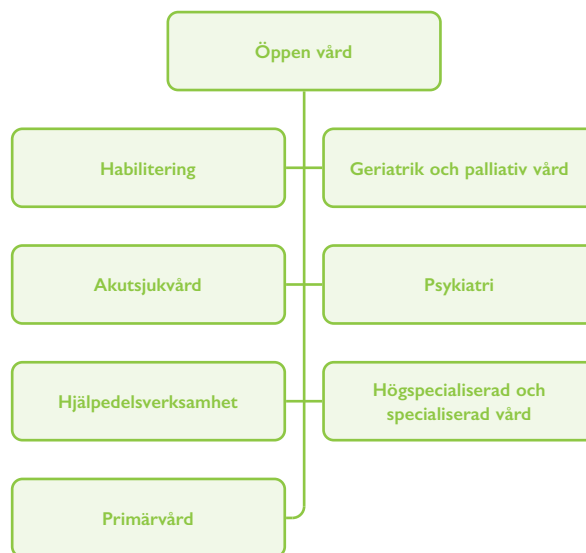
¹⁷⁵² Beträffande vad som utgör vårdområden se Socialstyrelsens webbsida, Nationellt högspecialiserad vård.

¹⁷⁵³ Vårdföretagen anger att när det gäller slutenvård sker 9% av alla patientbesök hos privata vårdgivare, se vidare Vårdföretagens webbsida, Andel privat driven sjukvård.

Region Stockholm har förvisso, vilket vi beskrivit ovan, valt att organisera sjukhusvård i bolag. Utvecklingen i detta avseende påvisar vikten av att skapa någon form av subjektsautonomi för sjukhus. Även för sjukhus som utgör en del av regionen som vårdgivare förutsätts en organisering där ansvar tydliggörs och beslutskompetens delegeras med utgångspunkt i den specifika vårdenhetens autonomi.

Sjukhus tillhandahåller även mycket öppen vård. Detta gäller särskilt den högspecialiserade och specialiserade vården. Beträffande öppenvården finns det dock behov av en bredare palett av aktörer. Det föreligger som sagt inte någon tydlig definition eller precisering i lagstiftning etc. vad som ska innefattas i den öppna vården. Hur man väljer att organisera öppen vård skiljer sig också mellan regionerna. Det är dock möjligt att avgränsa vissa områden som typiskt sett behöver hanteras inom öppen vården.

FIGUR 41.
Områden inom öppen-
vården.



En central del av den öppna vården är primärvården. Denna hanteras inte av sjukhusen, utan inom ramen för en separat organisation. Just när det gäller primärvården finns en definition i hälso- och sjukvårdslagens 2 kap. 6 §. Primärvård definieras som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Vidare stadgas att:

”primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.”

Primärvården organiseras ofta genom vårdcentraler i egenskap av vårdenheter med egen organisatorisk autonomi. Dessa kan vara en del av en regional organisation. Ungefär hälften av all primärvård tillhandahålls i privat regi.¹⁷⁵⁴ Primärvården

¹⁷⁵⁴ Enligt SKR skedde 45% av alla vårdbesök hos privata vårdgivare 2022 och Vårdföretagen anger att 50% av alla patientbesök inom primärvården sker hos privata vårdgivare. Se vidare SKR:s webbsida, Regionernas köp av verksamhet, samt Vårdföretagens webbsida, Andel privat driven sjukvård.

organiseras också genom specialistkliniker som utgör värdenheter för specialistvård, vilka inte tillhandahåller sluten vård. Precis som beträffande vårdcentraler kan specialistkliniker bestå i både regionala och privata värdenheter.

Som vi ovan konstaterat har reformarbetet avseende god och nära vård resulterat i att man i hälso- och sjukvårdslagens kapitel 13 preciserat vad som utgör primärvårdens grunduppdrag. I 13 kap. 1 § anges att regioner och kommuner inom ramen för den verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Denna vård ska vara lätt tillgänglig. Primärvården ska vidare tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patienters individuella behov och förutsättningar. Den ska vidare tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån individuella behov och förutsättningar. Primärvården ska dessutom samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. I en sista punkt tydliggörs att primärvården ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Denna bestämmelse sätter följaktligen upp de rättsliga ramarna för vad en vårdgivare som ansvarar för primärvården har att tillhandahålla. Det är tydligt att det föreligger förväntningar på att vårdgivare ska tillhandahålla en personcentrerad vård.

Andra delar av vad som typiskt sett utgör öppen vård är akutsjukvården, geriatrik och palliativ vård, hjälpmedelsverksamhet, habilitering och psykiatri. Dessa verksamheter kan organiseras på olika sätt genom olika typer av värdenheter. När det gäller akutsjukvård hanteras denna genom akutmottagningar på sjukhusen, ambulanssjukvård och även s.k. närakuter.

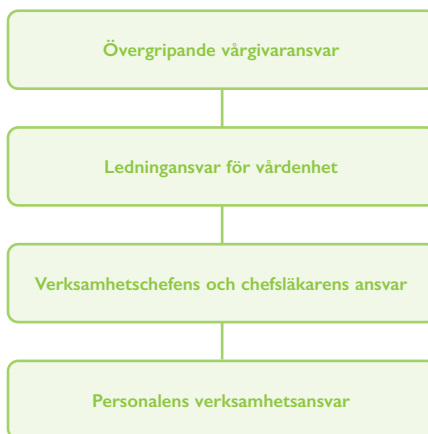
15.2.3.2 En grundmodell för fördelning av vårdgivaransvar

Utifrån vår forskning har vi utformat en sociolegal modell för ansvarets placering inom ramen för den regionala vårdgivaren. Som vi redan konstaterat är det övergripande vårdgivaransvaret placerat på regionen i sig, vilket betyder att det ytterst är regionfullmäktige som också ansvarar för utförandet av hälso- och sjukvården. Genom beslut placeras vårdgivaransvaret på speciella organisationer i form av specifika värdenheter för utförande av vård. Ovan har vi konstaterat att huvudmannen använder reglementen eller motsvarande för att delegera makt och beslutskompetens. Därefter preciseras specifika uppdrag kopplade till medel avsatta i regionens budget. På detta sätt skapas en intern struktur och organisation för vårdgivaransvaret. I praktiken är det säkerligen inte alltid uppenbart i vilken utsträckning regionfullmäktige och andra nämnder fattar beslut i egenskap av huvudman respektive vårdgivare.

En generell sociolegal slutsats är att det är viktigt att inom ramen för vårdgivaransvaret skapa en aktörsbaserad ordning med tydliga mandat och där aktörerna ges en egen autonomi såsom värdenhet. Det gäller oavsett om vårdgivaren är en regional eller privat aktör. I vårt arbete har vi sett att även privata aktörer har ett behov av att skapa autonomi genom associationsrättsliga konstruktioner med dotterbolag i bolagskoncerner etc. Autonomi kan som konstaterats ovan omfatta värdenheter i form av sjukhus, men även organisationer som tillhandahåller primärvård och annan öppen vård. Regelmässigt har dessa organisationer

någon form av styrelser och operativ ledning, vilka genom delegeringsbeslut m.m., har ansvar för och beslutskompetens över en specifik del av den vård som vårdgivaren i egenskap av vårdenhet ska tillhandahålla.

FIGUR 42.
Vårdgivaransvarets
olika nivåer.



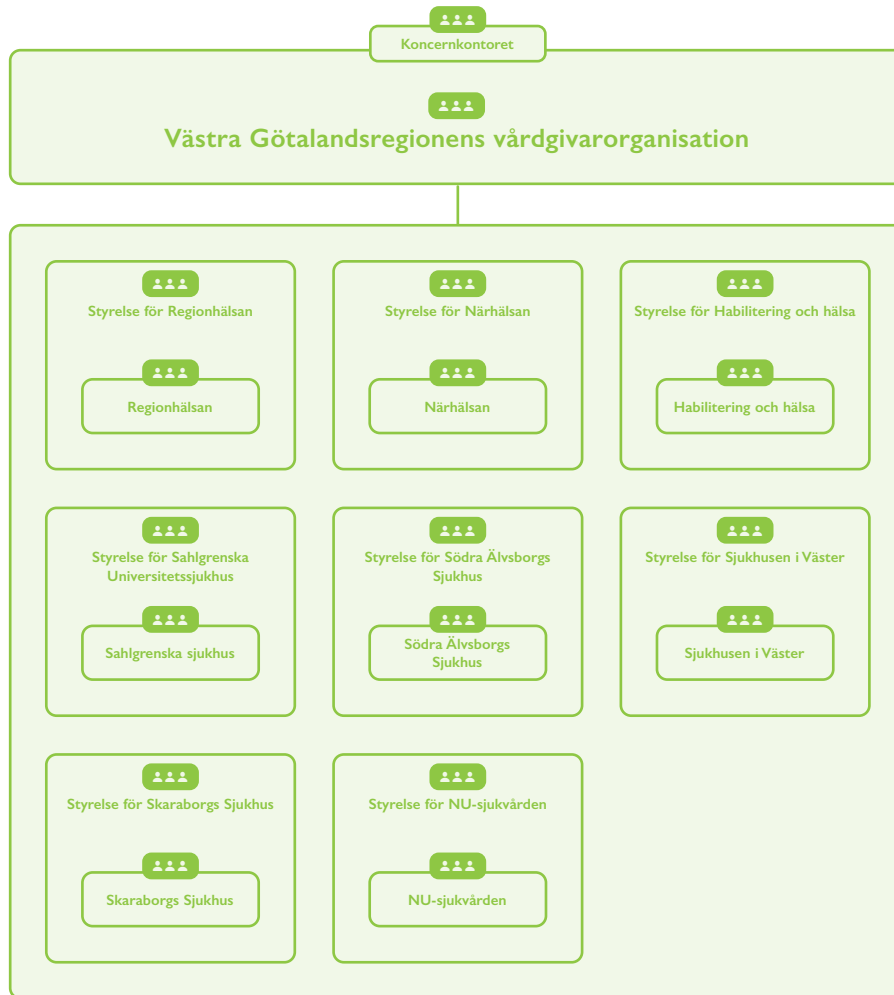
Enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen ska det, där det bedrivs hälso- och sjukvård, finnas någon som svarar för verksamheten – en verksamhetschef. I den utsträckning verksamhetenschefen inte är en läkare med specialistkompetens ska ledningsuppgifterna fullgöras av en särskilt utsedd chefsöverläkare, 4 kap. 3 § 2 st. hälso- och sjukvårdslagen. Mycket av det faktiska ansvaret för den operativa hälso- och sjukvården är placerat på verksamhetschefen. Det är möjligt att delegera ytterligare ansvar till annan hälso- och sjukvårdspersonal. Hur ansvaret i detta avseende fördelas skiljer sig mellan olika verksamheter. Ju längre ned i linjen desto mer konkret är ansvaret för att patientlagen och andra regler följs i förhållande till patienterna.

Sammantaget föreligger en ordning där vårdgivarens ansvar fördelas mellan regionfullmäktige såsom ytterst ansvarig för vårdgivandet, utförarstyrelserna, direktörer och ledningsgrupper, verksamhetschefer och annan personal med särskilt ansvar för verksamheten. Detta betyder också att ansvaret att vårdgivarens ansvar för att säkerställa att patientlagen tillämpas och att vården är personcentrerat ska fördelas i enlighet med denna modell. Exakt hur ansvarsfördelning skiljer sig beroende på vilka delegationsbeslut och andra beslut som den specifika regionen tagit.

15.2.3.3 Vårdgivarens interna organisation i Västra Götalandsregionen

I kapitel 14 har vi beskrivit hur Västra Götalandsregionen organiserat gränssnittet mellan rollen som huvudman och rollen som vårdgivare.¹⁷⁵⁵ Vi kunde konstatera att det är en nämndbaserad vårdgivarorganisation kopplad till specifika utförarstyrelser. Genom reglementen har det regionala vårdgivaransvaret fördelats på regionsjukhuset Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ett antal ytterligare sjukhusorganisationer, Regionhälsan, Närhälsan, NU-sjukvården och verksamheten Habilitering och hälsa. Till skillnad från huvudmannens beställarnämnd, den operativa nämnden, så har varje utförarstyrelse en egen förvaltningsorganisation.

¹⁷⁵⁵ Se avsnitt 14.2.4.2.



FIGUR 43.
Vårdgivarens organisation i
Västra Götalandsregionen.

Genom att dela upp den regionala vårdgivarens verksamhet i ett antal verksamheter med egen styrelse skapar man ett visst mått av autonomi där varje verksamhet kan betraktas som en s.k. "undervårdgivare". I vissa fall kan man likställa de s.k. "undervårdgivarna" med vårdenheter som ikläder sig ett mer självständigt vårdgivaransvar i förhållande till huvudmannen, se främst sjukhusen som har en egen subjektsautonomi. Huvudmannens styrning genom reglementen, vårduppdrag och budgetarbete stärker denna autonomi. När det gäller primärvården är det inte lika självklart. I dagsläget driver verksamheten över 100 vårdcentraler, över 20 jourcentraler, en närakut, över 60 rehabiliteringsmottagningar, ett antal mottagningar för ungas psykiska hälsa och smärtmottagningar. Dessutom ansvarar Närhälsan för en digital jourmottagning och digifysiska vårdcentraler. I egenskap av en s.k. "undervårdgivare" finns ett behov av att identifiera vad som utgör primärvårdens vårdenheter. Vi är i denna del särskilt intresserade av de vårdenheter som utgör vårdcentraler inom ramen för Närhälsan samt vårdenheten Sahlgrenska Universitetssjukhuset

15.2.3.4 Vårdenheten Sahlgrenska Universitetssjukhuset

En viktig del av vårdgivarens verksamhet i Västra Götalandsregionen hanteras av Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Regionfullmäktige har genom reglemente fördelat ett utföraransvar till Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.¹⁷⁵⁶ Styrelsen består, som beskrivits ovan, av politiska företrädare. Ansvarsplaceringen följer av 3 § där det stadgas att styrelsen svarar för drift, förvaltning och utveckling av verksamheterna inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. I paragrafen tydliggörs att ansvaret innefattar att säkerställa efterlevnad till fattade beslut om hushållning av resurser, tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet samt social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet. Ansvaret att driva ett regionsjukhus med status som universitetssjukhus ett omfattande ansvar, vilket även illustreras av sjukhusets verksamhetsorganisering.¹⁷⁵⁷

¹⁷⁵⁶ Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Antaget av regionfullmäktige den 27 februari 2024, § 18 Dnr RS 2023-01-583

¹⁷⁵⁷ I sammanhanget kan nämnas att övriga sjukhusstyrelser inom Västra Götalandsregionen har mindre omfattande uppdrag. Se vidare respektive styrelsereglemente.



FIGUR 44.
Sahlgrenska Universitets-
sjukhusets organisation.

Reglementet har en tydlig konstituerande funktion i förhållande till sjukhuset som verksamhet och som del av den regionala vårdgivaren. Reglementets 1 § tydliggör styrelsens position i förhållande till regionen som huvudman. Först konstateras att styrelsen ska följa vad som anges i lag eller annan författning. Styrelsen ska

också följa vad som fullmäktige har beslutat om. Detta gäller om det följer av reglementen, budget eller andra beslut. Vidare stadgas att styrelsen ska anpassa sin verksamhet efter de uppdrag och den finansiering man får från den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. Dessutom ska man följa de styrande dokument som regionstyrelsen beslutar om.

Den operativa driften av sjukhuset hanteras av en sjukhusdirektör och en ledningsgrupp. Sjukhusdirektören, ansvarar gentemot styrelsen för verksamhetens utförande, ekonomi och personal. Ansvaret omfattar hela verksamheten. I ledningsgruppen ingår bl.a. områdescheferna för sjukhusets sex verksamhetsområden. Områdeschefen är att betrakta som verksamhetschef. Varje verksamhetsområde består av ett antal verksamheter. Vardera verksamheten leds av en verksamhetschef. I vissa fall består verksamheterna av ett antal vårdenheter, vilka i sin tur leds av en vårdenhetschef. Respektive verksamhetschef har beslutskompetens inom ramen för sin nivå.

15.2.3.5 Närhälsan – offentlig primärvård i Västra Götalandsregionen

Primärvården hanteras, vilket vi kommer att förklara ytterligare nedan, inom ramen för det s.k. vårdvalssystemet.¹⁷⁵⁸ Numera tillhandahålls som sagt en stor del av landets primärvård i privat regi. När det gäller den offentliga primärvården i Västra Götalandsregionen så organiseras den genom Styrelsen för Närhälsan. Precis som övriga av regionens utförarstyrelser består den av politiska företrädare som ansvarar för verksamheten enligt reglemente.¹⁷⁵⁹ I reglementet stadgas den regionala uppgiften att ”bedriva primärvård i egen regi som faller under lagen om valfrihet”.¹⁷⁶⁰ I uppgiften ingår även att gentemot huvudmannen ansvara för verksamhetens drift, förvaltning och utveckling samt att interagera med patientnämnderna.¹⁷⁶¹ I reglementet tydliggörs också att Styrelsen för Närhälsans vårdenheter ska leverera öppenvård inom regionen och att styrelsen ska ge enheterna stor frihet och självständighet att bedriva sin vårdgivarverksamhet.¹⁷⁶² Eftersom primärvården, och därmed öppenvården, är navet i omställningsarbetet till en god och nära vård har Närhälsan en fundamental roll och ett ansvar för hälso- och sjukvårdens regionala omställning. Närhälsan bedriver arbetet genom ett antal primärvårdsområden.

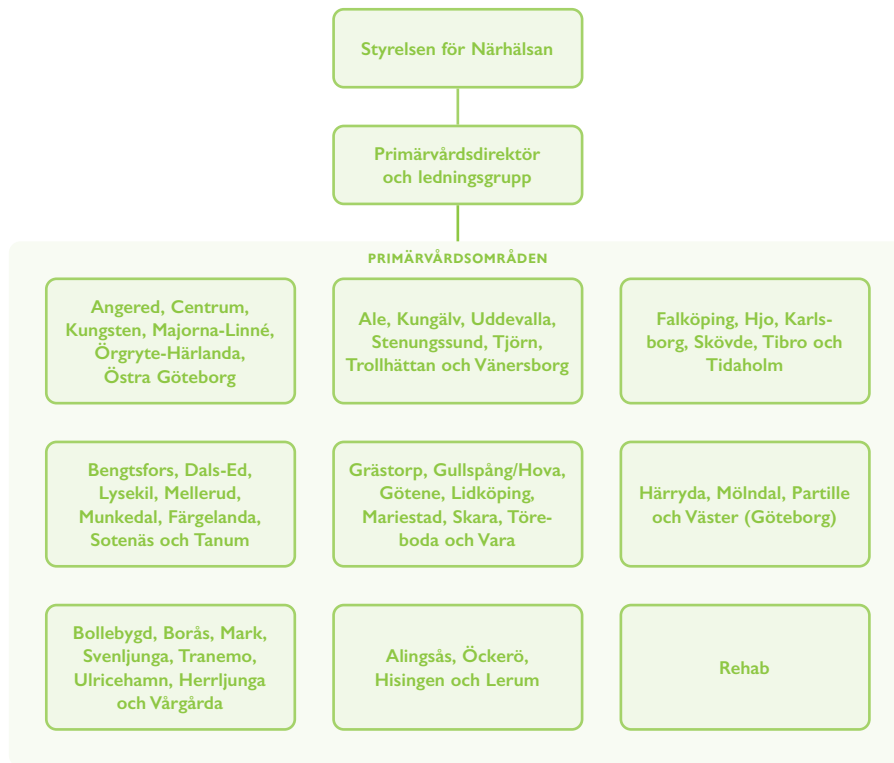
¹⁷⁵⁸ Se avsnitt 15.2.4.

¹⁷⁵⁹ Reglemente för styrelsen för Närhälsan. Antaget av regionfullmäktige den 27 februari 2024, § 18 Dnr RS 2023-01-583.

¹⁷⁶⁰ Reglemente för Styrelsen för Närhälsan.

¹⁷⁶¹ Reglemente för Styrelsen för Närhälsan 3 §, 4 § och 5 §.

¹⁷⁶² Närhälsan är Sveriges största primärvårdsleverantör. För att göra en hanterbar avgränsning i arbetet kommer vi därför att i huvudsak fokusera på vårdcentraler inom ramen för vårdvalet i Västra Götalandsregionen.



FIGUR 45.
Närhälsans organisation.

Det operativa arbetet leds av en primärvårdsdirektör och en ledningsgrupp. I ledningsgruppen ingår nio primärvårdschefer där åtta av dessa har ansvar för ett primärvårdsområde bestående av ett antal vårdcentraler (vårdenheter), medan den nionde primärvårdsdirektören leder primärvårdsområdet rehabilitering. Till stöd för sitt arbete har primärvårdsdirektören tillgång till en understödande stab. Varje vårdcentral och även annan verksamhet som bedrivs i anslutning till vårdenheten har verksamhetschefer. Styrelsen utgör huvudmannens representation där politiska ledamöter representerar "ägarperspektivet" för regionens hälso- och sjukvård. Det gör att förvaltningsledningen har en central roll i vårdgivarverksamheten, precis som en operativ ledning i en bolagsstruktur, medan den politiska ledningen opererar på styrelsenivå med "styrelseansvar". I figuren nedan ges exempel på den verksamhet som en vårdcentral typiskt sett tillhandahåller.

FIGUR 46.
Vårdcentralens organisation
som vårdenhet.



Som framgår av illustrationen är verksamheten inriktad på allmän- och öppen-
vård. Verksamheten rör också delar som medicinsk service och rådgivning. Vi
kan också se att det inom verksamhetens inriktning finns en viss bredd avseende
verksamhetens art och egenskaper med många olika delinriktningar. Det är inom
ramen för de olika verksamhetsområdena som god och nära vård ska bedrivas.

15.2.4 Vårdvalssystemet, avtalet och den externa vårdgivaren

För att förstå primärvårdens rättsliga bas är det viktigt att utgå ifrån det s.k.
vårdvalssystemet och den etableringsfrihet som förknippas med denna. Det är
inom ramen för denna som mycket av hälso- och sjukvårdens privatisering sker.
Eftersom vi är särskilt intresserade av vårdcentralerna som primärvårdsenheter
fokuserar vi rättsempiriskt på valfrihetssystemet kopplat till Vårdval Vårdcentral.

15.2.4.1 Marknad för primärvårdsgivare

Under det senaste årtiondet har det skett vad som kan beskrivas som en mark-
nadsutveckling av primärvården i Sverige. I Västra Götalandsregionen förklarar
regionfullmäktige i reglementet till Närhälsan styrelse att de "verkar på en
konkurren utsatt marknad och ska uppmärksam följa utvecklingen inom sitt
område och vidta åtgärder för att snabbt anpassa verksamheten till ändrade

förutsättningar i omvärlden”.¹⁷⁶³ Anledningen till denna marknadsutveckling är det s.k. vårdvalssystemet. Systemet baseras på en valfrihet för individer att välja vårdgivare. I 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen stadgas att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster, samt få tillgång till en fast läkarkontakt. Det anges också att vårdvalssystemet ska utformas så att alla utförare behandlas lika om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare ska, enligt 3 §, följa den enskildes val av utförare. Dessutom konstateras att när regionen beslutat om att införa ett vårdvalssystem ska lagen om valfrihetssystem tillämpas.

I 1 kap. 1 § lagen om valfrihetssystem stadgas att med ett valfrihetssystem avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör av sjukvårdstjänster som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med. Som principer för valfrihetssystemet lyfter man i 2 § fram just att leverantörerna ska behandlas på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt. Lagen beskriver hur ett valfrihetssystem ska fungera bl.a. vad gäller deltagandet i systemet, ingående av kontrakt och när sökande får uteslutas. Västra Götalandsregionen har utformat en s.k. krav- och kvalitetsbok som de tillämpar på alla aktörer som tillhandahåller primärvård.¹⁷⁶⁴

15.2.4.2 Villkor för primärvårdgivare

Krav- och kvalitetsboken i Västra Götalandsregionen är grunden för förfrågningsunderlag enligt lagen om valfrihetssystem. I boken beskrivs det uppdrag som omfattas av valfrihetssystemet. En central del av innehållet är de krav som leverantören ska uppfylla, de administrativa rutiner som ska tillämpas och hur uppföljning kommer att ske. En intressant aspekt i krav- och kvalitetsboken är skiljelinjen mellan uppdragsgivare och leverantör, vilken tydliggör vad som utgör huvudmanna- respektive vårdgivaransvar. Eftersom uppdraget tydligt definierar vem som utgör uppdragsgivare respektive vem som utgör leverantör så behöver rimligtvis även regionens egna verksamheter förhålla sig till detta i praktiken. Om man sedan utgår från definitionen av vårdcentral som en funktionell enhet som tillhandahåller vård framträder en bild av en vårdenhet med egen autonomi.¹⁷⁶⁵ Således agerar huvudmannen genom den operativa nämnden som uppdragsgivare. Vårdenheten är en del av vårdgivaren.

¹⁷⁶³ Reglemente för Styrelsen för Närhälsan 3 §.

¹⁷⁶⁴ Krav- och kvalitetsbok – Vårdval Vårdcentral, fastställd av Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

¹⁷⁶⁵ Uppdragsgivare är Västra Götalandsregionen som tillhandahåller krav- och kvalitetsboken som underlag för ansökan om att delta i valfrihetssystemet Vårdval Vårdcentral. Med vårdcentral avses en funktionell enhet som tillhandahåller vård enligt krav- och kvalitetsboken. I vårdcentral inkluderas även filial och sjuksköterskemottagning och avtal med underleverantörer. Se Krav- och kvalitetsboken för Vårdval Vårdcentral s. 102.

15.2.5 Vårduppdraget som den konstitutionella kärnan

En sociolegal slutsats i detta arbete är att fördelningen av vårduppdrag är grundläggande i vårdgivarens rättsliga ordning. Inom ramen för större huvudmäns ansvarsområden delas det ut ett antal vårduppdrag. Vi menar också att en specifik vårdenhets delaktighet i statligt initierade utvecklingsprojekt och reformarbete behöver förstås och hanteras utifrån huvudmannens vårduppdrag. Visserligen får det anses innefattas i alla vårduppdrag att bedriva verksamhet i enlighet med bindande lagstiftning. Vi kommer i det följande att närmare utvärdera vårduppgifterna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset respektive vårduppdraget enligt Vårdval Vårdcentral avseende Närhälsan.

15.2.5.1 Vårduppdrag för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset är i enlighet med vår terminologi en vårdenhet, vilken utgör en avgränsad del av rättssubjektet Västra Götalandsregionen. I reglementet för sjukhuset finns det bestämmelser om kvalitetskrav avseende sjukhusvården; vården ska utföras med en ”professionell kompetens och hög kvalitet vad gäller det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten”.¹⁷⁶⁶ Sjukhusets vård ska även följa de uppdrag och andra överenskommelser med den operativa nämnden avseende kvalitetskrav och kvalitetsstyrning av vårdarbetet. Vårduppdraget omfattar att utföra öppen och slutenvård i olika former genom oplanerad och planerad vård. Uppdraget handlar i hög grad om specialistvård, men allmänvård är naturligtvis förekommande. Särskilt förekommande vid sjukhuset är bedrivandet av högspecialiserad vård vilket ger särskilt ansvar gentemot övriga vårdenheter i regionen.¹⁷⁶⁷

Inom ramen för uppdraget finns avtalsbestämmelser som rör ordningen för tillgänglighet, närhet och sammanhållning. Redan i ramverket för uppdraget framgår att vårduppdraget ska ses i ljuset av omställningsarbetet avseende hälso- och sjukvården – bl.a. tillgänglighet till god vård. I sammanhanget nämns också omställningsstrategins digitaliseringsarbete som en del av god och nära vård. Det nämnda återspeglas också i sjukhusets vårduppdrag avseende tillgänglighet för både fysiska och digitala vårdformer, kontaktmöjligheter m.m. Här finns också krav på att använda vårdguidens e-tjänster. I uppdraget uppställs även krav på

¹⁷⁶⁶ Se vidare 2 § Reglemente för Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Precis som för alla andra vårdgivarverksamheter är den systematiska återkopplingen till patientnämndernas avseende verksamhetens kvalitet m.m. en viktig uppgift. Ur ett vårdgivarperspektiv är det särskilda uppdraget som region- och universitetssjukhus. Det innebär att styrelsen ansvarar för uppgifter som att bedriva forskning och samverkan med Göteborgs universitet i enlighet med ALF-medel, bedriva utbildning med universitet och högskolor, bedriva region och rikssjukvård, svara för etablering av nya metoder och behandlingar, driva utvecklingsfrågor Västsveriges innovationssystem för Life science m.m. Se vidare 6 § Reglemente för Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

¹⁷⁶⁷ ”Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedriver specialiserad vård inom länssjukvård och högspecialiserad vård. Högspecialiserad vård definieras som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som är komplex eller sällanförekommande och som kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens och i förekommande fall stora investeringar eller medför höga kostnader. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett exklusivt ansvar för högspecialiserad vård i regionen (förutom för avancerad brännskadevård och viss ECMO), oberoende av om vården utförs inom den egna förvaltningen eller av utförare utanför regionen.”, se vårduppdraget Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

att erbjuda mobil vård vid behov. Detsamma gäller för införande av regionalt beslutade digitala stödsystem i sjukhusverksamheten samt bidragandet till att utveckla nämnda stöd. I vårduppdraget finns även ansvar för att vården samordnas i sammanhållna vårdprocesser dels inom sjukhusets interna verksamhet, dels mellan olika vårdgivare och vårdnivåer. Öppethållande genom akutmottagningar är också en del av ordningen för tillgänglighet m.m. Särskilt intressant är sjukhusets särskilda uppdrag att bistå övriga vårdenheter inom regionen där det krävs mer specialiserad kompetens.

Sjukhuset behöver i egenskap av vårdgivande enhet även agera enligt ordning för kvalitets- och kunskapsstyrning. I ramverket för vårduppdraget framgår att omställningsarbetet är prioriterat och att sjukhuset därmed i sitt vårdarbete ska fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och kompetensutveckling. I uppdraget finns krav på att sjukhuset ska tillhandahålla en ordning för forskning och utveckling, samt bidra till bemanningen av den regionala kunskapsstyrningen. Här ligger ett av sjukhusets särskilda uppdrag att med hjälp av ALF-medel upprätta en ordning för FoU. Inom ramen för sjukhusets verksamhet ska det vidare finnas en ordning för journal- och patientdatahantering. Även om det inte sägs explicit i vårduppdraget föreligger ett ansvar för sjukhuset att i sin verksamhet hantera patientjournaler och behandling av patientrelaterad information. Det gäller bl.a. i samband med diagnostik och behandling, in- och utskrivningsprocesser vårdgivarbyte m.m.

Ur vårt perspektiv kan huvudmannen Västra Götalandsregionen, med utgångspunkt i det uppdrag som föreligger, iscensätta en process om patientlagens tillämpning inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Detta kan ske redan av den omständigheten att lagen generellt sätt inte anses följas, men också mer specifikt i förhållande till de delar där uppdrag relaterade till patientlagen explicit gjorts tydliga. Processen i detta fall sker i förhållande till Sahlgrenska styrelse och ledning. Det finns alla förutsättningar för huvudmannen att ytterligare förtydliga uppdraget vad gäller implementeringen av patientlagens olika delar. För Sahlgrenska som vårdenhet handlar det dock om att ledningen inser att det ingår i deras uppdrag att säkerställa patientlagens implementering. Styrelsen tillsammans med ledningen bör iscensätta ett projekt om att stärka patienternas ställning. Detta ligger också linje med det reformarbete som redan tydliggjorts inom uppdraget.

15.2.5.2 Vårduppdrag för Närhälsans vårdcentraler

När det gäller Närhälsans vårduppdrag omfattar det naturligtvis all den verksamhet som bedrivs inom ramen för Närhälsans verksamhet. Vi är i detta arbete särskilt intresserade av det vårduppdrag som rör Närhälsans primärvård och vårdcentraler. I enlighet med 2 § i reglementet framgår att styrelsen för Närhälsan ansvarar för regionens uppdrag att bedriva den primärvård som faller under lagen om valfrihet. Reglementet innehåller också bestämmelser som har normerande effekt för god vård. Detta illustreras av regionens beslutade kvalitetskrav för att vård ska utföras med ”professionell kompetens och med en hög kvalitet på det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten”. Inom ramen för reglementets bestämmelser kan man även identifiera krav på att styrelsen genom sitt uppdrag verkar för implementering av bestämmelser avseende patientens rätt. Det avser arbete som följer de rättsliga ordningar beskrivna i avsnitt 15.1.3.

Eftersom Västra Götalandsregionens primärvård bedrivs inom ramen för valfrittssystemet Vårdval Vårdcentral framgår själva vårduppdraget genom krav- och kvalitetsboken för Vårdval Vårdcentral, se även reglementet för styrelsen.¹⁷⁶⁸ I krav- och kvalitetsboken p. 2.2 framgår att Närhälsans vårdåtagande omfattar:

”planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, habilitering, rehabilitering samt uppföljning för de individer som valt vårdcentralen. Behandling kan ges enskilt eller i grupp. Ansvaret omfattar både somatisk och psykisk ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning på primärvårdsnivå samt hantering av försäkringsmedicinska frågor för såväl barn som vuxna”.

Utifrån de bestämmelser som råder i krav- och kvalitetsboken, och avtal för vårdval vårdcentral, omfattar vårduppdraget ett särskilt ansvar för vårdcentraler. Ansvaret utkrävs av huvudmannen i egenskap av beställare. I sammanhanget är det viktigt att identifiera den autonomi som vårdcentralen har i egenskap av vårdenhet i förhållande till huvudmannen. Det ansvar som huvudmannen genom vårduppdraget utkräver har vårdcentralen i motsvarande mån att uppfylla. Konkret innebär det att vårdcentralen i sitt ansvarstagande behöver följa särskilda rättsliga ordningar.

I egenskap av vårdgivande enheter behöver vardera vårdenhet följa ordningen för kvalitet- och kunskapsstyrning. Krav- och kvalitetsboken innehåller bestämmelser om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vidare uppställs krav på en ordning för att säkerställa kvalitet i det praktiska arbetet. Det handlar om ansvar för chefer, personal och även underleverantörer. Andra underordningar rör kvalitetsansvar för vårdhygien, vårdutrustning, hjälpmedel, läkemedel, externa diagnostiktjänster, lokaler, IT m.m. Det finns även underordningar som rör informations- och mötesansvar både till vårdtagare och huvudmännen för vården. Inom ramen för vårduppdraget finns krav på dokumentation, både i relation till det konkreta vårdarbetet med patientjournaler m.m. och patientsäkerhetsarbete. Ur ett kunskapsstyrningsperspektiv är det särskilt intressant hur vårdcentralen genom vårduppdraget åläggs att dels följa nationella och regionala medicinska riktlinjer, handlingsplaner och vårdprogram, dels medverka i utvecklingen av nya medicinska riktlinjer, vårdprogram m.m.

Krav- och kvalitetsboken uppställer även krav på vårdens tillgänglighet, närhet och sammanhållning. Ett övergripande krav är att vården på primärvårdsnivå ska vara tillgänglig för regionens invånare.¹⁷⁶⁹ Det tydliggörs att vårdcentralen ska följa vårdgarantin och dess tidsgränser. Andra krav avser öppethållande, jourtider, tillgång till digitala tjänster, erbjuda vissa tjänster via 1177:s e-tjänster, hembesök, läkare i beredskap m.m. Ett viktigt krav är att vårdcentralen ska samverka och koordinera vården med både kommunal primärvård och regionens sjukhusvård. Här utkräver huvudmannen ansvar avseende samverkan kring patienters vårdssituation och att medverka till en sammanhållen vårdkedja. Vårdcentralerna har ett särskilt

¹⁷⁶⁸ Det finns även primärvårdsuppdrag som inte ingår som en del av krav- och kvalitetsböckerna. Det gäller primärvård som tillhandahålls via andra vårdöverenskommelser och innefattar exempelvis ungdomsmottagningar, mödrahälsovård, arbetsterapi, logopedverksamhet m.m.

¹⁷⁶⁹ Det gäller även andra invånare som har rätt till vård enligt riksavtalet för utomlänsvård, regiongemensamma riktlinjer eller invånare som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen, se 2.1 Krav- och kvalitetsboken.

viktigt ansvar avseende fast vårdkontakt. Ett sätt att ta ansvar är upprättandet av patientens samordnade individuella plan. Andra samverkanskrav rör vårdgrannar och andra myndigheter avseende utveckling av hälso- och sjukvården i området. Ett viktigt ansvar avser närområdesansvaret som är ett gemensamt ansvar för vårdcentraler inom samma kommun. De ska upprätta en gemensam närområdesplan där det framgår vilka vårdenheter som bär ansvaret för specifika vårdåtgärder. Andra ansvar inom vårduppdraget omfattar läkarmedverkan, behandlings- och rådgivningsansvar m.m. avseende den kommunala hälso- och sjukvården. Inom ramen för vårduppdraget ansvarar vårdcentralen för att ge medicinsk konsultation till kommunal personal, hantera individuella vårdplaner, medverka till att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner m.m.

Inom ramen för regionens vårdcentraler ansvarar styrelsen för Närhälsan gentemot huvudmannen avseende vårdenheter efterföljande av lagar, regler, uppdrag m.m. Ansvaret i detta avseende åvilar primärvårdschefer, verksamhetschefer och medicinskt ansvariga för den specifika vårdenheten. Hälso- och sjukvårdspersonal har också ett ansvar i detta sammanhang. Ur vårt perspektiv är det rimligt att huvudmannen är mer explicit och utförlig vad gäller kravställande på tillämpningen av patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård. Även privata vårdcentralerna är bundna huvudmannens krav- och kvalitetsbok.¹⁷⁷⁰ Det finns en mängd olika aktörer som bedriver vårdenheter inom ramen för Vårdval Vårdcentral. Ett exempel är Capio som bedriver vårdverksamhet i ett flertal länder. Ett annat exempel är Praktikertjänst AB som genom en kooperativ modell samlar vårdenheter under en och samma juridiska person. Ett ytterligare exempel är familjeföretaget Achima Care som bedriver vårdcentraler genom en egen företagskoncern. Även inom ramen för privata vårdgivare finns det behov av autonomi för varje vårdenhet, dvs. den enskilda vårdcentralen. Detta för att möjliggöra ansvarstagande avseende de krav som följer av vårduppdrag inom ramen för Vårdval Vårdcentral.

Även i förhållande till styrelsen för Närhälsan är det följaktligen rimligt att huvudmannen, inom ramen för uppdraget, tar upp farhågorna för brister avseende patientlagens implementering. Styrelsen för Närhälsan bör rimligen sätta upp ett program för att stärka patienternas ställning där frågorna om personcentrering och patientlagens implementering är ett led i tillämpningen av krav- och kvalitetsboken.

15.3 Ledningssystem

En central sociolegal slutsats är som redan framgått att när det gäller hur vårdgivare och vårdenheter driver och utvecklar sin verksamhet så är ledningssystemen av särskild betydelse. De skapar en grundläggande rättslig ordning för hur verksamheten ska bedrivas och där ledningen har ett tydligt ansvar. Ledningssystemen ska, när det gäller hälso- och sjukvården, utformas i enlighet med relativt omfattande regelfterlevnadskrav. Utmärkande är att de utformas med stöd i europeiska och nationella standarder. Ur vårt perspektiv är ledningssystem centrala medel för att

¹⁷⁷⁰ Eftersom aktörerna i hög grad skiljer sig åt så har vi i detta arbete inte möjlighet att närmare gå in på de olika sätt som privata aktörer.

vårdgivare ska säkerställa implementering av lagstiftning. Detta gäller rimligen även patientlagen. Det har förvisso aldrig varit aktuellt att utveckla särskilda ledningssystem för personcentrering och patientens rätt enligt patientlagen. Vi menar att flera av de centrala ledningssystemen bör inkludera möjliggörandet av personcentrerad vård och implementeringen av patientlagen. Detta gäller särskilt ledningssystemet avseende kvalitet, vilket ur vårt perspektiv kan ses som ett övergripande ledningssystem för vårdgivares och vårdenheters verksamhet. Även i denna del har vi rättsempiriskt utvärderat Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Närhälsan i Västra Götalandsregionen, samt i viss mån Region Stockholm.

15.3.1 Ledningssystem som rättslig överbyggnad för hälso- och sjukvårdens utförande

Vår sociolegala slutsats är som sagt att ledningssystem generellt, och kvalitetsledningssystem i synnerhet, har potential att skapa överblick och ordning för hela den omfattande rättsliga implementering som krävs inom ramen för en vårdgivares verksamhet. Ledningssystemen används för att förtydliga ansvar, fördela ansvar och hantera ansvarsutkrävande. Detta är särskilt angeläget inom större vårdgivare som exempelvis Västra Götalandsregionen och Region Stockholm. Inom ramen för vårt rättsempiriska arbete ser vi att nämnda vårdgivare har för avsikt att certifiera sig, eller redan har certifierat sig, enligt ett antal olika ledningsstandarder för att säkerställa en viss kvalitet inom olika arbetsområden.¹⁷⁷¹ Framträdande områden rör systematiskt kvalitetsarbete avseende: (i) vårdens kvalitetsledningssystem (ii) miljöledningssystem (iii) ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (iv) arbetsmiljöledningssystem.¹⁷⁷² Både inom Västra Götalandsregionen och Region Stockholm har man redan certifierat eller planerar att certifiera verksamheter enligt standarder som rör ovanstående ledningssystem.¹⁷⁷³

Ledningssystemen gör det möjligt för regionen, i egenskap av huvudman och vårdgivare, att både överblicka och styra hur de ansvar som är förknippade med hälso- och sjukvården hanteras och fördelas mellan vårdgivarens vårdenheter och deras olika verksamhetsdelar. Dessutom är det system som åtminstone i viss utsträckning kan användas i förhållande till externa vårdgivare. Genom avtal kan regionen ställa krav på externa vårdgivare att utveckla ledningssystem som ska vara kompatibla med de interna ledningssystemen.

¹⁷⁷¹ Ex. Plan Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2020–2025 Dnr RS 2020-05267, Regions Stockholm Riktlinjer för informationssäkerhet Dnr RS 2020-0148. Se även certifieringar för Stockholms läns sjukvårdsområde vilka avser kvalitetsledning, arbetsmiljöledning samt miljöledning inom verksamheter som primärvård m.m.

¹⁷⁷² Ledningssystemen framgår av ISO standarder inom 9000-serien (kvalitetsledning för hälso- och sjukvård, se SS-EN 15224:2017), 14000-serien (miljöledning), 27000-serien (informationssäkerhetsledning), 45000-serien (arbetsmiljöledning).

¹⁷⁷³ Certifieringen av vårdgivarens ledningssystem utförs av en ackrediterad aktör med behörighet att certifiera vårdgivaren avseende olika ledningssystem. Den ackrediterade aktören utvärderar ledningssystemets kvalitet och ändamålsenlighet i dess olika delar. En kontinuerlig utvärdering sker genom återkommande revisioner avseende ledningssystemens olika delar. I princip kan en vårdgivare bli certifierad för varje ledningssystem som verksamheten avser att implementera. Eftersom vårdgivaren opererar inom högreglerade områden med krav på kvalitet så finns certifieringskrav avseende aktörer som säljer produkter eller tjänster till hälso- och sjukvården.

På vårdgivarnivå finns skyldighet att ha ett antal olika ledningssystem för sin verksamhet. Eftersom vi i detta arbete fokuserar på implementering av patientens rätt och personcentrering av hälso- och sjukvård är vi särskilt intresserade av ledningssystem rörande hälso- och sjukvårdens kvalitet och kvalitetsarbete. Det är också möjligt att se detta ledningssystem som ett övergripande ledningssystem för hälso- och sjukvården. Vårdgivarens kvalitetsarbete är en central del av vårdgivaransvaret och att ”kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” enligt 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.¹⁷⁷⁴

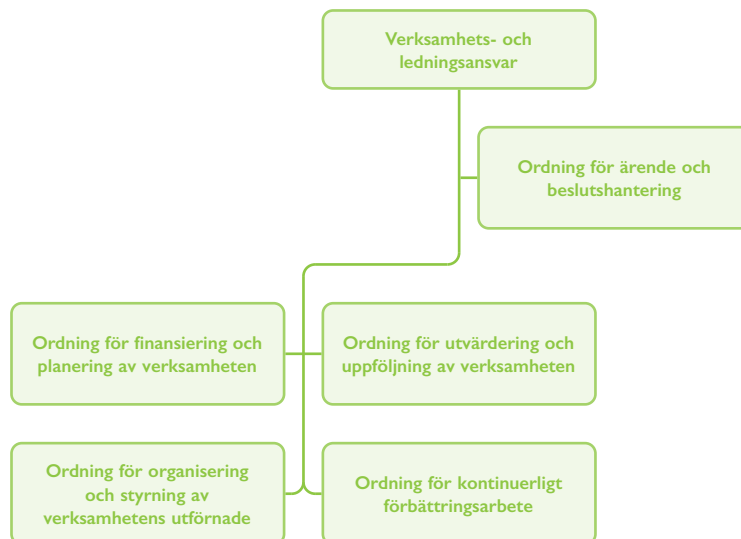
En viktig rättskälla vad gäller ledningssystem för kvalitet, vilken vi därför kommer diskutera i förevarande avsnitt, är Socialstyrelsens nationella föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifterna är bindande för vårdgivaren och utgör därmed en rättslig grund för ledningssystemets utformande som rättslig ordning. I föreskrifternas 3 kap. 1 § framgår att vårdgivaren har ett ansvar för att det finns ett ledningssystem för att fortlöpande utveckla och säkra vårdverksamhetens kvalitet.¹⁷⁷⁵ Ledningssystemet för kvalitetsarbetet ska uppfylla ”de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård...och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”, se föreskrifterna 2 kap. 1 §. Vårdgivaren ska använda ledningssystemet för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten, 3 kap. 2 §. Ledningssystemet ska skapa ett strukturerat arbetssätt för kvalitetssäkring av vårdverksamhetens olika delar och aktiviteter, 3 kap. 3 §. För vårdgivaren handlar det om att utveckla en rättslig ordning för planering, organisering och styrning, utvärdering och uppföljning, samt förbättring. Exempelvis uppställer Västra Götalandsregionen inom ramen för Vårdval Vårdcentral villkor för att vårdgivaren har ett ledningssystem för kvalitetsarbete, miljöarbete m.m. Detta ställer naturligtvis krav på att vårdgivarens ledning följer de krav som ställs på verksamheten. Vårdgivaren har därmed ett verksamhets- och ledningsansvar att hantera de processbaserade ordningar och handlingsystem som utgör ledningssystem.

¹⁷⁷⁴ En fundamental del av själva vårdverksamheten är kravet på god vård. Hälso- och sjukvårdslagens normer innebär att aktörer inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen ska säkerställa att sådan vård ska: (i) vara av god kvalitet, (ii) tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, (iii) bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, (iv) främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, (v) och vara lättillgänglig. Se 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

¹⁷⁷⁵ Enligt föreskrifternas 2 kap. 1 § är ett ledningssystem ett system för att fastställa principer för ledning av verksamhet. Med våra ord så är ett ledningssystem en normbaserad ordning för vårdgivarens verksamhet. Då ordningen är föreskriven enligt rättsligt bindande föreskrifter och som sedan överförs i en organisatorisk beslutsordning så är ledningssystemet en rättslig ordning.

FIGUR 47.

Vårdgivarens verksamhets-
och ledningssystem.



Inom ramen för vårdgivarens ansvar ingår att utforma rutiner, processer m.m. för strukturerat ledningsarbete som sedan kan översättas i operativa processer för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Vad ett ledningssystem består i kommer att skilja sig beroende på vilken vårdenhet det utvecklats för. Det är inte svårt att föreställa sig skillnader i arbetssätt och verksamhetskrav mellan exempelvis en vårdcentral i öppenvården jämfört med ett universitetssjukhus. Vår poäng är dock att ledningssystem skapar en gemensam grundstruktur/ordning för systematiskt kvalitetsarbete oavsett vilken typ av verksamhet som vårdgivare bedriver. Man kan se processen som en "meta-ordning" som länkar samman de olika processuella stegen i kvalitetsarbetet, samt illustrerar hur de olika stegen relaterar till varandra. Genomgående finns krav på hälso- och sjukvårdspersonalens medverkan i kvalitetsarbetet, samt att arbetet avseende verksamhetens kvalitet kontinuerligt dokumenteras.

15.3.2 Vårdgivarens olika ledningssystem

En vårdgivare har som sagt skyldighet att ha ett antal olika ledningssystem. Ledningssystemet för kvalitet är för detta arbete det viktigaste, men det är inte det enda ledningssystemet som är av betydelse när det gäller att stärka patientens ställning. Som vi nämner i ovan avsnitt har vi identifierat fyra grundläggande ledningssystem som vi menar är särskilt viktiga när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling och kvalitet: 1) ledningssystem för vårdens kvalitet, 2) ledningssystem för arbetsmiljö, 3) ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd samt 4) ledningssystem för miljöarbete. I samband med vår utvärdering av vårdgivarens ansvar har vi utvärderat vilka lagar och författningar som inbegriper krav på kvalitet inom olika områden för ledningssystem. Sammantaget lägger ledningssystem grunden för en rättslig ordning avseende kvalitetskrav och andra krav som uppställs på hälso- och sjukvården. En viktig del i arbetet har varit att identifiera vilka ytterligare ledningssystem som i olika omfattning kan aktualiseras. Genom vår analys av lagstiftning och standarder har vi identifierat ett antal ytterligare

ledningssystem för vårdgivaren. I nedan figur framgår således en samlad bild av aktuella ledningssystem för en vårdgivare.



FIGUR 48.
Vårdgivarens olika ledningssystem.

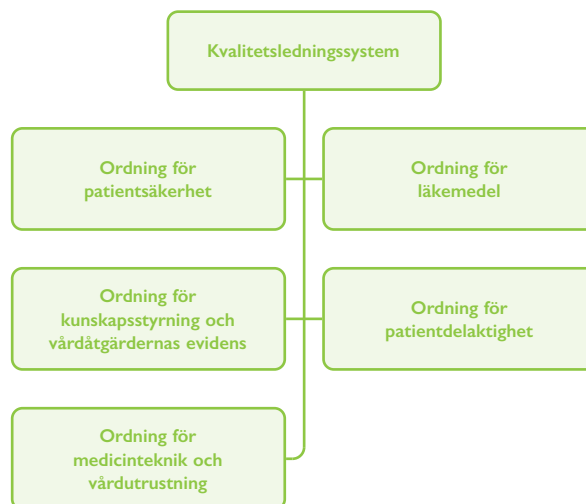
En viktig poäng är att ledningssystemen är mer eller mindre självständiga. Det är som sagt möjligt att se kvalitetsledningssystemet som överordnat flera av de övriga ledningssystemen. Inom ramen för kvalitetsledningssystemet behöver det utvecklas särskilda handläggningssystem för patientsäkerhet, personcentrerad vård, hantering av medicintekniska produkter och läkemedelshantering. Kvalitetsledningssystem behöver även länkas samman med ledningssystemen för arbetsmiljö, miljöarbete, informationssäkerhet och dataskydd, forskning- och innovation. Varje ledningssystem lägger grunden för en specifik rättslig ordning.

15.4 Ordning för klinisk kvalitet

Ett övergripande arbete för vårdgivaren, och de vårdenheter som ingår i verksamheten, är att säkerställa systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren har, som konstaterats, lagstadgade krav på att utföra sin verksamhet enligt en viss kvalitet, se exempelvis kraven i hälso- och sjukvårdslagen om god vård. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete uppställer krav på vårdgivarens ledningssystem för kvalitet. Själva implementeringsarbetet sker genom efterföljande av standarder som är framtagna av standardiseringsorgan. Ur ett svenskt perspektiv är den svenska standarden

SS-EN 15224:2017 Ledningssystem för kvalitet – EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården av särskild vikt.¹⁷⁷⁶ Föreskrifter och standarder underlättar för vårdgivaren att bedriva kvalitetsdrivet arbete i ett flertal verksamhetsområden, se organisering, resurshantering, ledningsarbete, dokumentation av arbetsprocesser m.m., verksamhetsmiljö, hantering av underleverantörer, inköp av varor och tjänster m.m. Nämnade föreskrifter och standard fokuserar särskilt på att ”tjänsten” som vårdgivaren levererar genom vårduppdraget är patientsäker. I kvalitetsledningsarbetet finns således särskilda krav på patientsäkerhet och förbyggande av vårdskador.

FIGUR 49.
Ordning för klinisk kvalitet.



Enligt vår mening är som redan framgått ordningen för klinisk kvalitet särskilt intressant vad gäller implementeringen av patientens rätt och möjliggörandet av personcentrerad vård. Vi menar att det inom ramen för respektive underordning är relevant att utvärdera hur patientlagen ska tillämpas.

15.4.1 Ledningssystem för kvalitet

I kvalitetsledningsstandarden har man utvecklat hur vårdgivarens ledningssystem (och därmed ledningsarbete) omfattar tydliga processteg i form av att planera, genomföra, följa upp samt kontinuerligt förbättra verksamheten (PDCA-modell), se avsnitt 0.3.2 SS-EN 15224:2017. Ledningssystemet är en övergripande ordning för vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete. Kvalitetsledningssystemet innefattar

¹⁷⁷⁶ Se även teknisk rapport SIS-TR 49:2017 Handledning för att utveckla och tillämpa ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvård med stöd av standarden SS-EN 15224:2017. Vi har under detta arbete även gått igenom standarder som rör begreppssystem för olika aspekter av tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Det rör exempelvis frågor där ”vårdkontinuitet är en viktig aspekt av kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvård, och semantisk interoperabilitet är ett grundläggande krav för vårdkontinuitet. De begrepp som behövs för dessa syften bör representera såväl innehåll som sammanhang för hälso- och sjukvårdstjänsterna”, se SS-EN ISO 13940:2016 Hälso- och sjukvårdsinformatik – Begreppssystem som stöd för kontinuitet i vården (ISO 13940:2015).

handlingssystem för bl.a. målstyrning, riskanalyser, egenkontroller, personaldelaktighet, samverkan mellan vårdgivare, rutinskapande, dokumentation och arkivering. Västra Götalandsregionen har genom regionstyrelsen beslutat om att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.¹⁷⁷⁷ Regionen har därmed beslutat om att det ska föreligga handlingssystem för vårdgivarens systematiska och kvalitetsdrivna arbete.

15.4.1.1 Ordning för planering av hälso- och sjukvårdens kvalitet

En första del av ledningssystemet avser planering av verksamheten.¹⁷⁷⁸ Beroende på verksamhetens omfattning och riskprofil kan omfattning och behov skilja sig åt avseende ledningssystemet.¹⁷⁷⁹ Vårdgivarens ledning ska utifrån den specifika verksamheten ställa sig ett antal frågor vad gäller verksamhetens planering. Vilken typ av organisationsstruktur krävs för verksamheten? Vilken typ av verksamhet bedriver man? Vilka resurser har och behöver man? Vilka dokumentationsbehov finns?¹⁷⁸⁰ Annan planering rör frågor och beslut som vårdgivaren behöver hantera avseende ledarskap och den konkreta verksamheten. Detsamma gäller roller och ansvar för att bedriva en kvalitetsdriven verksamhet med fokus på patientsäkerhet. Västra Götalandsregionen har genom regionstyrelsen beslutat att utförarstyrelser ansvarar för att verksamheten planeras på ett sätt som leder till god vård.¹⁷⁸¹

15.4.1.2 Ordning för styrning av verksamhetens kvalitativa utförande

En andra del av ledningssystemet avser styrning av verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren har det grundläggande ansvaret avseende styrning och utförande. Det innebär krav på en strukturerad organisering och styrning av vårdutförandet. Socialstyrelsens ställer krav på att vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa processer för att säkra verksamhetens kvalitet, se vidare i 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. En väsentlig del av kvalitetsarbetet handlar om hur samverkan i vårdutförandet kan förebygga patientskador och hur sådan samverkan ska ske m.m., 4 kap. 6 §. Därvid har vårdgivaren ansvaret att vidta och besluta om förebyggande åtgärder när det gäller vårdskador, 3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen.¹⁷⁸²

Västra Götalandsregion, och dess vårdenheter, upprättar och beslutar om riktlinjer och rutiner för en kvalitetsbaserad styrning av vårdverksamheten. Exempel på områden där regionen beslutat om styrdokument är hantering av anhöriga

¹⁷⁷⁷ Plan Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2020–2025 Dnr RS 2020-05267.

¹⁷⁷⁸ Med utgångspunkt i vad Socialstyrelsen skriver i sina föreskrifter och handbok, samt det internationella standardarbetet inom området.

¹⁷⁷⁹ Det finns skillnader mellan allmänvård och specialistvård, specialistvård inom olika områden, öppen- eller slutenvård etc.

¹⁷⁸⁰ Se vidare avsnitt 4–7 SS-EN 15224:2017.

¹⁷⁸¹ Ansvaret fastställs genom reglementen. Se Plan Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2020–2025 Dnr RS 2020-05267 s. 15.

¹⁷⁸² Paragrafen anger att för åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas. Nämda ansvar är i linje med kvalitetsledningsstandarden, avsnitt 8 i SS-EN ISO 15224:2017.

och patienters självskattning avseende sjukdomstillstånd.¹⁷⁸³ Andra exempel är hantering av utrustning, vårdmiljöer och vårdhygien.¹⁷⁸⁴ Vidare har man fattat beslut om kvalitetsstyrande riktlinjer för organisering och ansvarsfördelning avseende strålsäkerhet. Handlingssystemet i detta avseende syftar till att uppnå kraven på kvalitativt och ändamålsenligt strålsäkerhetsarbete.¹⁷⁸⁵

Annan kvalitetsdriven styrning avser frågor och beslut för att säkerställa spårbarheten avseende patienter och de vårdåtgärder som ingår i deras vårdförlopp. Det handlar i huvudsak om att vårdgivaren genomgående säkerställer patientidentiteter i kliniska processer och andra hälso- och sjukvårdsaktiviteter samt förändringstillstånd som avser patienten.¹⁷⁸⁶ Om vårdgivaren använder sig av extern vårdgivares resurs i den egna verksamheten ska ändamålsenliga krav enligt ovan förmedlas till denne. Vårdgivaren har ett ansvar för hur den externa resursen hanterar sitt kvalitetsarbete. Detsamma gäller motsatsvis för det förhållande när vårdgivaren utför tjänst eller tillhandahåller utrustning för annan vårdgivare.

15.4.1.3 Ordning för utvärdering och uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet

En tredje del av ledningssystemet gäller utvärdering och uppföljning av verksamheten. En viktig del av utvärdering och uppföljning rör utredning av händelser i verksamheten som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen.

Vårdgivaren ansvarar för att genomföra egenkontroller samt annan utvärdering av sitt vårdutförande. Egenkontroller ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter utföras i en sådan takt och omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa ändamålsenlig kvalitet i sin verksamhet, 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontrollen kan bestå i jämförelser av verksamhetens resultat med externt kvalitetsgranskade

¹⁷⁸³ Se exempel på följande riktlinjer och rutiner; Rutin – Intranät för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU9771-677637494-192); Rutin Egenvård (SV9024-2108058916-71); Rutin Anhörigpolicy (Intensivvård och postoperativvård Östra) (SU9805-1593997-3160); Rutin för fullmakt, godman och förvaltare – Insatser som avser till att stödja patient (SAS9642-738863596-550); Rutin patientdagbok (intensivvård) (SU9805-1593997-1329); Rutin självskattning inom cancervården (SU9775-406090012-163); Rutin – etikprövning forskningshuvudman, behörig företrädare för regionhälsan (RHS9919-529963968-16); Riktlinje – god forskningssed och huvudmannaskap vid forskning (SAS9613-640131427-25); Rutin implementering av ny forskning eller behandlingsmetod när det inte finns nationella riktlinjer; Rutin införande av ny barnkirurgisk behandling (SU9774-1570060579-383). Ett annat intressant exempel är även Vägledning – Kvalitetsledningssystem gällande Centrala gasanläggningen, framtagna av regionövergripande arbetsgrupp (24-06-04).

¹⁷⁸⁴ Se rutin Grundläggande vårdhygieniska rutiner (SSN11800-2140136717-245). Sahlgrenska Universitetssjukhuset har i egenskap av vårdgivare beslutat om egna riktlinjer för vårdhygien och ansvar för städning och rengöring. Riktlinje för verkställighet avseende vårdhygien och verksamhetens ansvar för städning och rengöring (SU9992-381335686-122).

¹⁷⁸⁵ Ordningarna bygger på beslutade riktlinjer avseende organisation och ansvarsfördelning inom vissa sjukvårdsområden, se exempelvis Sahlgrenska Universitetssjukhusets riktlinje Organisation, ansvar, funktioner och samverkan gällande strålsäkerhet (SU9771-677637494-236). Andra riktlinjer avseende ansvarsfördelning rör riktlinjer som avser ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och specialistvård öron-näsa-hals (barn och vuxna) (SSN11800-2140136717-237).

¹⁷⁸⁶ Ex. riktlinjer vårdförlopp nationellt och regionalt kunskapsstöd.

källor, se kvalitetsregister eller andra externa källor.¹⁷⁸⁷ Kontrollen kan även omfatta jämförelse med tidigare verksamhetsresultat och kvalitetsmål. I standarden finns bestämmelser om utvärdering av prestanda i relation till de mål som uppställts för kvalitetsarbetet, se vidare avsnitt 9 SS-EN 15224:2017. I Västra Götalandsregionens vårduppdrag för Vårdval Vårdcentral uppställs också krav avseende egenkontroller. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har genom rutiner utvecklat handlingsystem för egenkontroll.¹⁷⁸⁸

En annan viktig del i utvärderingsarbetet avser uppfyllandet av kvalitetsmål gällande patientupplevelser av vården. Det medför krav på att vårdgivaren möjliggör ökad patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbetet, 3 kap. 4 § patientsäkerhetslagen. En viktig del i detta är hantering av klagomål och synpunkter. De nationella föreskrifterna innehåller krav på vårdgivarens förmåga att ta emot och utreda klagomål och synpunkter avseende verksamhetens kvalitet. Avsändare av klagomål och synpunkter kan vara patienter och deras närstående. Det kan också vara vårdgivarens personal, andra vårdgivare, myndigheter eller andra intressenter inklusive civilsamhällets aktörer.¹⁷⁸⁹ Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas så att vårdgivaren kan utvärdera deras betydelse för verksamhetens kvalitet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har beslutat om en riktlinje för uppföljning och utvärdering av avvikelser och klagomål avseende hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess utförande.¹⁷⁹⁰ Syftet är utveckla arbetssätt (handlingsystem) för att hantera avvikelser och klagomål på ett för verksamheten ändamålsenligt sätt. Nämda ordning innefattas i Västra Götalandsregionens beslutade ledningssystem för hälso- och sjukvård.¹⁷⁹¹ Det innebär att vårdgivaren skyndsamt behöver hantera nämnda ärenden samt sammanställa och analysera informationen för att kunna se mönster och trender avseende verksamhetens eventuella brister.

15.4.1.4 Ordning för kontinuerligt förbättringsarbete avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet

En fjärde del avser kontinuerligt förbättringsarbete. Ledningens genomgång av det utvärderingsmaterial som framställs är ett viktigt medel för att synliggöra kvalitetsarbetet på ledningsnivå. Förbättringsarbetet sker återkommande. Ledningen säkerställer ledningssystemets kvalitet och funktion för verksamheten. Förbättringsarbetet kan exempelvis handla om att besluta om nya och mer ändamålsenliga kvalitetsindikatorer. Det kan även omfatta förslag om ny organisation och nya arbetssätt för att säkerställa kvalitet i vårdgivarens verksamhet.

¹⁷⁸⁷ Se vidare 5 kap. 2 § Socialstyrelsens nationella föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

¹⁷⁸⁸ Sahlgrenska Universitetssjukhusets lokala rutin för Egenkontroll av verksamhet med strålning (SU9771-677637494-225). Vid andra sjukhus inom regionen finns rutiner som mer specifikt syftar till att säkerställa uppfyllande av myndighetsföreskrifter, se exempelvis NU-sjukvårdensrutin Egenkontroll av strålsäkerhet i verksamhet med joniserande strålning (NU10193-390712850-8).

¹⁷⁸⁹ Se vidare 5 kap. 3 a § Socialstyrelsens nationella föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Se även 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen.

¹⁷⁹⁰ Sahlgrenska Universitetssjukhuset har även beslutat om riktlinje Hantering av inkomna avvikelser och klagomål (SU9803-22137832294-91).

¹⁷⁹¹ Plan Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2020–2025 Dnr RS 2020-05267 s 21.

I den svenska standarden beskrivs hur förbättringsarbetet kan genomföras, se avsnitt 10 SS-EN 15224:2017. Enligt standarden ska det finnas en ordning för att hantera avvikelser som har en direkt påverkan på patient och att patienten ska direkt informeras om effekten samt konsekvenser och alla ev. korrigerande åtgärder avseende avvikelserna. Motsvarande krav föreligger enligt patientsäkerhetslagen om att informera patienter m.fl. vid inträffade vårdskador, 3 kap. 8 §. Detta ska även dokumenteras i patientjournalen. I Socialstyrelsens föreskrifter finns en bestämmelse om att åtgärder ska vidtas i den mån det krävs för att säkerställa vårdgivarens verksamhetskvalitet.¹⁷⁹² Av Socialstyrelsens handbok framgår att det kontinuerliga förbättringsarbetet är överlappande med det systematiska utvärderingsarbetet där även riskanalys, egenkontroll samt utredning av rapporter, klagomål och synpunkter ingår. Där fokuserar man dessutom på vilka förbättrande åtgärder som är rimliga att vårdgivaren utför, samt vilka processer och rutiner som ska förbättras för att möjliggöra en ändamålsenlig kvalitet i vårdgivarens verksamhet.

Inom Västra Götalandsregionen har man genom det beslutade ledningssystemet för hälso- och sjukvården skapat en ordning för förbättringsarbete.¹⁷⁹³ Vårdgivaren behöver därmed handlingsystem för att kontinuerligt följa upp verksamhetens kvalitetsbrister genom sammanställningar från verksamhetens delar. I regionens plandokument framgår även att vårdens kvalitet ska präglas av handlingar som främjar personcentrerad vård.¹⁷⁹⁴

15.4.2 Ordning för kunskapsstyrning och säkerställande av vårdåtgärdernas evidens

En viktig ordning är den för kunskapsstyrning och vårdåtgärdernas evidens. Systemmässigt är detta en ordning inom ramen för arbetet med klinisk kvalitet. Även i denna del är en viktig utgångspunkt att kvalitetsarbetet anpassas utifrån verksamhetens inriktning och omfattning, se 4 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vidare framgår det i Socialstyrelsens föreskrifter att det är vårdgivarens ansvar att utarbeta samt fastställa de rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet, se 4 kap. 4 §. Detta innebär i sin tur krav på att riktlinjer och rutiner som vårdgivaren utvecklar och implementerar baseras på vetenskaplig evidens.

Vårdgivarens kunskapsstyrning tar avstamp i de program och riktlinjer som utvecklas på nationell och regional nivå avseende hantering av sjukdomstillstånd, funktionsnedsättning m.m. Vårdgivaren utarbetar och beslutar om lokala styrdokument för den lokala vårdgivarverksamheten. Genom skapandet av lokala riktlinjer och rutiner implementerar vårdgivaren kvalitetsnormer avseende vårdens utförande. Detta är den kanske viktigaste ordningen för att implementera patientlagen och att möjliggöra personcentrerad vård.

¹⁷⁹² Se vidare 5 kap. 7 § Socialstyrelsens nationella föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

¹⁷⁹³ Plan Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2020–2025 Dnr RS 2020-05267 s. 21.

¹⁷⁹⁴ Plan Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2020–2025 Dnr RS 2020-05267 s. 22.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har tagit fram en rutin för framtagande av styrande dokument.¹⁷⁹⁵ Enligt rutinen behöver vårdgivaren säkerställa att motsvarande information inte redan finns i andra styrande dokument.¹⁷⁹⁶ Det skapar krav på att vårdgivaren etablerar handlingssystem för att navigera i existerande styrdokument och andra relevanta kunskapskällor. Andra bestämmelser rör godkännande av styrande dokument. För övergripande medicinska styrdokument ska chefläkaren besluta om godkännande dokumentet. Medicinskt styrande dokument i enskild vårdgivarverksamhet ska i stället godkännas av verksamhetschef om denne är läkare. Om hen inte är läkare ska medicinsk rådgivare granska underlaget innan beslut fattas om godkännande. Ytterligare bestämmelser avser ansvar för de beslutade styrdokumenterna med en s.k. innehållsansvarig som är ytterst ansvarig för att innehållet i en medicinsk rutin är korrekt. Innehållsansvarig ska ha erforderlig medicinsk kompetens och ansvarar därmed för revidering av dokumentet. Sammantaget ställs krav på att vårdgivaren utformar och implementerar ett antal handlingssystem för rutinskapande inom ramen för kunskapsstyrning.¹⁷⁹⁷

15.4.3 Ordning för patientsäkerhet

Ordning för patientsäkerhet är som ovan nämnts en tydligt integrerad del av den ordning som utgör ledningssystemet för kvalitet. Vi menar dock att det finns ett antal specifika handlingssystem som rör patientsäkerhetsarbetet och ansvaret att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kraven på patientsäker vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls, se 3 kap. 1 §.¹⁷⁹⁸ Det är uppenbart att bristen på patientsäkerhet och förekomsten av patientskador är något som ska undvikas genom ett systematiskt arbetssätt.¹⁷⁹⁹ För vårdgivaren handlar det om att genom beslut omsätta kraven i lagar och föreskrifter till organisatorisk ordning och handlingssystem.

1795 Hantering av styrande dokument – Förvaltning, framtagande och återsökning av styrande dokument på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU9771-677637494-250).

1796 Det avser vårdhandboken, regionalt styrande dokument, sjukhusövergripande styrande dokument, lokalt styrande dokument som kan uppdateras, styrande dokument på annan verksamhet och kan gälla för fler verksamheter samt lokalt styrande dokument som kan göras sjukhusövergripande.

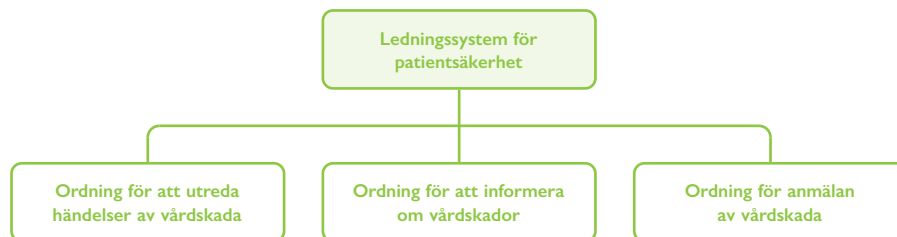
1797 Det finns en mängd exempel på lokala riktlinjer och rutiner på vårdgivar nivå i Västra Götalandsregionen. Vissa kommer presenteras i de följande avsnitten. Andra styrdokument går också att hitta på VGR:s webbsida genom funktionen Hitta dokument. Dock krävs särskild access.

1798 Det är ett område som varit föremål för reglering under relativt lång tid. I förarbetena till patientsäkerhetslagen uttrycker man bl.a. att man ska åstadkomma ett systematiskt arbete för patientsäkerhet och ett därtill kopplat ansvarssystem, se Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 1.

1799 Patientsäkerhetslagens regler är som redan nämnts sammanflätade med patientlagens regler. I jämförelse med patientlagens bestämmelser föreligger emellertid större tydlighet avseende skyldigheter och ansvarsfördelning. Ansvaret för patientsäkerhet avser hela hälso- och sjukvården, vilket enligt lagen definieras vidare än gängse. I patientsäkerhetslagen 1 kap. 2 § stadgas att ”med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om omskärelse av pojkar, lagen om försäkringsmedicinska utredningar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen om handel med läkemedel.”

FIGUR 50.

Vårdgivarens ordning för hantering av vårdskador.



Patientsäkerhetslagen är den centrala lagstiftningen.¹⁸⁰⁰ Socialstyrelsen har i enlighet med bemyndigandet i lagen utfärdat föreskrifter avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete.¹⁸⁰¹ Utifrån patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter kan man urskilja tre delar som kompletterar det övergripande kvalitetsarbetet. De tre delarna avser: (i) utredning av händelser av vårdskada, (ii) informationsskyldighet avseende vårdskada (iii) anmälningsansvar enligt patientsäkerhetsförordningen.

Regionerna arbetar med att omvandla nationella bestämmelser till egen rättslig ordning genom regionala styrande dokument, se exempelvis Västra Götalandsregionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet samt Region Stockholms regionala riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet.¹⁸⁰² Det gäller således för vårdgivarna att säkerställa en ordning för genomförande av tillförlitliga och säkra vårdprocesser, ökad riskmedvetenhet och beredskap, stärkt analysberedskap, lärande och utveckling avseende vårdskador m.m.

15.4.3.1 Ordning för att utreda händelser av vårdskada

Vårdgivare ska ha en ordning för utredning av vårdskador. Socialstyrelsens föreskrifter om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete uppställer ansvar för vårdgivaren att fatta beslut. Besluten avser patientskadeutredningar av olika karaktär, icke allvarliga eller allvarliga, samt i vilken omfattning vårdskadorna ska anmälas. Besluten ligger till grund för utvecklandet av ett antal underordningar som för: (i) utredningar av vårdskador som inte är allvarliga, (ii) utredningar av allvarliga vårdskador, samt (iii) hantering av anmälningsskyldigheten av allvarlig vårdskada i verksamheten.

¹⁸⁰⁰ Vårdgivaren har en skyldighet enligt de allmänna bestämmelserna i patientsäkerhetslagen att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 §), vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador, (3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen), utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen), informera patienter m.fl. om händelser (3 kap. 8 § patientsäkerhetslagen) m.fl., anmäla händelser i verksamheten (3 kap. 6 § patientsäkerhetslagen), göra patienter delaktiga i patientsäkerhetsarbetet (3 kap. 4 § patientsäkerhetslagen).

¹⁸⁰¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Se även Socialstyrelsens Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

¹⁸⁰² VGR Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslutade Regionala handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023–2024 Dnr 2022-01068 eller Region Stockholms Regionala riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet Dnr RS 2023-0520. Nämda styrdokument illustrerar dels vad som utgör grunden för de lokala handlingsplaner och riktlinjer som behöver etableras hos vardera vårdenhet inom ramen för respektive region, dels vilka krav som ställs på vårdgivarnas lokala ordningar för patientsäkerhetsarbetet.

När det gäller icke-allvarliga vårdskador ska vårdgivaren se till att utredningen innehåller uppgifter om:

”(skade)händelsen samt analysen och bedömningen av den, uppgifter om hur kunskap om händelsen och dess konsekvenser ska spridas i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet, och de andra uppgifter som behövs för att bidra till att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet”, 3 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

Vårdgivaren ansvarar för att utredningen dokumenteras.

Om det i stället gäller allvarliga vårdskador, eller en situation som skulle kunnat medföra allvarlig vårdskada, ska utredningen innehålla uppgifter om:

”händelseförloppet, när (skade)händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades, vilka konsekvenser som händelsen har medfört eller hade kunnat medföra för patienten, och vårdgivarens analys och bedömning av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen”, 3 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

Vidare ska vårdgivaren inkludera uppgifter avseende:

”vilka åtgärder som är beslutade och har vidtagits eller ska vidtas för att förhindra att en liknande händelse inträffar igen eller för att begränsa effekterna av en händelse som inte helt går att förhindra, vem eller vilka som ansvarar för att åtgärderna vidtas, när åtgärderna enligt tidplan ska vara vidtagna, vem eller vilka som ansvarar för uppföljningen av åtgärderna, och hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet”, 3 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

Vårdgivaren ansvarar för att utredning dokumenteras samt innehåller uppgifter om patientens upplevelse av den händelse som föranledde vårdskada. När det gäller allvarliga vårdskador finns tvingande föreskrifter från IVO avseende anmälningsplikt, se IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

Västra Götalandsregionens regionala handlingsplan för patientsäkerhet innehåller bestämmelser som rör hantering av vårdskador. Handlingsplanen innehåller regionsövergripande bestämmelser för att utreda vårdhändelser utifrån avvikelshanteringssystem med rapportering och återföring av information. Häri har man laborerat med metoden markörbaserad journalgranskning för att visa utvecklingen av vårdskadeförekomst över tid.¹⁸⁰³

15.4.3.2 Ordning för att informera om vårdskada

Vårdgivaren ska även ha en ordning för att informera om vårdskada. Vårdgivaren ska hantera informationsskyldighet gentemot tre intressenter; den egna personalen, annans personal om vårdskada skett på annan vårdenhets, samt den patient som omfattas av vårdskada. Det gör att man i denna del kan prata om vårdgivarens behov av ordning för: (i) egna personalens informationsskyldighet, (ii) informationsskyldighet gentemot annan vårdgivare, samt (iii) informationskyldighet gentemot patienten.

¹⁸⁰³ Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023–2024 Dnr 2022-01068 s. 8.

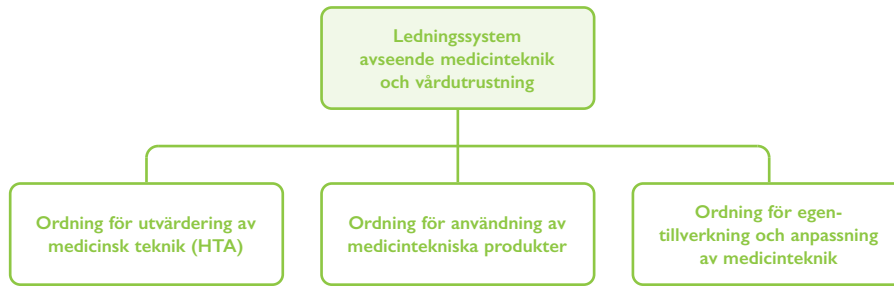
Den egna personalens informationsskyldighet framgår av 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen. Där framträder ett ansvar för hälso- och sjukvårdspersonalen att rapportera risker för vårdskador och andra händelser som kunde resultera i vårdskada. Vårdgivaren ska i sin tur informera om personalens ansvar både muntligt och skriftligt minst en gång om året. Vidare ansvarar vårdgivaren för att löpande informera om resultat av de utredningar av åtgärder som medfört eller kunnat medföra vårdskada. Vårdgivaren ska även ge hälso- och sjukvårdspersonalen information om anmälningar och beslut från IVO, se vidare 4 kap. 1–3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Om det visar sig att den händelse som medfört vårdskada skett hos annan vårdgivares verksamhet så ska denne underrättas. Därmed övertar den andre vårdgivaren ansvaret att utreda vårdskadan inom ramen för dennes verksamhet, 4 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. När det gäller vårdgivarens informationsplikt till patient så framgår den av 3 kap. 8 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska vid allvarlig vårdskada informera patienten om att en anmälan gjorts till IVO samt meddela IVO:s beslut i ärendet.

15.4.3.3 Ordning för anmälningsskyldighet avseende vårdskador

Vårdgivaren ska även ha en ordning för anmälan av vårdskador till IVO. Det ska ha tydliggjorts vem som är anmälningsskyldig vid eventuella vårdskador, se vidare 2 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen. Den anmälningsansvarige ska kunna överblicka och påverka det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Häri skapas en transparens avseende vem som är ansvarig för patientsäkerheten vid verksamheten för att uppnå en god och säker vård. Även i denna del finns det behov av beslut avseende styrande dokument som lägger en normativ grund för handlingssystem avseende hantering av vårdskadeanmälningar.

15.4.4 Ordning för medicinteknik och vårdutrustning

En annan viktig ordning rör hantering av medicinteknik och vårdutrustning. Det övergripande syftet avser att kvalitetssäkra utrustning för specifika vårdåtgärder. Vårdgivaren behöver organisera sin verksamhet med roller och funktioner som beslutar i frågor som rör kompetens och ansvar för hantering av medicinsk utrustning. Medicintekniska produkter är fundamental utrustning när vårdgivaren tillhandahåller olika vårdåtgärder. Patienters rätt till delaktighet och egenvård m.m. är ofta beroende av att medicintekniken i sig utvecklats för patienten och att själva handhavandet inom hälso- och sjukvården görs personcentrerad.



FIGUR 51.
Vårdgivarens ordning
för medicinteknik.

Av myndigheternas föreskrifter avseende medicintekniska produkter framgår att medicinteknisk utrustning ska hanteras inom ramen för det övergripande ledningssystemet för kvalitet. Det innebär att vi i vårt arbete väljer att se detta som ledningssystem i sig självt med ett antal underordningar för: (i) utvärdering av medicinteknik inom ramen för HTA-arbete (medicinsk teknik) (ii) användning av medicintekniska produkter inom ramen för vårdåtgärder (iii) egentillverkning och anpassning av medicinteknik. Sistnämnda kan avse att utveckla nya eller förbättra och anpassa existerande tekniska hjälpmedel i utförandet av verksamhetens vårdåtgärder, s.k. egentillverkning eller specialanpassning av produkter.

Vårdgivaren behöver härmed säkerställa att krav lagstiftningen och standarder avseende medicinsk utrustning omsätts till en egen rättslig ordning. Inom Västra Götalandsregionen har Sahlgrenska Universitetssjukhuset beslutat om lokala rutiner för exempelvis utrustningsinvesteringar.¹⁸⁰⁴ Rutinen lägger grunden för utvecklandet av en organisatorisk ordning för hur man ska hantera processen avseende utrustningsinvestering. Härefter innefattas beslut om utrustningsinvesteringar, verkställande av inköp genom beslut, samt fakturahantering.

15.4.4.1 Ledningssystem avseende medicinteknik och vårdutrustning

Ett ledningssystem avseende medicinteknik och vårdutrustning bygger på de rättsliga krav som framgår av lagstiftning och standarder. En vårdgivare som köper in och använder medicintekniska produkter ikläder sig ett särskilt ansvar.¹⁸⁰⁵ Ansvaret innebär att utveckla en organisatorisk ordning i enlighet med 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Det handlar om att systematiskt säkerställa att användningen av inköpta medicintekniska produkter är säker.¹⁸⁰⁶ Om vårdgivaren använder utrustning med AI-system så ställer AI-förordningen ytterligare krav på vårdgivarens ordningar i egenskap av tillhandahållare, se artikel 3.4.¹⁸⁰⁷

¹⁸⁰⁴ Rutin för utrustningsinvesteringar (SU9771-677637494-199).

¹⁸⁰⁵ Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

¹⁸⁰⁶ Själva användningen av den medicinska utrustningen kan variera – alltifrån att vara hjälpmedel och komplement i förhållande till vårdåtgärder till att de facto utgöra vårdåtgärden, se dialysmaskin som tillför dialysvätska (läkemedel) till patient.

¹⁸⁰⁷ Europaparlamentets och Rådets förordning (EU) 2024/1689 av den 13 juni 2024 om harmoniserade regler för artificiell intelligens och om ändring av förordningarna (EG) nr 300/2008, (EU) nr 167/2013, (EU) nr 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 och (EU) 2019/2144 samt direktiven 2014/90/EU, (EU) 2016/797 och (EU) 2020/1828 (förordning om artificiell intelligens).

Det säger sig självt att ordningen för att hantera användning av AI-system inom hälso- och sjukvård kommer att behöva prioriteras. Vårdgivaren ansvarar även för att personalen har ändamålsenlig kompetens för att bedriva och utföra vårdgivarverksamheten. Det är också vårdgivarens ansvar att ha handlingssystem som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalens har kompetens att förskriva och lämna ut medicintekniska produkter till patienter.¹⁸⁰⁸

Om vårdgivaren utvecklar egen eller anpassar medicinteknisk utrustning för medicinska ändamål till sin vårdverksamhet krävs efterlevnad av tvingande produktsäkerhetsbestämmelser som uppställs i förordning om medicintekniska produkter (EU) 2017/745 eller förordning om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik (EU) 2017/746.¹⁸⁰⁹ Regelverken påkallar ett långtgående ansvar avseende systematiskt kvalitetsarbete och tillverkaransvar.¹⁸¹⁰ Om vårdgivaren använder AI-system i sitt utvecklingsarbete måste efterlevnad även ske avseende krav i AI-förordningen och ledningssystem för AI-system.¹⁸¹¹

Läkemedelsverkets föreskrifter innehåller bindande krav.¹⁸¹² Vårdgivaren ska exempelvis besluta om åtgärder så att egentillverkning sker i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Härigenom ska vårdgivaren utveckla en ordning för egentillverkning som är integrerad i det övergripande kvalitetsledningssystemet. Ett viktigt underlag för hur detta ska ske är det internationella standardiseringsarbetet för medicinteknik.¹⁸¹³

1808 För ändamålet finns det standardiserade normer som lägger grunden för en ordning avseende vem som får förskriva en viss typ av hjälpmedel. Se det internationella standardiseringsarbetet med en svensk standard för klassificering av hjälpmedel inom olika områden, SS-EN ISO 9999:2022 Svensk standard Hjälpmedel – Klassificering och terminologi (ISO 9999:2022). Standarden delar in hjälpmedel i tre nivåer som möjliggör en gradvis högre upplösning genom huvudgrupper, grupper och undergrupper, se vidare avsnitt 5. Indelningen skapar ett internationellt system för att klassificera hjälpmedel, se exempelvis hjälpmedel för personlig vård och deltagande i personlig vård (ISO-kod 09 huvudgrupp), hjälpmedel för att stabilisera kroppen (ISO-kod 09 07 grupp) samt sittbälten, bälten och selar för att stabilisera kroppen (ISO-kod 09 07 03 undergrupp).

1809 Se även kompletterade nationell lagstiftning Förordning (2021:631) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter och Lag (2021:600) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter.

1810 Se även svensk lagstiftning med lag (2021:603) med kompletterande bestämmelser om etisk granskning till EU:s förordningar om medicintekniska produkter och Förordning (2021:631) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter.

1811 Europaparlamentets och Rådets förordning (EU) 2024/1689 av den 13 juni 2024 om harmoniserade regler för artificiell intelligens och om ändring av förordningarna (EG) nr 300/2008, (EU) nr 167/2013, (EU) nr 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 och (EU) 2019/2144 samt direktiven 2014/90/EU, (EU) 2016/797 och (EU) 2020/1828 (förordning om artificiell intelligens).

1812 Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:32) om kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter.

1813 Se den svenska standarden SS-EN ISO 13485:2016 Medicintekniska produkter – Ledningssystem för kvalitet – Krav för regulatoriska ändamål (ISO 13485:2016).

Detta kan förstås som ”best practice” för systematiskt kvalitetsarbete avseende medicintekniska produkter.¹⁸¹⁴

Vårdgivaren ska även ha handlingssystem för utvärdering av den medicinska utrustningens relativa effektivitet och det mervärde som en viss teknik bidrar med jämfört med annan ny eller befintlig teknik.¹⁸¹⁵ Utvärderingsarbetet ställer krav på kunskap om vetenskaplig evidens avseende hur medicinteknik kan införas och användas på ändamålsenligt sätt i hälso- och sjukvården.

15.4.4.2 Ordning för utvärdering av medicinteknik (HTA)

En första del rör verksamhetsbaserad HTA.¹⁸¹⁶ Den innebär som utgångspunkt utvärdering av vetenskaplig forskning som utförts inom olika områden.¹⁸¹⁷ Verksamhetsbaserad HTA innebär att vårdgivarens personal deltar i HTA-baserade utvärderingar tillsammans med HTA-centrum etc. för att skapa rapportunderlag och evidens kring nya lösningar för hälso- och sjukvården. HTA-arbetet utgör en viktig del för att möta kraven på att utvärdera och förbättra verksamheten i de delar som innefattar medicinteknik, se 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I sammanhanget kan även nämnas att evidensbaserad vård utgör en av elva basala kvalitetsaspekter i den svenska standarden för kvalitetsledning.¹⁸¹⁸

Utvärderingsarbetet bygger på en vetenskaplig evidensbaserad process med både kliniska och icke-kliniska utvärderingsområden, se skäl 4 i HTA-förordningen. När det gäller kliniska aspekter handlar det om identifiering av ett hälsoproblem och befintlig medicinsk teknik, granskning av de tekniska egenskaperna hos den medicinska teknik som utvärderas, teknikens relativa säkerhet och dess relativa kliniska effektivitet. De icke-kliniska utvärderingsområden rör kostnad för ekonomisk utvärdering av medicinsk teknik samt dess etiska, organisatoriska, sociala, och rättsliga aspekter. Utifrån ett ledningssystemsperspektiv framträder härmed behovet av en ordning för utvärderingen avseende medicinteknikens relativa bidrag till mervärde utifrån både kliniska och icke-kliniska aspekter.

Vårdgivaren kan finna stöd i sitt HTA-arbete genom den metodbok som utgivits av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.¹⁸¹⁹ Metodboken belyser betydelsen av arbetet med systematiska översikter i utvärderingsprocesserna av den

1814 I sammanhanget kan även nämnas att det finns ett antal underliggande ”best practice”-modeller som avser bl.a. riskhantering och kliniska prövningar för medicintekniska produkter, se SS-EN ISO 14971:2020 Medicintekniska produkter – Tillämpning av ett system för riskhantering för medicintekniska produkter (ISO 14971:2019) respektive SS-EN ISO 14155:2020 Klinisk prövning av medicintekniska produkter – God klinisk praxis (ISO 14155:2020). Se även standarder IEC 62366-1:2015+AMD1:2020 CSV Medical devices – Part 1: Application of usability engineering to medical devices, SS-EN 62304 Elektrisk utrustning för medicinskt bruk – Livscykelprocesser för programvara, SS-EN 60601-1 Elektrisk utrustning för medicinskt bruk.

1815 Se skäl 2 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2021/2282 av den 15 december 2021 om utvärdering av medicinsk teknik och om ändring av direktiv 2011/24/EU.

1816 En förkortning av ”Health Technology Assessment”.

1817 Notera att enligt HTA-förordningens skäl 1 så omfattar medicinsk teknik läkemedel, medicintekniska produkter, medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik och medicinska förfaranden, liksom åtgärder för förebyggande, diagnostisering eller behandling av sjukdom.

1818 Se avsnitt 0.1.4 SS-EN 15224:2017.

1819 SBU, Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

vetenskapliga forskningen. Översikterna relaterar i sin tur till ett antal områden för bedömning av det vetenskapliga materialet. Områden för bedömning rör avgränsningar, litteratursökning, relevansbedömning, bedömning av risk för bias, extraktion av data, sammanvägning av resultat, bedömning av tillförlitligheten av sammanvägda resultat samt sammanvägda slutsatser. I en fullödlig HTA-rapport ingår även, som framgår ovan, att beakta etiska aspekter och hälsoekonomiska överväganden.¹⁸²⁰ Sammantaget ska utvärderingsarbetet resultera i evidensbaserade rapporter för de åtgärder och insatser som görs inom hälso- och sjukvården.

Västra Götalandsregionen har inrättat ett HTA-centrum som ger stöd till HTA-utvärderingsarbetet.¹⁸²¹ När det gäller verksamhetsbaserad HTA i regionen inbegriper det å ena sidan vårdgivaren som nominerar utvärderingsfrågor från vårdgivarverksamheten och utser arbetsgrupp, å andra sidan HTA-centrumet som tillhandahåller arbetsresurser i form av projektledare, bibliotekarier, statistiker, hälsoekonom, projektsamordnare m.m. Sammantaget har man härigenom utvecklat en ordning för den lokala vårdgivarens HTA-baserade utvärderingsarbete. Detta kan exempelvis avse prioritering av behandlingsmetoder i vårdverksamheten.¹⁸²²

15.4.4.3 Ordning för användning av medicintekniska produkter i vården

En andra del avser användning av medicinsk utrustning i vården. Vårdgivaren ansvarar för den utrustning som används i vårdåtgärder. Inom ramen för ordningen ska ansvar fördelas för att säkerställa en kvalitativ hantering, se 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Det ska finnas handlingssystem för: (i) användning av medicintekniska produkter på patienter eller vid provanalyser, (ii) förskrivning och utlämnande av medicinska produkter till patienter, (iii) när man tillför medicintekniska produkter till patienter, samt (iv) när man rapporterar negativa händelser och tillbud i samband med användning.

Som handlingssystem betraktat innebär det ett antal roller med ansvar som vårdgivaren behöver ikläda sig. När det gäller användning av medicintekniska produkter på patienter ska vårdgivaren säkerställa att det finns rutiner för att: (i) verksamheten organiseras på ett sätt som möjliggör säker användning och hantering av medicintekniska produkter, (ii) endast säkra och medicinskt ändamålsenliga medicintekniska produkter används på patienter, (iii) endast säkra och ändamålsenliga medicintekniska produkter förskrivs och lämnas ut, (iv) medicintekniska produkter är kontrollerade och korrekt installerade, (v) det finns information avseende produkterna från tillverkare och myndigheter, (vi) det finns rutiner tillgängliga för personal, (vii) produkterna ska kunna spåras,

¹⁸²⁰ Se avsnitt 1 i SBU, Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

¹⁸²¹ HTA-centrum är en regional enhet som är placerad vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Enheten är en stödorganisation för arbete med HTA (Health Technology Assessment) i Västra Götalandsregionen. HTA-centrum ansvarar också för kvalitetssäkring av de HTA-projekt som genomförs i Västra Götalandsregionen, se vidare Västra Götalandsregionens webbsida Vårdgivarwebben, Om HTA-centrum.

¹⁸²² HTA-förordningens arbete riktar sig främst nationella myndigheter och hur dessa ska säkerställa att bestämmelserna implementeras på nationell nivå. Arbetet lägger en grund för att exempelvis kliniska granskningar, vetenskaplig rådgivning och identifiering av ny medicinsk teknik kan samordnas på EU-nivå.

se 2 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

Ett annat handlingsystem rör förskrivning och utlämnande av medicintekniska produkter till patient. Vårdgivaren ansvarar för att den personal som förskriver och lämnar ut medicinsk utrustning har ändamålsenlig kompetens. Förskrivningskompetensen förflyttar ett visst ansvar till professionen vilket kan innebära att ansvarsutkrävande sker av den som förskrivit hjälpmedlet i enlighet med patientsäkerhetslagen. Västra Götalandsregionen bedriver ett ambitiöst arbete avseende kvalitetsdriven hantering av personliga hjälpmedel genom Vårdsamverkan Västra Götaland, se handbok om personliga hjälpmedel.¹⁸²³ I handboken finns anvisningar för vilka professionsgrupper som får förskriva hjälpmedel, samt vilka kriterier och mål som gäller avseende olika produktområden. Anvisningarna är sorterade utefter de ISO-koder som framgår av den svenska standarden SS-EN ISO 9999:2022.¹⁸²⁴ I krav- och kvalitetsboken Vårdval Vårdcentral framgår även bestämmelser om att primärvårdgivare i egenskap av leverantör ska följa handboken samt ansvara för sin förskrivningsprocess. Även i sjukhusuppdraget framgår ett utföraransvar avseende hjälpmedel, se exempelvis vårduppdraget 2024 för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.¹⁸²⁵ Sammantaget utgör bestämmelserna en grund för handlingssystemens utformning och utförande i det praktiska arbete som hälso- och sjukvårdspersonalen de facto utför.

15.4.4.4 Ordning för egentillverkning och anpassning av medicinska produkter i vården

En tredje del avser egentillverkning och anpassning av medicintekniska produkter. Här ska vårdgivaren ikläda sig ett tillverkaransvar. Detta skapar förväntningar på att vårdgivaren hanterar rättsliga krav kopplade till egentillverkning och anpassning av medicintekniska produkter. I sak handlar det om att vårdgivaren ikläder sig produktsäkerhetsansvar avseende produkters säkerhet och prestanda vid marknadsanvändning. Utifrån bestämmelserna i de medicintekniska EU-förordningarna kan man utläsa ett antal handlingsystem som en legal tillverkare behöver hantera.¹⁸²⁶ Dessa avser: (i) utvecklingsarbete (ii) framtagande av produkt- och kvalitetskrav för utrustningen, (iii) verifiering och validering av produkt och kvalitetskrav, (iv) framtagande av produktionskrav samt verifiering av producerat material, (v) klinisk validering, (vi) kontinuerlig övervakning vid användning,

¹⁸²³ Vårdsamverkan, Handbok för personliga hjälpmedel inom hälso- och sjukvård.

¹⁸²⁴ Se övergripande produktområden Andning och cirkulation; Blås- och tarmfunktion (stomi, blås- och tarmdysfunktion); Diabetes; Dövsblindhet; Hud och sår (ljusbehandling, tryckavlastning och spolvätskor); Hörsel; Kommunikation och kognition; Muskel- och nervstimulatorer; Mätning av fysiska, fysiologiska och biokemiska funktioner; Nutrition och sondmatningstillbehör; Ortoser, proteser och skor; Påkalla uppmärksamhet (epilepsi-larm, personliga nödlarm och apnéalarm); Rörelse; Syn samt Tillföra läkemedel (injektion, infusion o spolvätskor), SS-EN ISO 9999:2022 Hjälpmedel – Klassificering och terminologi.

¹⁸²⁵ Här gör man en distinktion mellan hjälpmedel för vård och behandling respektive det dagliga livet.

¹⁸²⁶ Vårdgivaren behöver följa normer i harmoniserade standarder och andra standarder för att påvisa efterlevnad av relevanta författningskrav. Det gäller även normer i vägledningsdokument, yttranden m.m. från expertorgan, se MDCG, IMDRF, GHTEF m.fl.

samt (vii) förbättringsarbete och korrigerande åtgärder.¹⁸²⁷ Det finns även krav på att vårdgivaren ska anmäla sin egentillverkning till IVO. Vårdgivaren ska även hantera informationskrav i avseende bruksanvisningar och märkning. Sammantaget krävs en relativt utvecklade handlingssystem med rättsliga roller som legal tillverkare, sponsor, ansvarig forskare m.m.

När det gäller vårdgivarens utveckling av medicinteknisk utrustning har Västra Götalandsregionen tagit fram en regional riktlinje för egentillverkning av medicintekniska produkter.¹⁸²⁸ Riktlinjen riktar sig till alla vårdverksamheter som bedriver egentillverkning av medicinteknisk utrustning med syfte att uppfylla gällande lagstiftning för egentillverkning avseende in vivo-utrustning. I riktlinjen tydliggörs att det ska föreligga ett tydligt ansvar mellan produktägarskap och produktförvaltning under utrustningens livslängd. Riktlinjen gäller även modifierad utrustning. Regionen har genom den beslutade regionala rutinen för egentillverkning av medicinteknisk produkt uppställt ett antal processrelaterade moment avseende själva utvecklingsarbetet av utrustningen.¹⁸²⁹ Nämda moment är av samma art som i den svenska standarden SS-EN ISO 13485:2016. Styrande dokument finns även för specialiserade områden som exempelvis återanvändning alternativt specialanpassning av medicintekniska engångsprodukter.¹⁸³⁰ Sammantaget kan man härmed få en glimt av det behov som föreligger avseende vårdgivarens handlingssystem för egentillverkning och anpassning av medicintekniska produkter.¹⁸³¹

15.4.5 Ordning för hantering av läkemedel

En annan viktig ordning avser hantering av läkemedel. Precis som vad gäller ovan beskrivna ordningar handlar det om att kvalitetssäkra och säkerställa ändamålsenliga lösningar för vårdgivarens vårdåtgärder. Det ställer krav på att vårdgivaren beslutar i frågor som rör kompetens och ansvar för hantering av läkemedel.

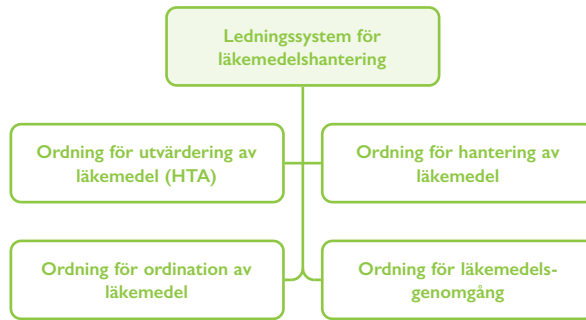
¹⁸²⁷ I sammanhanget ska nämnas att den digitalisering som sker innebär att den medicintekniska utrustningen även innefattar krav avseende digital säkerhet och prestanda. Det innebär att en prövning av de krav som framgår av bilaga I i förordningarna även kommer omfatta cybersäkerhetskrav, AI-krav, datasäkerhetskrav, integritetskrav avseende digitala känsliga personuppgifter m.m. Detta kommer i sin tur skapa ytterligare behov av beslut och handlingsystem.

¹⁸²⁸ Regional riktlinje för egentillverkning av medicintekniska produkter Dnr HS 2021-00795. Notera riktlinjens giltighet december 2021-januari 2024.

¹⁸²⁹ Regional rutin för egentillverkning av medicinteknisk produkt – processbeskrivning Dnr HS 2021-00796.

¹⁸³⁰ Se även Reprocessing och återanvändning av medicintekniska engångsprodukter för VGR:s Verksamheter (SSN 2023-00493); Vägledning – Specialanpassning av medicintekniska produkter.

¹⁸³¹ Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter får specialanpassade produkter tillverkas efter anvisning av läkare eller annan person som vårdgivaren bedömer har adekvat kompetens, se 5 kap. 1 § Läkemedelsverkets föreskrifter om kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter.



FIGUR 52.
Vårdgivarens ordning för läkemedel.

Ledningssystem avseende läkemedelshantering innefattar ett antal underordningar. Det rör sig om: (i) utvärdering av läkemedel inom ramen för HTA-arbete (ii) ordination av läkemedel (iii) hantering av läkemedel (iv) läkemedelsgenomgång. Samtliga underordningar kräver att vårdgivaren utvecklar och underhåller handlingsystem för utförandet av de aktiviteter som lagstiftning och andra bindande källor föreskriver.

15.4.5.1 Ledningssystem för läkemedelshantering

Ett viktigt område rör vårdgivarens systematiska arbete att hantera läkemedel för olika medicinska ändamål. Detta är särskilt intressant när vårdgivaren genom vårdåtgärder beslutar i frågor om läkemedel som ett led i behandling av patient. I Socialstyrelsens föreskrifter framgår att vårdgivaren ska följa ledningssystem för kvalitet.¹⁸³² Ansvaret avser bl.a. att ordination och hantering av läkemedel inom ramen för vårdgivarens kvalitetsarbete. Genom kvalitetsledningssystemet möjliggörs patienters delaktighet enligt patientlagen. Exempelvis kan det utvecklas rutiner för hur patienter ska vara med och planera, samt följa upp sin läkemedelsanvändning i vårdförloppen. Normbildning i detta avseende erbjuder möjligheter till att personanpassa vårdåtgärder och behandlingar. Vårdgivarens arbete med läkemedelshantering tangerar i hög grad vad som görs avseende sammanhållna vårdförlopp. Läkemedelshanteringen kan vara beroende av ett samspel mellan primärvården i regionen och kommunens hemsjukvård.

Vårdgivaren har ansvaret för att utforma ett ledningssystem för läkemedels-hantering i enlighet med de krav som följer av lagstiftning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har vårdgivaren ansvar för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Vidare innehåller patientsäkerhetslagen bestämmelser om att vårdåtgärderna ska utföras på ett patientsäkert sätt. I läkemedelslagen uppställs försiktighetskrav för hur vårdgivaren ska förvara eller på annat yrkesmässigt sätt hanterat läkemedel, se 10 kap. 1 §. Socialstyrelsens föreskrifter innefattar krav på att vårdgivarens har rutiner för ordination och hantering

¹⁸³² Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Föreskrifterna gäller inte sådan hantering som omfattas av läkemedelslagen eller lagen om handel med läkemedel, se 2 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Se även Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

av läkemedel, se 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Rutinerna ska anpassas utefter vårdgivarens specifika verksamhet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren säkerställa att läkemedelshanteringen i verksamheten kontinuerligt genomgår extern kvalitetsgranskning.

När det gäller ansvarsutkrävande skiljer man på patientskador som sker som ett led i behandlingen eller läkemedelsanvändning. Det förstnämnda regleras enligt patientskadelagens regler och ersätts via patientskadeförsäkringen. Skador pga. av brister i läkemedel hanteras enligt produktansvarsregler och tillverkarens ansvar för läkemedelsprodukter samt ersätts via läkemedelsförsäkringen.

15.4.5.2 Ordning för utvärdering av läkemedel (HTA)

En viktig del av den ordning som behöver utvecklas avser utvärdering av läkemedel inom ramen för HTA. Ordningen ska baseras på samma rättsliga krav som presenteras i avsnitt 15.4.4.2. När det gäller läkemedel kan man även belysa utvärderingsarbetet avseende strukturerade format för frågeställningar. Formaten rör effekt av insats (PICO), samband mellan exponering och utfall (PECO), diagnostisk tillförlitlighet (PIRO), prediktion (PICOTS) samt erfarenheter, upplevelser och värderingar (SPICE).¹⁸³³ Vårdgivare som medverkar i HTA-arbete ansvarar för att utvärderingsarbetet av den vetenskapliga forskningen för läkemedel hanteras i enlighet med ovan format.¹⁸³⁴

15.4.5.3 Ordning för ordination av läkemedel

Särskilt viktig är ordningen för ordination av läkemedel. Ordningen avser: (i) bedömning av behörighet att ordinera läkemedel och (ii) ordination av läkemedel. Inom ramen för respektive del behöver ett antal beslut fattas av antingen vårdgivaren eller beslutskompetent hälso- och sjukvårdspersonal. Vårdgivaren har ett ansvar för bedömning av behörighet avseende hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet att förordna eller förskriva läkemedel enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Ansvaret innefattar även att följa särskilda bestämmelser avseende behörighet för läkare att förordna vissa läkemedel enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Vårdgivaren

¹⁸³³ Se avsnitt 2.2 i SBU, Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

¹⁸³⁴ Exempelvis ska frågeställningar som rör effekt av insats (PICO) besvaras genom kontrollerade studier (studiedesign). En intressant insikt är att ordningen för PICO illustrerar vissa utmaningar som kan gälla avseende formaten. Ett exempel är skillnad mellan utvärderingar av läkemedel och medicinteknik. Vid randomiserade kontrollerade studier avseende läkemedel är det inte alltid uppenbart vad för substans ett piller eller vätska innehåller så kan man utföra s.k. blindade tester. I sak innebär det att testpersonen inte vet om man erhåller läkemedelssubstans eller annan substans vid test. Det medför utvärderingsmodeller där patienter (enkel-blindad), eller både patienter och forskare (dubbel-blindad) inte vet vilken patient som fått i sig vilken intervention. Sådana studier har uppenbara svagheter i relation till medicinteknisk utvärdering eftersom den fysiska utrustningens egenskaper ofta framgår vid användning.

ansvarar även för frågor som rör sjuksköterskors behörighet att förskriva och ordinera läkemedel.¹⁸³⁵

När det gäller ordination av läkemedel ligger det rättsliga ansvaret på den som gör själva ordinationen, dvs. hälso- och sjukvårdspersonalen. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården följer ett behov av normer för lämplighetsbedömning avseende ordinationen, justering av doser, planering och uppföljning. Detsamma gäller avslut av läkemedelsbehandling och dokumentation av läkemedelsordinationer. Detta är ett tydligt sammanhang där patientlagens regler ska tillämpas. Inom ramen för den ordning som utvecklas ska information ges, samråd genomföras, samtycke säkerställas o.s.v.

15.4.5.4 Ordning för hantering av läkemedel

Läkemedelshanteringen ska vara anpassade för den egenkontroll som vårdgivaren gör enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården kan man urskilja följande delar där vårdgivaren följer krav på att: (i) bedöma behörighet att iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel, (ii) hantera genom att iordningsställa, administrera eller överlämna läkemedel, och (iii) kontrollera och förvara läkemedel. Inom ramen för samtliga delar finns ett antal beslut där antingen vårdgivaren eller hälso- och sjukvårdspersonalen är beslutskompetenta och därmed ansvariga.

När det gäller att utvärdera och besluta vem som är behörig att iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel är det vårdgivaren, i egenskap av verksamhetsansvarig, som ansvarar för att arbetet utförs ändamålsenligt. Vårdgivaren ska säkerställa att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen verkar inom sin behörighet, se läkares, tandläkares och sjuksköterskors behörighet att ordinera läkemedel.¹⁸³⁶

Vad gäller själva hanteringen av läkemedel har vårdgivaren ansvaret att besluta om iordningsställande och administrering eller överlämnande av läkemedel. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården ska vårdgivaren se till att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till läkemedelsordinationen, information om vem som ordinerat läkemedlet samt när ordinationen skett. Ansvaret övergår

¹⁸³⁵ Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:43) om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel, Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit, och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:81) om behörighet för sjuksköterskor att ordinera läkemedel för vaccination mot sjukdomen covid-19. Vårdgivaren behöver även beakta bestämmelser om optikers behörighet att rekvirera och ordinera läkemedel, se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2023:31) om kompetenskrav och vissa arbetsuppgifter för optiker och Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

¹⁸³⁶ Fysioterapeuter kan i sin tur hantera läkemedel i samband med fysioterapi. Sjukhusfysiker får iordningsställa radioaktiva läkemedel inom sitt område. Andra personalgrupper som får hantera läkemedel inom ramen sina respektive kompetensområde är exempelvis röntgensjuksköterskor, tandhygienister m.fl., se vidare 7 kap.

till behörig hälso- och sjukvårdspersonalen när signering sker. Delegering av läkemedelshantering får endast beslutas av läkare, tandläkare eller sjuksköterskor. Det får endast ske om det är förenligt med god och säker vård och att delegaten har erforderlig kompetens. Den som delegerar har fortfarande det rättsliga ansvaret för utförandet. Verksamhetenschefen ansvarar för att delegationsbesluten är förenliga med god och säker vård.¹⁸³⁷

Vårdgivaren har också ansvar för kontroll och förvaring av läkemedel, se 12 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Vårdgivaren har att utveckla en ordning för: (i) läkemedelsförvaring och (ii) läkemedelskontroll. Vad gäller läkemedelsförvaring behöver vårdgivaren säkerställa att obehöriga inte kommer åt läkemedel. Vidare ska Vårdgivaren se till att läkemedel förvaras enligt tillverkarens anvisningar och på ett sådant sätt att kvaliteten inte försämras. Det är också upp till vårdgivaren att besluta kring vad som utgör ett särskilt anpassat läkemedelsförråd för verksamhetens inriktning och omfattning.

Inom Västra Götalandsregionen bedrivs arbete och informationsdelning avseende läkemedelshantering via vårdgivarwebben.¹⁸³⁸ På regional nivå har man beslutat om en gemensam riktlinje för läkemedelshantering för regional implementering av bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter och handbok.¹⁸³⁹ Rutinen tydliggör ansvar och behörigheter för verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal. I rutinen tydliggörs handläggningssystem för ordination, beställningar, förvaring och skötsel av läkemedelsförråd, arbetsmiljöaspekter, läkemedelsavfall, kvalitetssäkring av läkemedelshantering m.m.¹⁸⁴⁰ På vårdenhetsnivå har Sahlgrenska Universitetssjukhuset beslutat om en riktlinje för läkemedelshantering.¹⁸⁴¹ Riktlinjen är en förvaltningsspecifik komplettering till den nämnda regionala rutinen. Här preciseras vissa lokala tillägg avseende vad som ska finnas inom ramen för sjukhusets läkemedelshantering.

1837 Se även Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

1838 Se vidare Västra Götalandsregionens webbsida, Läkemedelshantering.

1839 Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen regional Dnr RHS9924-923386695-385.

1840 Regionen har genom Läkemedelskommittén beslutat om regionala riktlinjer avseende användning av läkemedel inom en rad sjukdomsområden. Se sjukdomsområden för Akne; Alkohol – Skadligt bruk och beroende; Antibiotikabehandling i tandvården; Antibiotikaprofylax i tandvården; Antikoagulantia vid förmaksflimmer; Astma hos barn; Astma hos vuxna; Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning; Bipolär sjukdom; Borrelia; Demens; Depression; Diabetes typ 2 (vuxna); D-vitaminbrist; Erytropoietin (EPO); Fysisk aktivitet; Förskrivning av läkemedel till patient vid överföring mellan vårdenheter; Gikt; Hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion (HFpEF); Hjärtsvikt med nedsatt systolisk funktion (HFrEF och HFmrEF); Hypertoni; IBS Irritable Bowel Syndrome; Insomni; Klimakteriebehandling; KOL, diagnostik och behandling; Kortvarig nociceptiv smärta hos vuxna; Lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär prevention; Läkemedel vid besök på vårdinrättning; Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse; Migrän; Opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta; Osteoporos; Protonpumpshämmare (PPI); Psoriasis; Restless legs syndrome; Samhällsförvärd bakteriell pneumoni hos barn; Samhällsförvärd pneumoni hos vuxna; Sederin med midazolam inom tandvården; Tandvård vid behandling med antikoagulantia och/eller trombocythämmare; Testosteronbrist hos män; Vitamin B12- och eller folatbrist; Ängstsjukdomar och Öppenvårdsdos.

1841 Riktlinje för läkemedelshantering SU-övergripande (SU 9790-1368942477-30).

15.4.5.5 Ordning för läkemedelsgenomgång

En ytterligare ordning som ska finnas är den för hur läkemedelsgenomgångar ska ske. Av Socialstyrelsens föreskrifter följer att antal krav på vårdgivarens arbete med läkemedelsgenomgångar. Läkaren är ansvarig avseende läkemedelsgenomgångar, 11 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.¹⁸⁴² När det finns patienter med läkemedelsrelaterade problem ska läkaren gå igenom eventuella olämpliga läkemedelsval, felaktig dosering, biverkningar, interaktioner etc. Läkaren ska presentera en individuellt anpassad information om vilka åtgärder man avser att sätta in och upprätta en läkemedelslista. Om läkemedelsrelaterade problem därefter kvarstår ska läkaren utföra en fördjupad läkemedelsgenomgång. Det är vårdgivarens ansvar att erbjuda en sådan genomgång. Om genomgången genomförs som del av slutenvård ansvarar läkaren för att upprätta en läkemedelsberättelse i patientjournalen. I dokumentation ska framgå vilka ordinationsändringar som gjorts, andra åtgärder rörande läkemedelsbehandlingen som genomförts, samt orsakerna till vidtagna åtgärder.

På regional nivå har Sahlgrenska Universitetssjukhuset i egenskap av vårdenhet beslutat om rutin för läkemedelshantering vid utskrivning från slutenvård.¹⁸⁴³ Den beslutade rutinen lägger grunden för en ordning för läkemedelshantering på sjukhuset. Rutinen innefattar anvisningar för att patienter får sina ordinerade läkemedel utan avbrott efter utskrivning. I rutinen finns anvisningar för hur man kan skriva ut och dela läkemedelsberättelser och läkemedelslistor.

15.4.6 Ordning för patientdelaktighet

När det gäller kvalitetsledningsarbetet är det som sagt rimligt att lyfta vårdgivarens ansvar för att utveckla en ordning för patientdelaktighet. Vårdgivarens ansvar för patientdelaktighet sträcker sig bortom att informera och kommunicera med patienten om hens vårdstatus och hälsa. Av den svenska kvalitetsledningsstandarden framgår att kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvård ska innefatta patientdelaktighet och patientfokuserad vård.¹⁸⁴⁴ För att uppfylla denna standard kan vårdgivaren använda sig av den ovan diskuterade svenska standarden SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård utveckla ordningar avseende ovan – Minimikrav för personcentrerad vård.¹⁸⁴⁵ Standarden är som framgått inte rättsligt bindande i sig. I standarden tydliggörs att personcentrerad vård är ett förhållningssätt som innebär att patienter aktivt deltar i den vård som vårdgivaren tillhandahåller.¹⁸⁴⁶ Av standarden följer krav på att patienten ska kunna lämna sin patientberättelser.¹⁸⁴⁷ Standarden uppställer även krav avseende

¹⁸⁴² Det ligger således inom läkarens ansvar att vid behov samarbeta med övrig profession i regional och kommunal hälso- och sjukvård. Vårdgivaren å sin sida har ansvar att erbjuda patienter en enkel läkemedelsgenomgång, se vidare 11 kap. 3–4 §§.

¹⁸⁴³ Rutin för läkemedelshantering vid utskrivning från slutenvård (SU 9790-1368942477-31).

¹⁸⁴⁴ Se avsnitt 0.1.4 SS-EN 15224:2017.

¹⁸⁴⁵ SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård.

¹⁸⁴⁶ Se avsnitt 4.1 SS-EN 17398:2020.

¹⁸⁴⁷ Se avsnitt 4.2 SS-EN 17398:2020.

etablerandet av ett partnerskap med patienten, se avsnitt 5. Andra krav rör delning av information och dokumentation genom en vårdplan vilken gemensamt kan uppdateras under hela vårdprocessen samt informationsdelning mellan parterna, se avsnitt 6. Standarden belyser även att patientens perspektiv ska genomsyra alla hälso- och sjukvårdens strategiska nivåer samt inom forskning och utveckling, se avsnitt 7. Sammantaget uppställer standarden ett antal krav på hur vårdgivarens ska utveckla sin ordning för patientdelaktighet.

15.5 Ordning för journal och datahantering

En alltmer central ordning som vårdgivare har att utveckla är den för hantering av patientjournaler och patientdata. Den ökade vikten av denna ordning beror i hög grad på den digitalisering som sker av hälso- och sjukvården. Även här är det möjligt att tydliggöra behovet av ett antal underordningar.

15.5.1 Ledningssystem för journalhantering, informationssäkerhet och dataskydd

Med beaktande av de regulatoriska krav som föreligger på vårdgivare för journal- och datahantering i en digital era krävs ett relativt extensivt och sofistikerat ledningssystem för journalhantering, informationssäkerhet och dataskydd. Socialstyrelsen har fastslagit att journalföring och behandling av personuppgifter ska hanteras som en del av det övergripande ledningssystemet för kvalitet, se 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Det innebär att vårdgivaren bl.a. har till uppgift att utveckla en ordning för systematiskt kvalitetsarbete avseende personuppgifters tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet, samt spårbarhet. Även vad gäller denna ordning är det följaktligen relevant att diskutera implementeringen av patientlagens regler.

Vårdgivaren har ett grundläggande ansvar i egenskap av personuppgiftsansvarig att efterfölja principerna för behandling av personuppgifter enligt den europeiska dataskyddsförordningen. Om vårdgivaren brister i ansvaret kan det medföra skadeståndsansvar avseende den materiella eller immateriella skada som en person lidit till följd av överträdelsen, se artikel 82 allmänna dataskyddsförordningen samt 7 kap. 1 § lagen med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.¹⁸⁴⁸

Andra områden rör cybersäkerhet och säkerhet för information som delas och lagras. Detta område är delvis överlappande med datasäkerhet enligt dataskyddslagstiftning. Vårdgivarens hantering och beslut i frågor som rör digital vårdinformation ställer ökade krav på säkerhet och prestanda avseende vårdgivarens IT-struktur. Detta är inte en hälso- och sjukvårdsspecifik ordning. När det gäller hälso- och sjukvård handlar det om hur vårdgivaren ska förhålla sig till de IT-nätverk som tillhandahålls av olika leverantörer, inbegripet hälso- och sjukvårdens egna informationssystem och IT-stöd.

¹⁸⁴⁸ En särskild ansvarsutmaning för vårdgivaren föreligger vid användning av digitala egenvårdslösningar som innefattar lagring och behandling av personuppgifter på server- och molntjänster som ligger utanför EU-lagstiftningens område, s.k. tredjelandsöverföringar.



FIGUR 53.
Vårdgivarens ordning för patientjournaler, patientdata och annan vårddata.

Ett genomgående krav i ledningssystemets olika delar är det avseende integritetsskydd. Som nämnts ovan föreligger krav i detta avseende i allmänna dataskyddsförordningen och patientdatalagen.¹⁸⁴⁹ Det finns även relevant lagstiftning avseende ett europeiskt hälsodataområde som kompletteras av annan lagstiftning i form av (EU) 2022/868 dataförvaltningsakten och (EU) 2023/2854 dataförordningen vilka syftar till att bl.a. underlätta säker och ändamålsenlig datadelning inom hälso- och sjukvårdsområdet. NIS2-direktivet syftar till att förstärka informations- och cybersäkerhetskapaciteten inom unionen så att våra samhällen ska fungera. Kraven avser aktörer inom ett antal kritiska sektorer, däribland hälso- och sjukvård. Dessutom publicerar nationella myndigheter bindande föreskrifter avseende cybersäkerhet för kritiska sektorer m.m.¹⁸⁵⁰ Vårdgivare kan skapa sig en ytterligare förståelse för hur ordningen ska utformas utifrån det pågående standardiseringsarbetet avseende ledningssystem för informationssäkerhet och säker hantering av personuppgifter, se ISO 27000-standards. När det gäller standardiseringsarbetet sker ett omfattande internationellt arbete, se exempelvis:

- *Informationssäkerhet och datasäkerhet för personuppgifter*, ISO/IEC 27000:2020 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Ledningssystem för informations-säkerhet – Översikt och terminologi (ISO/IEC 27000:2018) och ISO/IEC 27001:2023 Informationssäkerhet – Cybersäkerhet och integritetsskydd – Ledningssystem för informationssäkerhet – Krav (ISO/IEC 27001:2022).¹⁸⁵¹

¹⁸⁴⁹ Se även lagen om sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation, lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, förordning (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och patientdatalagen.

¹⁸⁵⁰ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Se även MSB:s föreskrifter avseende informationssäkerhet som exempelvis föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2020:8) om informationssäkerhet för leverantörer av samhällsviktiga tjänster; föreskrifter (MSBFS 2018:9) om rapportering av incidenter för leverantörer av samhällsviktiga tjänster; föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2018:10) om rapportering av incidenter för leverantörer av digitala tjänster; föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2018:11) om frivillig rapportering av incidenter i tjänster som är viktiga för samhällets funktionalitet; föreskrifter (MSBFS 2024:4) om anmälan och identifiering av leverantörer av samhällsviktiga tjänster; föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2015:5) om kommuners risk- och sårbarhetsanalyser; föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2015:4) om landstings risk- och sårbarhetsanalyser.

¹⁸⁵¹ Se även ISO/IEC 27002:2017 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Riktlinjer för informationssäkerhetsåtgärder (ISO/IEC 27002:2013 med Cor 1:2014 and Cor 2:2015).

Nämnda standarder är huvudstandarder i standardfamiljen för informations-säkerhet.

- *Molntjänster*, ISO/IEC 27017:2021 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Riktlinjer för säkerhetsåtgärder för molntjänster baserade på SS-EN ISO/IEC 27002 (ISO/IEC 27017:2015).¹⁸⁵²
- *Säkerhetstekniker för behandling av personuppgifter*, ISO/IEC 27701:2021 Säkerhetstekniker – Tillägg till ISO/IEC 27001 och ISO/IEC 27002 för hantering av personuppgifter – Krav och vägledning (ISO/IEC 27701:2019), samt ISO/IEC 27018:2020 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Riktlinjer för skydd av personuppgifter i publika molntjänster som hanterar personuppgifter (ISO/IEC 27018:2019).¹⁸⁵³
- *Informationssäkerhet i hälso- och sjukvården*, ISO 27799:2016 Hälso- och sjukvårdsinformatik – Ledningssystem för informationssäkerhet i hälso- och sjukvården baserat på ISO/IEC 27002 (ISO 27799:2016).

Sammantaget finns en stor mängd av material från lagstiftning och standarder som vårdgivaren behöver beakta vid utformning av sitt ledningssystem.

15.5.2 Ordning för journalhantering

En för vårdgivare mycket central underordning är den för journalhantering i vårdverksamheten. Ett grundläggande krav är att vårdgivaren ska föra patientjournal och därmed lägga grunden för en god och säker vård av patienten, se 3 kap. 2 § patientdatalagen. I ansvaret ingår att tillhandahålla information till patienten, tillhandahålla information för uppföljning och utveckling av verksamheten, tillhandahålla information för tillsyn av verksamheten och verksamhetens uppfyllnad av rättsliga krav m.m. Ansvaret för journalföringen i sig ligger på den personal som enligt patientsäkerhetslagen har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke eller på annat sätt omfattas av 3 kap. 3–4 §§ patientdatalagen.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården uppställer ett antal krav på vårdgivarens journalhantering. Vårdgivaren ska säkerställa en ändamålsenlig struktur för patientjournaler. Det innebär att patientjournalerna ska vara tillgängliga på ett överskådligt sätt för den behöriga hälso- och sjukvårdspersonalen, 5 kap. 1 §. Vidare ansvarar vårdgivaren för att uppgifterna i patientjournalerna är entydiga, 5 kap. 2 §.¹⁸⁵⁴

¹⁸⁵² Se även SS-ISO 27013:2017 Informationsteknik – Säkerhetstekniker- Vägledning för integrerat införande av ISO/IEC 27001 och ISO/IEC 2000-1, ISO/IEC 27036-4:2016 Information technology -- Security techniques -- Information security for supplier relationships -- Part 4: Guidelines for security of cloud services, ISO/IEC 29134:2023 Information technology -- Security techniques -- Guidelines for privacy impact assessment, ISO/IEC 27005:2018 Information technology -- Security techniques -- Information security risk management.

¹⁸⁵³ Se även ISO/IEC 29151:2017 Information technology -- Security techniques -- Code of practice for personally identifiable information protection.

¹⁸⁵⁴ Följande publikationer bör vårdgivarens använda sig av för att försäkra sig om att uppgifter är entydiga; Socialstyrelsens termbank, Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE), Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), Klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) samt Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (Snomed CT).

Vårdgivaren ansvarar även för att föra patientjournal om patienters identitet inte kan fastställas, patient saknar svenskt personnummer eller har skyddade personuppgifter, 5 kap. 4 §. Vidare har vårdgivaren ansvar för att införa aktuella hälsotillstånd, medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder m.m. i patientjournaler, se vidare 5 kap. 5 §. Det föreligger även ett ansvar för att granska patientjournalsdokumentation och under särskilda omständigheter omhändertar patientjournaler, 5 kap. 6 § och 8 kap.

I Västra Götalandsregionen har vårdenheter beslutat om ett antal rutiner för hantering patientjournalsärenden. Rutinerna lägger grunden till utvecklandet av regionens ordning för utlämning av journal till patient, tilldelning av behörighet till patientjournal samt sekretess avseende patientjournal.¹⁸⁵⁵

15.5.3 Ordning för patient- och vårddata

En andra underordning är den för hantering av patient- och vårddata. Vårdgivar-ens ansvar för patientdata grundar sig på dataskyddsrättsliga bestämmelser enligt ovan.¹⁸⁵⁶ När det gäller behandling av patientdata i patientjournaler uppställs ett antal krav i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Kraven består i att endast behöriga personer ska komma åt personuppgifterna hos vårdgivaren, att personuppgifterna är riktiga, att obehöriga inte kommer åt uppgifterna, samt att det finns spårbarhet avseende vidtagna åtgärder, se 3 kap. 1 §.

I praktiken innebär det att vårdgivaren behöver en ordning för hantering av behörighet till åtkomst till patientuppgifter. Tilldelningen av behörighet ska ske till enskilda användare med individuell behörighet och som ikläder sig ansvar när de tillgodogör sig informationen, se 4 kap. 1–2 §§. Vårdgivaren ansvarar för att det finns rutiner som hanterar ändringar, borttagning eller annan uppföljning av behörigheter för att säkerställa att dessa är riktiga och ändamålsenliga, se 4 kap. 3 §. I övrigt har vårdgivaren ansvar för att hantera åtkomst till ospärrade och spärrade uppgifter vid sammanhållen journalföring, nödöppning vid sammanhållen

1855 Rutin för identitetskontroll Dnr 17723; Rutin Mammografi utlämning av journal till patient (SU9802-1816834204-1036); Rutin Patientjournal – tilldelning av behörighet (SU9807-1076540875-73); Rutin Sekretess lokal rutin Radiologi Östra Dnr 50542.

1856 En annan viktig ansvarsdimension avser sekretess och tystnadsplikt som rör patienters hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden som inte får lämnas ut, se 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen för offentlig hälso- och sjukvårdsverksamhet alt. bestämmelser om tystnadsplikt för enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen. Lagstiftaren avser inte att göra någon skillnad på tystnadsplikt avseende offentliga eller privata hälso- och sjukvårdsaktörer, se Prop. 2017/18:89 Ett modernt och stärkt skydd för Sveriges säkerhet – ny säkerhetsskyddslag s. 120. Ledning kring tystnadspliktens bestämmelser kan således sökas i offentlighets- och sekretesslagen. Vidare finns ett antal sekretessbrytande bestämmelser som möjliggör överföring av sekretessbelagda uppgifter mellan myndigheter i samma region under vissa villkor, se vidare 25 kap. 11–14 §§ offentlighets- och sekretesslagen och 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen. I sammanhanget ska även nämnas den tystnadsplikt som avser privata tjänsteleverantörer som genom uppdrag tekniskt bearbetar eller lagrar uppgifter å hälso- och sjukvårdens vägnar, se lag (2020:914) om tystnadsplikt vid utkontraktering av teknisk bearbetning eller lagring av uppgifter. Syftet med lagen är att säkerställa myndigheters, organ eller annan verksamhet som kan jämföras med myndigheter, möjligheter att säkerställa lagstadgade sekretesskydd när man uppdrar åt privat tjänsteleverantör att tillhandahålla nämnda tekniska tjänst, se Prop. 2019/20:201 Tystnadsplikt vid utkontraktering av teknisk bearbetning eller lagring av uppgifter.

journalföring samt kontroll av åtkomst till uppgifter. Vårdgivaren ska ha ett loggsystem för att kontrollera behörigheten, se vidare 4 kap. 9 §. Det ska nämnas att ordningen för journalhantering och ordningen för hantering av patientdata till viss del är överlappande, varför de således behöver hanteras parallellt.¹⁸⁵⁷

Inom ramen för Västra Götalandsregionen har man beslutat om styrande dokument som lägger grunden för en ordning för personuppgiftsbehandling i vården. Dessa avser exempelvis information om personuppgiftsbehandling i samband med vård och rätt till insyn för patient, rätt för patient att under vissa förutsättningar rätta felaktiga uppgifter, i undantagsfall förstörande av patientjournal m.m. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har beslutat om lokala riktlinjer och rutiner avseende behandling av patientdata, hantering av patientjournaler och patientjournalhandlingar. Sjukhuset utvecklar härigenom ordningen för registrering av patientuppgifter, åtkomst till patientuppgifter, utlämnande av journaler, tilldelning av behörigheter m.m.¹⁸⁵⁸

15.5.4 Ordning för datasäkerhet och för hantering av personuppgifter

En tredje underordning som vårdgivare har att utveckla är den för datasäkerhet vid behandling av personuppgifter.¹⁸⁵⁹ Vårdgivaren har ett ansvar i detta avseende antingen i egenskap av personuppgiftsansvarig eller personuppgiftsbiträde. Det rättsliga ansvaret är placerat på vårdenhetsnivå.¹⁸⁶⁰ Detta medför ett ansvar för vårdgivaren att fatta beslut avseende systematiskt säkerhetsarbete vid personuppgiftsbehandling. Sådana beslut är nödvändiga för att säkerställa hantering av patientdata och personuppgifter i digitala gränssnitt och mobil vårdutrustning.

Av standarden för säkerhet avseende behandling av personuppgifter följer krav på att vårdgivaren bedömer verksamhetens organisatoriska förutsättningar avseende datasäkerhetsarbetet och personuppgifter.¹⁸⁶¹ Vidare ställer standarden krav på att ledningen och dess ledarskap ska anpassas för ändamålet. Det finns även krav på att vårdgivaren planerar säkerhetsarbetet, hanterar säkerhetsarbetet i verksamhetens drift, utvärderar säkerhetsarbetets prestanda samt gör eventuella förbättringar och korrigerande åtgärder.

Vårdgivaren har ett ansvar att utse särskilda informationssäkerhetsroller och ansvar, se avsnitt 6 ISO/IEC 27701:2021. Ansvaret innefattar att vara en kontaktpunkt som kan kommunicera med datasubjekt. Andra roller innebära ansvar för frågor som avser att utveckla, tillämpa, upprätthålla och övervaka dataskydd.

1857 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården avseende aktiviteter som avser: (i) åtkomst och behörigheter till uppgifter om patienter, (ii) strukturerade och överskådliga patientjournaler, (iii) hantera skyddet av personuppgifter i vårdverksamheten, (iv) ändamålsenliga patientsäkerhetsberättelser, och (v) omhändertagande av patientjournaler. De nämnda områdena kan ses som ett antal handlingssystem för den rättsliga ordningen för patientdata och patientjournaler.

1858 Riktlinje Åtkomst till patientuppgifter (SU9771-677637494-217).

1859 Se exempelvis artikel 32 allmänna dataskyddsförordningen.

1860 Det framgår i vårduppdrag samt reglementen ett personuppgiftsansvar och ansvar att utse dataskyddsombud för verksamheten, se exempelvis C. 3 § reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Det finns även ansvar för primärvårdsgivare genom vårduppdraget.

1861 ISO/IEC 27701:2021 Säkerhetstekniker – Tillägg till ISO/IEC 27001 och ISO/IEC 27002 för hantering av personuppgifter – Krav och vägledning (ISO/IEC 27701:2019).

I övrigt finns även krav avseende hantering av datatillgångar, informationsklassning, hantering av användaråtkomst, kryptografiska säkerhetsåtgärder, driftsäkerhet, kommunikationssäkerhet, frågor rörande informationssäkerhetsincidenter m.m. Sammantaget skapar nämnda krav en grund för vårdgivarens ordning avseende datasäkerhet och hantering av personuppgifter.

15.5.5 Ordning för informationssäkerhet

En ytterligare underordning som vårdgivaren behöver utveckla är den för informationssäkerhet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter bör vårdgivaren använda ovan standarder avseende informationssäkerhet som guide för den organisatoriska planeringen m.m. i ledningssystemet, se 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.¹⁸⁶² Vårdgivaren ska i sitt journalhanteringsarbete även ansvara för upprättande och förvaltning av informationssäkerhetspolicy, 3 kap. 4 §.

En viktig omständighet är att hälso- och sjukvård utgör en kritisk sektor enligt NIS2-direktivet. Det inkluderar även vårdgivare inom unionen, se p. 5 bilaga I (EU) 2022/2555.¹⁸⁶³ Det medför ett ansvar för vårdgivaren att hantera beslut i frågor som rör cybersäkerhet och integritet. Särskilt avser detta att säkerställa cybersäkra system med integritetsskydd. Syftet är att skapa systematiska arbetssätt och motståndskraftiga IT-system. Här innefattas organisatoriska åtgärder för riskhantering, se kap. IV NIS2-direktivet.

Vidare kan vårdgivaren använda sig av standarder avseende ledningssystem för informationssäkerhet. Där återfinns ett antal processuella bestämmelser såsom att identifiera informationssäkerhetskrav, utvärdera informationssäkerhetsrisker, hantera informationssäkerhetsrisker, välja och implementera säkerhetskontroller, övervaka och förbättra systemets funktion, samt arbeta med kontinuerliga förbättringar av informationssäkerhetssystemet.¹⁸⁶⁴

¹⁸⁶² I 27001-standardens instruktioner avseende ledningssystemets systematik och processuella steg. Liknande övriga ISO/IEC standarder handlar det om att identifiera verksamhetens informationssäkerhetsarbete. Sedan behöver vårdgivaren utvärdera organisationens förutsättningar för nämnda arbete samt vilket ledarskap som krävs och hur organisering kring ledning ska se ut. Ansvar och roller ska fördelas och styrande dokument upprättas, se informationssäkerhetspolicy. Sedan omfattar ledningsarbetet en planeringsfas för att identifiera potentiella informationssäkerhetsrisker samt bedöma och behandla nämnda risker. Detta innefattar målstyrningsarbete avseende att möta informationssäkerhetskrav. Efter det följer verksamhetsfasen där det handlar om att planera och styra verksamheten och i det arbetet kontinuerligt bedöma och behandla konkreta informations-säkerhetsrisker. Precis som i andra ledningssystem uppställer ledningssystemet krav på utvärdering av prestanda samt förbättringar och vid behov korrigeringar åtgärder.

¹⁸⁶³ Se även 7 kap. MSB föreskrifter (2024:4) om anmälan och identifiering av leverantörer av samhällsviktiga tjänster "antalet anställd legitimerad vårdpersonal eller på annat sätt anlitad legitimerad vårdpersonal överstiger 50 årsarbetskrafter, eller där minst 20 000 expedieringar av receptbelagda läkemedel utförs per år". Se också CER-direktivet (fysisk motståndskraft), Cyberresiliensakten, AI-förordning, direktivet om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

¹⁸⁶⁴ Nämnda standardbestämmelser kan även utgöra grund för de normer som behöver utvecklas och implementeras i handledningssystemet, se SS-EN ISO/IEC 27000:2020 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Ledningssystem för informationssäkerhet – Översikt och terminologi (ISO/IEC 27000:2018).

Västra Götalandsregionen har beslutat om en regional riktlinje avseende ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd.¹⁸⁶⁵ Riktlinjen är bindande för regionens vårdgivare och de avtalsparter som regionen ingår avtal med.¹⁸⁶⁶ Regionens ledningssystem tar sin utgångspunkt i SS-ISO/IEC 27000-serie för informationssäkerhet och integritet.¹⁸⁶⁷ Regionen har genom sitt beslut skapat en grund för vårdgivarens ordning för informationssäkerhetsarbetet. I riktlinjen finns bestämmelser om fördelning av verksamhetsansvar till särskilt utpekade roller i organisationen såsom informationsägare, systemägare m.fl. Exempelvis rör det vårdgivarens fördelning av ansvar för de s.k. informationstillgångarna, dess informationsklassning samt hur tillgångarna ska hanteras. Regionen har även beslutat om kompletterande rutiner avseende riskhantering, informationsklassningen samt informationssäkerhetsarbete avseende externa molntjänster.¹⁸⁶⁸

15.6 Ordning för arbetsmiljö

En annan central ordning som vårdgivaren behöver säkerställa är den för arbetsmiljö. Detta är en ordning som är viktig för att möjliggöra personcentrerad vård. Vårdgivaren har inom sin vårdenhets ett ansvar för att upprätthålla en ändamålsenlig arbetsmiljö med rimliga arbetsvillkor för de anställda. I egenskap av arbetsgivare är vårdgivaren enligt arbetsmiljölagstiftning ansvarig gentemot sina arbetstagare för arbetsplatsens arbetsmiljö. Vidare ansvarar vårdgivaren för att utreda skador, fortlöpan riskvärdera verksamheten samt vidta ändamålsenliga åtgärder avseende arbetsmiljön.

Arbetsmiljölagen ställer krav på att vårdgivaren har en utvecklad ordning för att systematiskt planera, leda och kontrollera vårdverksamheten och därmed uppfylla kraven på god arbetsmiljö i enlighet med 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen. En viktig del av vårdgivarens arbetsmiljöledningsarbete avser ordningen för samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare, se 6 kap. arbetsmiljölagen. Det innebär bl.a. att arbetsgivare och arbetstagare ”ska bedriva en på lämpligt sätt organiserad arbetsmiljöverksamhet”, 6 kap. 1 §. Inom ramen för samverkansordningen kan arbetsmiljöombud utses som företrädare för arbetstagarna i arbetsmiljöfrågor och därmed verka för en ändamålsenlig arbetsmiljö, 6 kap. 2 § och 4 §. Om vårdgivaren har minst 50 regelbundet sysselsatta anställda ska vårdgivaren se till att en skyddskommitté tillsätts med både arbetsgivar- och arbetstagarrepresentanter. Det är vårdgivarens ansvar att hantera nämnda roller i det kontinuerliga arbetsmiljöarbetet.¹⁸⁶⁹

¹⁸⁶⁵ Se regional riktlinje Informationssäkerhet och dataskydd 2023–2027 (RS 2023–02811).

¹⁸⁶⁶ Ledningssystemet för informationssäkerhet är en del av regionens övergripande ledningssystem.

¹⁸⁶⁷ Även det arbete som MSB utför i egenskap av myndighet inom området följs noga av regionen.

¹⁸⁶⁸ Se regional rutin Riskhantering för informationssäkerhet, Ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd 2024–2028 (RS10162-1596316381-118), regional rutin Informationsklassning, Ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd 2024–2028 (RS10162-1596316381-101) samt rutin Informationssäkerhet för extern molntjänst, Ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd 2024–2028 (RS10162-1596316381-126).

¹⁸⁶⁹ Både arbetsmiljöombudet och skyddskommitté deltar i arbetsmiljöarbetet.

Det pågår ett internationellt arbete med att ta fram standarder för arbetsmiljöledning, se exempelvis ISO 45001:2023 Ledningssystem för arbetsmiljö – Krav och vägledning. Standarden beskriver ett systematiskt och kvalitetsdrivet arbetsmiljöarbete. Ledningssystemet baseras i likhet med andra internationellt utvecklade standarder på PDCA-modellen. Standarden är anpassad för att vårdgivaren ska kunna länka ledningssystemet för arbetsmiljö till andra ledningssystem, se exempelvis ledningssystem för kvalitet och ordningar för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren kan med utgångspunkt i ledningssystemet utforma och implementera en ordning för arbetsmiljöledningsarbete. Den ska innefatta arbete med arbetsmiljömål, organisering av resurser för arbetsmiljö, utvärdering av arbetsmiljörisker m.m. Vårdgivaren lägger genom ledningssystemet grunden för hur man ska planera och organisera resurser för arbetsmiljöarbetet, planera arbetsmiljömål och måluppfyllnad, identifiera ev. faror och risker, fastställa arbetsmiljökrav inom vårdenhet, utvärdera prestanda och efterlevnad. En viktig del i arbetsmiljöarbetet avser även beslut som rör förbättringsarbete vid incidenter, avvikelser m.m. Förbättringsarbete ska även ske i förhållande till ledningssystemet i sig.¹⁸⁷⁰ Arbetsmiljöledningsarbetet syftar till att möjliggöra planering och styrning av verksamheten på ett ändamålsenligt sätt och att därmed eliminera eller minska arbetsmiljörisker.

Västra Götalandsregionen har beslutat om riktlinjer och rutiner för särskilda arbetsmiljöfrågor, se exempelvis inom avseende strålsäkerhet. Styrdokumenten syftar till att utveckla en ordning för arbetsmiljöarbete inom strålsäkerhetsområdet. Strålsäkerhet och arbetsmiljö är också nära förknippat med det övergripande kvalitetsledningsarbetet.¹⁸⁷¹ Även Sahlgrenska Universitetssjukhuset har beslutat om rutinen för Strålsäkerhetsbedömning vid verksamhetsförändring.¹⁸⁷² Rutinen syftar till att strålningsrisker ska beaktas och hanteras i tidigt skede vid verksamhetsförändringar. Nämnade rutiner är nära sammankopplade med sådant processarbete som utförs avseende kvalitetsarbetet med inriktning mot arbetsmiljösäkerhet.

15.7 Ordning för miljö och hållbarhet

Ett arbete som blir allt viktigare för vårdgivaren är miljö- och hållbarhetsarbetet. Vårdgivarens verksamhetsansvar medför ansvar att bedriva verksamhet enligt miljökrav i miljöbalken. Frågorna blir allt viktigare när man ser hur vården påverkar miljön genom användning av kemikalier och läkemedel, vid utsläpp av medicinska gaser, vid utsläpp av avgaser vid patient- och personaltransport, användning av förbrukningsartiklar m.m. Vårdgivaren behöver således arbeta

¹⁸⁷⁰ Se vidare p. 4–10 ISO 45001:2023 Ledningssystem för arbetsmiljö – Krav och vägledning.

¹⁸⁷¹ Det finns exempelvis regiongemensamma riktlinjer avseende strålsäkerhet för joniserande strålning för verksamheter i egen regi. Se riktlinje Strålsäkerhet joniserande strålning i Västra Götalandsregionen Dnr RS 2020-00255. Detta är ett arbete som rör reformarbete avseende arbetsmiljö- och patientsäkerhet. Riktlinjen tar sin utgångspunkt i regionens ledningssystem för hälso- och sjukvård. Riktlinjen utgår också från lagar och författningar avseende strålskydd samt Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter. Riktlinjen sätter ramarna för hur regionens vårdenheter ska organisera och utvärdera sitt strålsäkerhetsarbete.

¹⁸⁷² Rutin för Strålsäkerhetsbedömning vid verksamhetsförändring (SU9771-677637494-245).

utefter s.k. miljöledningssystem. Även miljölednings- och hållbarhetsarbetet länkar till det övergripande kvalitetsledningsarbetet ”för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet” enligt 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

För vårdgivaren finns särskilda bestämmelser för miljöledningssystem, se den svenska standarden SS-EN ISO 14001:2015 Miljöledningssystem – Krav och vägledning (ISO 14001:2015) ger vägledning inom området. Ledningssystemets funktion är att möjliggöra organisatoriska ordningar som uppfyller rättsliga miljökrav, se miljöbalken m.m. Standarden innehåller anvisningar för effektiviserat miljöarbete, minskad användning av resurser och material, kommunikation av miljöinformation till berörda intressenter m.m. Miljöledningsstandarden bygger även på PDCA-modellen vilket gör att miljöledningssystemet enkelt kan kopplas mot det övergripande ledningssystemet för kvalitet. Redan idag arbetar vårdgivare och dess vårdenheter utifrån standardiserade miljöledningssystem.

Västra Götalandsregionens vårdenheter lyder under regionens systematiska miljöledningsarbete och Miljömål 2030. Arbetet genomförs genom miljöledningssystem som följer ovan standard. Exempelvis finns det inom regionens sjukhusenheter riktlinjer som beskriver miljömål och miljöledningssystem i respektive verksamhet.¹⁸⁷³ Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns rutin avseende miljöarbetets organisation, ansvar och roller.¹⁸⁷⁴ Rutinen baseras på det miljöansvar som framgår av miljöbalken, VGR:s miljöpolicy samt kraven i standard SS-EN ISO 14001:2015. Rutinen utgör grunden för miljöarbetets organisering.¹⁸⁷⁵

15.8 Ordning för tillgänglighet och digital service

En allt viktigare ordning är den för hälso- och sjukvårdens digitala tillgänglighet. I detta sammanhang bör även ordningen för vårdens tillgänglighet vid kristider lyftas fram.

15.8.1 Ett ledningssystem för digital tillgänglighet

I direktivet (EU) 2016/2102 uppställs ett antal krav på att offentliga myndigheter vidtar de åtgärder som är nödvändiga för att deras webbplatser och mobila applikationer är tillgängliga, se artikel 4.¹⁸⁷⁶ Detta medför ett ansvar för vårdgivaren att systematiskt säkerställa verksamhetens uppfyllande av tillgänglighetskraven. Direktivet är implementerat i svensk rätt genom lagen (2018:1937) om tillgänglighet

¹⁸⁷³ Ex. Riktlinje för SÅS Miljömål 2023–2025 (SAS9613-1190749860-139), Riktlinje för SÅS Miljöledningssystemets omfattning (SAS9613-1190749860-92), Riktlinje för SÅS Miljöutredning (SAS9613-1190749860-93).

¹⁸⁷⁴ Rutin – miljöarbetets organisation ansvar och roller (SU9771-677637494-77).

¹⁸⁷⁵ Av rutinen framgår att regionen beslutat att miljöansvaret åligger linjeorganisationens olika delar, däribland SU, som har tillgång till olika typer av stödfunktioner inom miljöorganisationen, såsom miljöavdelning, miljökoordinator, verksamhetsmiljöombud m.fl. Sammantaget följer regionens vårdenheter ett arbetsmiljöledningsarbete som används inom en rad andra sektorer.

¹⁸⁷⁶ I Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/2102 av den 26 oktober 2016 om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer.

till digital offentlig service.¹⁸⁷⁷ Där framgår att även privata vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen jämställs med offentlig aktör i lagens mening, om verksamheten är finansierad med offentliga medel, se 4 § p. 3b.

Eftersom lagstiftaren uppställer särskilda krav på tillgänglighet behöver vårdgivaren inrymma frågan i sitt ledningssystem för kvalitet. Myndigheten för digital förvaltning har utgivit föreskrifter (MDFFS 2019:2) om tillgänglighet till digital offentlig service. Föreskrifterna kompletterar lagen genom mer uttömmande bestämmelser för tillgänglighetsredogörelsen innehåll.¹⁸⁷⁸ Ett av myndighetens förtydliganden avser att webbplatser och mobila applikationer utgör tekniska lösningar som omfattas av lagen, samt de tekniska krav som nämnts ovan, se 2 §.¹⁸⁷⁹

Som ett stöd i regelefterlevnadsarbetet finns den harmoniserade standarden EN 301 549 V3.2.1 (2021-03) Tillgänglighetskrav avseende IKT-produkter och IKT-tjänster. Standardens innehåller anvisningar för ändamålsenligt tillgänglighetsarbete. När vårdgivaren tillämpar standarden presumeras överensstämmelse med tillgänglighetskraven i lagen. Västra Götalandsregionen arbetar via webbhandboken med digital tillgänglighet för hälso- och sjukvårdstjänster.¹⁸⁸⁰ Regionen har inrättat en grupp för digital tillgänglighet, var arbete är tillgängligt via regionens intranät. Gruppen arbetar med regional kunskapsdelning avseende frågor om digital tillgänglighet av digital offentlig service.

15.8.2 Ordning för säkerhet och krisberedskap

En andra underordning för tillgänglighet avser säkerhet och krisberedskap. Denna ordning inbegriper fysisk tillgång till samhällsviktig infrastruktur. Vårdgivare har i egenskap av utförare av regionala eller kommunala hälso- och sjukvårdstjänster ett allmänt ansvar att medverka till att minska sårbarheten i sin verksamhet. Detta ställer krav på vårdgivarens förmåga till krisberedskap. Vårdgivaren behöver säkerställa en organisatorisk förmåga att analysera vilka typer av extraordinära händelser som kan ske inom region respektive kommun, samt upprätta en sårbarhetsanalys, se lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.¹⁸⁸¹ I huvudsak gäller det för vårdgivare att snabbt kunna anpassa sig till de krav som regionen eller kommunen behöver hantera avseende extraordinära händelser m.m. Under tider för extraordinära

¹⁸⁷⁷ Se även förordning (2018:1938) om tillgänglighet till digital offentlig service.

¹⁸⁷⁸ Varje aktör som faller under digitala tillgänglighetslagen ska tillhandahålla en tillgänglighetsredogörelse med information om visst innehåll inte är tillgängligt samt en länk för att kommentera brister i tjänsten.

¹⁸⁷⁹ I föreskrifterna 3 § avses: Webbplats: en eller ett antal webbsidor som hålls samman på något sätt, till exempel genom att ha samma domännamn, ett gemensamt utseende eller något systematiskt sätt att navigera mellan sidorna. Webbsida: en resurs som inte är inbäddad och som hämtats från en enda URI (Uniform Resource Identifier) med hjälp av HTTP (Hypertext Transfer Protocol), och varje annan resurs som används i återgivningen eller är tänkt att återges tillsammans med den huvudsakliga resursen i ett användarprogram. Mobil applikation: en programvara som utformas och utvecklas för användning av allmänheten i mobila enheter, till exempel smarttelefoner och surfplattor. I detta ingår inte den programvara som styr dessa enheter (mobila operativsystem) eller själva datorutrustningen.

¹⁸⁸⁰ Västra Götalandsregionens webbsida, Webbhandboken – Digital tillgänglighet.

¹⁸⁸¹ Se även förordning (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

händelser kan regionen och kommunen överta verksamheten och placera ansvar i krisledningsnämnder, se 2 kap. 1 §. När det gäller ledningsansvar under tider med höjd beredskap ansvarar regionstyrelsen för ledning av den civila hälso- och sjukvården, och därmed den verksamhet som vårdgivarna ansvarar för, se 3 kap. 2 § 2 st. Inom ramen för säkerhet och krisberedskapsarbetet publicerar MSB ett antal föreskrifter som primärt riktar sig till staten, regioner och kommuner.

15.9 Ordning för vårdens samordning och samverkan

En central ordning som vårdgivaren behöver utforma är den för samordning och samverkan vid utförande av vårdverksamhet. Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på att regionala och kommunala huvudmän ska samverka avseende vårdutförandet. Även på vårdgivarnivå finns det behov av samordning. Det gäller inte minst mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård. Ett sådant exempel är vid utskrivning från slutenvård där patienten behöver vårdinsatser från både regional och kommunal hälso- och sjukvård. Patientlagen ställer krav på fast vårdkontakt. Vårdgivaren är förpliktigad att tillsammans med patienten, och övriga vård- och omsorgsaktörer, ta fram en samordnad individuell plan (SIP) avseende de samordnande vård- och omsorgsinsatser. Härigenom skapas organisatoriska och processuella ramar för samordning och samverkan i det enskilda patientfallet utifrån de behov av samordnad vård som därmed föreligger. Vårdgivarens arbete sker på lokal nivå nära patienten.¹⁸⁸² För vårdgivare handlar detta i hög grad om arbetssätt i det delregionala vårdssamarbetet. Arbetet med den samordnade och individuella planen ska följa en processuell ordning.¹⁸⁸³ Inom ramen för ordningen ansvarar vårdgivaren för frågor som rör analys av patientens behov av SIP, närståendes medverkan, samt inhämtande av samtycke från patienten att patientinformation kan delas mellan regionala och kommunala vård- och omsorgsgivare. Det åligger den fasta vårdkontakten att kalla till SIP-planering när det gäller utskrivning från slutenvård. Annan samverkan inom Västra Götalandsregionen följer av hälso- och sjukvårdsavtalet och dess underavtal som rör läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland.

15.10 Ordning för kompetensförsörjning, kompetensutveckling och meritering

En ytterligare central ordning rör kompetensförsörjning, kompetensutveckling och meritering. Även om denna ordning traditionellt sett inte anses vara en del av ledningssystemarbetet inom hälso- och sjukvården, är det något som i vart fall bör vara i vardande för framtiden ”för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet” enligt 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Krav på

¹⁸⁸² Avsnitt 6.1 Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2020–2023.

¹⁸⁸³ Upptäcka behovet, förberedelse innan SIP-möte, bjuda in till möte, genomföra SIP-möte, följa upp arbetet samt avsluta, se avsnitt 2 Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2020–2023.

kompetens framträder alltmer i nationella beslut om strategier för hälso- och sjukvård och vårduppdrag. Kraven rör särskilt vårdgivarens ansvar att tillhandahålla utbildningsmöjligheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Här ligger också frågor som avser läarkompetens och formell behörighet att utöva sitt yrke. Detta är en central ordning när det gäller att implementera centrala delar av patientlagen och att möjliggöra personcentrerad vård.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring innehåller bestämmelser avseende läkares utbildning för specialisttjänstgöring. Vårdgivaren ges ansvaret för frågor och beslut avseende kompetensutveckling och läkarmeritering. Därmed tillfaller också ansvaret vårdgivaren att säkerställa kompetensutveckling genom att organisera och ansvara för utbildningen av ST-läkarna. I sak innebär det att vårdgivaren delegerar ansvar till verksamhetschef för det övergripande utbildningsansvaret och att utse handledare som ska ge stöd till ST-läkarna. Vårdgivare har även att utveckla ändamålsenliga metoder för kompetensbedömning av läkare och annan personal. Sammantaget svarar vårdgivaren för: (i) organisering av kompetensutbildning, (ii) tillsättande och fördelning av ansvar för utbildningens genomförande och (iii) kompetensbedömning för bas och specialistkompetens.

Kompetensutvecklingen enligt ovan bidrar till en kvalitativt god vård. Det skapar även förutsättningar för en mer personcentrerad vård eftersom lärandemålen i utbildningen innefattar personcentreringsnormer. I sammanhanget ska även nämnas att primärvården i Västra Götalandsregionen tillhandahåller utbildningsplatser avseende grund-, allmän- och specialistutbildning, se avsnitt 2.7.1 Krav- och Kvalitetsboken Vårdval Vårdcentral.

15.11 Ordning för inköp och upphandling

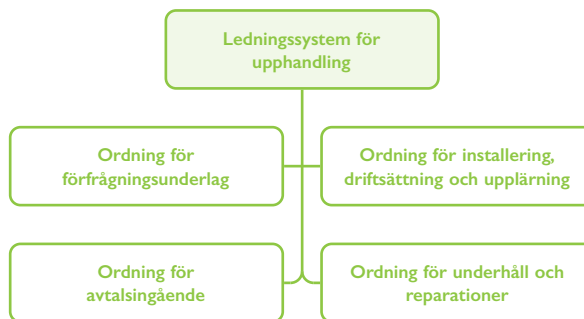
En ytterligare ordning som vårdgivaren behöver utveckla är den för inköp och upphandling. Inköpsarbetet har som diskuterats på huvudmannanivå tydliga kopplingar till genomförande av vårdåtgärder och vårdförlopp, varför det också är en ordning att förhålla sig till när det gäller implementering av patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård. Avgörande är att vårdgivaren har fungerande inköpsprocesser för att kunna erbjuda kvalitativ vårdverksamhet med personcentrerade arbetssätt.

15.11.1 Ledningssystem för inköp och upphandling

Beroende på om vårdgivaren är en offentlig eller privat vårdaktör ser regelverken olika ut. För offentliga aktörer gäller krav avseende offentlig upphandling. En gemensam nämnare är att vårdgivaren behöver länka inköps- och upphandlingsarbetet till kvalitetsledningsarbetet ”för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet” enligt 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vi menar att de krav som framgår av upphandlingslagstiftningen även kan användas för att planera och genomföra kvalitativa inköpsprocesser avseende kvalitetssäkra produkter och tjänster. Genom att ta utgångspunkt i regelkrav för upphandling i offentlig sektor kan även privata vårdaktörer utveckla kvalitativa ordningar för inköp och upphandling.

FIGUR 54.

Vårdgivarens ordning för
inköp och upphandling.



Lagen om offentlig upphandling är tillämplig när offentliga vårdgivare i egenskap av upphandlande myndighet avser att anskaffa tjänster och produkter från privata leverantörer.¹⁸⁸⁴ Vårdgivarens inköps- och upphandlingsordning ska därmed genomsyras av principer om icke-diskriminering, ömsesidigt erkännande och proportionalitet i upphandlingsprocessen.¹⁸⁸⁵ Det innebär höga krav på vårdgivarens arbete med att genomföra en transparent, objektiv och effektiv inköpsprocess.¹⁸⁸⁶

15.11.2 Ordning för upprättande av förfrågningsunderlag och annonsering

En första underordning som behövs är den för upprättande av förfrågningsunderlag och annonsering. Bestämmelser avseende förfrågningsunderlag framgår av 6 kap. 7 § lagen om offentlig upphandling. Där ställs krav på att viss information ska ingå i upphandlingsdokumenten. Vårdgivaren ska lämna information där det framgår vilka behov som finns, vilka krav som ställs på de egenskaper som rör produkt, tjänst eller system. Informationen ska också omfatta minimikrav som alla anbudslämnare ska uppfylla, samt ange kriterierna för ingående av kontrakt.

En viktig del i kravställandet är prestanda- och funktionskrav avseende föremålet för inköp. Det gäller särskilt sådan utrustning som omfattas av lagstadgade krav, se produktsäkerhet, data- och cybersäkerhet, tillgänglighetskrav m.m. Således är det viktigt att kravställandet avseende inköpet följer aktuella lagstiftningskrav. I stället för att ange prestanda eller funktionskrav kan vårdgivaren hänvisa till standarder som står i överensstämmelse med krav, se vidare 9 kap. lagen om offentlig upphandling. För vårdgivaren är en central fråga att utveckla ordningar där inköpspersonal utför ändamålsenligt arbete.¹⁸⁸⁷

¹⁸⁸⁴ 1 kap. 1 § lag om offentlig upphandling. Se vissa undantag gällande upphandling mellan myndigheter 3 kap. 17 § lag om offentlig upphandling.

¹⁸⁸⁵ Se vidare 4 kap. 1 § lag om offentlig upphandling.

¹⁸⁸⁶ De grundläggande kraven gäller oavsett om vårdgivaren avser att köpa fysisk utrustning eller tjänster, digitala produkter, tjänster eller system m.m. för att utföra sitt arbete med vårdåtgärder och vårdförlopp inom ramen för en vårdenhet. Enligt 6 kap. 1 § lagen om offentlig upphandling kan man som upphandlande myndighet välja mellan ett antal upphandlingsförfaranden; öppet förfarande, selektivt förfarande, förhandlat förfarande med föregående annonsering, förhandlat förfarande utan föregående annonsering, konkurrenspräglad dialog, eller förfarande för inrättande av innovationspartnerskap.

¹⁸⁸⁷ Särskilt intressant är hur upphandlingslagstiftningens kravställande på produkttegenskaper medför möjligheter att styra vårdåtgärdernas utförande. Det kan innebära att vårdåtgärder blir mer tillgängliga pga. distansmonitorering, och att de bidrar till reformarbete genom att vara verktyg för nära vård som kan utföras i hemmet.

Annonsering sker genom en särskilt registrerad annonsdatabas, se lagen (2019:668) om upphandlingsstatistik. Där ska vårdgivaren i egenskap av upphandlande myndighet ge obegränsad access till upphandlingsdokumenten. Detta är inte aktuellt för privata vårdgivare som inte lyder under lagen om offentlig upphandling.

15.11.3 Ordning för avtalsingående avseende inköp

En andra underordning rör avtalsingående vid inköp. Tilldelning av kontrakt sker genom att vårdgivaren väljer den anbudsgivare vars anbud är mest fördelaktighet. Bedömningskriterierna baseras på: (i) bästa förhållandet mellan pris och kvalitet, (ii) kostnad och (iii) pris, se 16 kap. 1 § lagen om offentlig upphandling. När bedömning görs enligt (i) sker det utifrån kriterier och krav som framgår i upphandlingsdokumenten.

Vårdgivaren kan ställa villkor om fullgörande av kontrakt, se vidare 17 kap. lagen om offentlig upphandling. Villkoren ska ha anknytning till de krav som uppställts i upphandlingsdokumenten. Exempelvis kan det avse om anbudsgivaren i anbudet anger att denne ska använda underleverantör vilket kan innebära att vårdgivaren vill ha kontraktuella garantier för fullgörande.

Själva förvärvsrelationen manifesteras av köp- eller uppdragsavtalet som ligger till grund för rättsförhållandet mellan beställare och leverantör. I det praktiska arbetet behöver vårdgivaren, med avtalet som grund, agera enligt de ordningar som ryms inom avtalsrelations alla faser, dvs. avtals ingående, uppföljning av avtal, eventuell omförhandling av avtal, uppsägning av avtal m.m.

15.11.4 Ordning för installation, driftsättning och upplärning

En tredje underordning innefattar installation, driftsättning och upplärning. Bestämmelser avseende installation och driftsättning kan följa av kontraktet och vad som framgår av upphandlingsdokumenten, dvs. att det finns krav på installation och driftsättning från leverantören. I sådant fall är det leverantören som ombesörjer den personal som sköter installation och driftsättning. Vid större vårdenheter som sjukhus är det teknisk personal som ombesörjer just denna typ av aktivitet, såsom sjukhusingenjörer m.fl. För medicintekniska produkter framgår det, exempelvis i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården, att det finns krav på att anskaffade produkter och informationssystem är korrekt installerade innan användning på patient, se 2 kap. 2 § p. 4. Sådant arbete är typiskt sett utfört av nämnda personalkategori. Det kan även vara så att leverantören behöver utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen innan driftsättning hos vårdgivaren.

15.11.5 Ordning för underhåll och reparationer

En fjärde underordning avser underhåll och reparationer. På motsvarande sätt som diskutats ovan kan det i ingångna avtal finnas bestämmelser om underhåll och service avseende det som anskaffats. Större vårdenheter har egen personal som utför underhåll och reparationer på utrustning. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården framgår krav på att vårdgivaren i sina rutiner ska se till att medicintekniska

produkter registreras i vårdgivarens system för underhåll, se 2 kap. 3 § p. 8. Vårdgivaren behöver i denna del säkerställa ändamålsenliga ordningar.

15.12 Ordning för forskning och innovation

En sista central ordning som bör lyftas fram är den avseende forskning och innovation. Denna innefattar vårdgivarens arbete med att utveckla och förbättra sin vårdverksamhet genom att bedriva forsknings- och innovationsarbete i både kliniska och icke-kliniska miljöer. Arbetet i denna del har en tydlig koppling till det övergripande arbetet med vårdkvalitet och kompetensutveckling. Härigenom är det också av betydelse föra att möjliggöra personcentrerad vård och att utveckla sätt för att implementera centrala delar av patientlagen.

15.12.1 Ledningssystem för forskning och innovation

Ett viktigt arbete för vårdgivaren är att genom forskning bidra till utveckling av god vård. Arbetet utgår från mål och krav som bl.a. som huvudmännen ställer genom vårduppdraget. Viss påverkan har säkerligen även SKR:s arbete med att klinisk forskning möjliggör fler innovationer inom hälso- och sjukvård. Ett exempel där kravställande avseende innovationsförmåga är en särskilt viktig faktor är omställningsstrategin för hälso- och sjukvården i Västra Götaland. När vårdgivarens innovationsarbete inbegriper forskning finns även krav på ett ändamålsenligt och korrekt utfört forskningsarbete. Vad gäller kravet på vetenskaplig evidens är det viktigt att forskningen kopplar an till både vilka HTA-rapporter som finns och till vilka HTA-utredningar som behöver göras.

En huvudutmaning för vårdgivaren, även i denna del, handlar om att omsätta kraven som följer av lagstiftning m.m. i en konkret ordning för utförande av forskning- och innovationsarbete. På motsvande sätt som ovan handlar det om att organisera sin verksamhet, etablera roller och fördela ansvar inom organisationen, samt identifiera vilka frågor och beslut verksamheten behöver hantera avseende forskning och innovation. Ordning möjliggör för vårdgivaren att utveckla nya lösningar som bidrar till implementering av patientlagens alla delar samt hälso- och sjukvårdens reformarbete i övrigt.

FIGUR 55.
Vårdgivarens ordning för
forskning och innovation.



Vårdgivaren har inom ramen för ledningssystemet ett antal roller att hantera. Det gäller att ikläda sig de ansvar som följer av lagstiftning och andra bindande

dokument avseende forskningshuvudman, sponsor, ansvarig för klinisk studie m.fl. Beroende på vilken underordning som forsknings- och innovationsarbetet avser kommer olika rättsliga ansvar att aktualiseras.

15.12.2 Ordning för forskningsetik och etikprövning

En första underordning i denna del är den för forskningsetik och etikprövning.¹⁸⁸⁸ Denna ordning är central eftersom medicin- och vårdforskning i hög omfattning inbegriper människor, eller biologiskt material från människor. För sådana fall krävs tillstånd från etikprövningsmyndigheten för forskning inom Sverige, 1 § etikprövningslagen. Vårdgivaren har ett lagstadgat ansvar i egenskap av forskningshuvudman när det gäller etikprövning och därmed ett övergripande ansvar för att forskningsarbetet utförs enligt godkänd ansökan om etiktillstånd. Här innefattas ansvaret för att hantera känsliga personuppgifter enligt data-skyddsförordningen. Andra frågor och beslut rör vem som ska vara ansvarig forskare, hur man ska hantera etikansökan, säkerställande av försökspersoners legala rättigheter avseende information och samtycke, delge information och kommunicera med myndigheter m.m. En central del av vårdgivarens arbete är att besluta vilken personal som ska vara involverad i etikarbetet. Om forskningsarbete sker utanför ramarna av etikprövningstillståndet kan det bli fråga om straffrättsliga ansvar i form av böter eller fängelse, se 38 § etikprövningslagen. För det fall som forskningen orsakar personskada kan det även bli aktuellt med skadestånd enligt allmänna skadestandsregler.

Vårdgivaren är i egenskap av forskningshuvudmannen ansvarig för att säkerställa god forskningssed i forsknings- och innovationsarbetet. Det handlar om att undvika oredlighet i forskningsarbetet, se 1–2 §§ lagen (2019:504) om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning. När det gäller god forskningssed har även forskaren ett ansvar för sin egen forskning. Dock har forskningshuvudmannen ett övergripande ansvar. Forskningshuvudmannens ansvar handlar främst om att hantera processer vid oredlighet i forskningen. Där ingår samverkans- och uppgiftsskyldighet, återrappporteringskyldighet, underrättelseskyldighet m.m. Vårdgivaren behöver således ordningar för bl.a. återrappportering till den nämnd som tagit beslutet om information kring vidtagna åtgärder, underrätta intressenter i form av berörda forskningsfinansiärer, myndigheter, vetenskapliga tidskrifter m.fl. se 13–14 §§ lagen om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning.

15.12.3 Ordning för klinisk forskning

En andra underordning som vårdgivaren behöver utforma är den för klinisk forskning. Regeringen har i kommittédirektiv 2018:9 Offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll fastställt att klinisk forskning utgör en del av kärnverksamheten för vårdgivare som bedriver universitetssjukhusvård. Det hör ihop med förväntningarna om att vården på sådana vårdenheter ska bedrivas på ett evidens- och kunskapsbaserat samt patientsäkert sätt.

¹⁸⁸⁸ Även här noteras pågående lagstiftningsarbete, se vidare DS 2024:21 En ny lag om forskningsetiska krav på och etikprövning av forskning som avser människor.

På ett övergripande plan består den kliniska forskningen av studier på människor, s.k. kliniska studier. Studierna kan avse hur läkemedel, medicintekniska produkter eller behandlingsmetoder fungerar i klinisk miljö. Nämda studier kan mycket väl ligga till grund för utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete. Vidare kan kliniska studier delas in i ytterligare underordningar, s.k. observations- och interventionsstudier. Observationsstudierna avser observationer där forskaren inte påverkar deltagarna under studien. Exempel kan vara epidemiologiska undersökningar i form av kohortundersökningar, tvärsnittsundersökningar m.m. Interventionsstudier å andra sidan innebär att studiedeltagarna utsätts för någon form av intervention såsom om läkemedel, medicinteknisk produkt, kirurgisk metod m.m. Interventionsstudier som omfattar läkemedel eller medicintekniska produkter kallas också kliniska prövningar, se vidare avsnitt nedan. En ytterligare underordning rör registerbaserade studier som innefattar mikrodata från nationella och regionala kvalitetsregister eller register från statliga myndigheter med syfte att genomföra observationsstudier eller för att användas inom interventionsstudier.¹⁸⁸⁹

15.12.4 Ordning för klinisk prövning

En ytterligare viktig underordning som vårdgivaren behöver utveckla är den för klinisk prövning. Som nämnts i ovan avsnitt kan kliniska prövningar avse dels medicintekniska produkter, dels läkemedel (s.k. läkemedelsprövningar). Ordning för kliniska prövningar avseende medicintekniska produkter utgår från dels bestämmelser i den medicintekniska förordningen (EU) 2017/745) och kompletterande nationell lagstiftning, dels standarder som SS-EN ISO14155:2020 Klinisk prövning av medicintekniska produkter – God klinisk praxis. Vårdgivaren bär härmed ett ansvar för att hantera etiska överväganden vilket innefattar bl.a. kontakt med etikprövningsnämnd avseende etikprövningstillstånd samt annan relevant kommunikation i ärendet. Det handlar om att säkerställa informerade samtycken samt identifiera särskilt känsliga populationer. Ett viktigt ansvar är att säkerställa att de som ska ingå i den kliniska prövningen är kvalificerade för ändamålet. Vårdgivaren har ansvaret att utvärdera eventuella risker med genomförandet av den kliniska prövningen. Vårdgivaren skall vidare säkerställa att dokumentation upprättas i form av klinisk prövningsplan, utredarens broschyr, ärenderapportformulär, övervakningsplan m.m.

Vårdgivaren behöver även ingå erforderliga avtal som reglerar mellanhavanden avseende utförandet av den kliniska prövningen. Däri ingår att fastställa ansvar avseende den kliniska miljön och övervakning av densamma under prövningstiden. Vårdgivaren behöver säkerställa att eventuella avvikelser och negativa händelser under prövningstiden hanteras och rapporteras. Aktiviteterna i den kliniska prövningen ska dokumenteras och sparas. Vid slutförandet av prövningen ska en klinisk prövningsrapport upprättas.

Särskilda roller som vårdgivaren behöver förhålla sig till i den kliniska prövningen är rollen som sponsor, rollen som forskningshuvudman och rollen som huvudutredaren för de kliniska prövningarna. När det gäller etikfrågor ska de hanteras enligt

¹⁸⁸⁹ För en systematisk presentation av klinisk forskning, se vidare Vetenskapsrådets webbsida, Definitioner av begrepp inom medicinsk och klinisk forskning.

nämnda förordningar och lagen (2021:603) med kompletterande bestämmelser om etisk granskning till EU:s förordningar om medicintekniska produkter.

En annan ordning rör läkemedelsprövningar som utgår från kliniska prövningsförordningen (EU) 536/2014.¹⁸⁹⁰ Även här föreligger krav på vårdgivare som deltar i läkemedelsprövningar. Vårdgivaren har ansvar för att utveckla och etablera en ordning för att hantera ansökningar om läkemedelsprövning, tillståndsförfarande för väsentliga ändringar rörande prövning, ändamålsenliga skydd för försökspersoner och erhållande av informerade samtycken, samt genomförande och övervakning av den kliniska prövningen m.m. Frågor avseende ansvarsutkrävande sker inom ramen för de nationella ersättningssystemen. Även i denna prövningsprocess aktualiseras ett antal roller som vårdgivaren har att hantera och förhålla sig till. Dessa roller utgörs av sponsor, medsponsor, ansvarig prövare, försöksperson m.fl. Med utgångspunkt i dessa roller kan utförande av uppgifter delegeras inom ramen för vårdgivarens organisation.

15.12.5 Ordning för prestandastudier

En ytterligare underordning som behöver utformas är den för prestandastudier för in vitro-diagnostik. Ordningen behöver utvecklas utifrån de krav som föreligger i den medicintekniska förordningen för in vitro-diagnostik (EU) 2017/746. Vårdgivare har även att förhålla sig till de i sig inte rättsligt bindande standarden SS-EN 20916:2024 Medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik – Kliniska prestandastudier med prover från människor – God studiepraxis (ISO 20916:2019). Precis som beträffande kliniska prövningar har vårdgivaren att hantera roller som sponsor och huvudutredare med särskilda ansvar. Till skillnad från de kliniska prövningarna sker studierna i laboratoriemiljö vilket i sin tur påverkar vad svaret konkret består i. Det finns däremot likheter avseende organisatoriska och processuella krav avseende etiska överväganden, planering av prestandastudien, dokumentationskrav av studien, inspektion och kontroll av studiemiljön, utförande och avslutande av prestandastudien m.m.

15.12.6 Ordning för innovationsledning

En avslutande underordning som bör beröras är den för innovationsledning. Ordningen för innovationsledning utgår från den svenska standarden SS-EN ISO 56002:2021.¹⁸⁹¹ Eftersom standarden bygger på PDCA-modellen kan innovationsledningsarbetet kopplas samman med det övergripande ledningssystemet för kvalitet. Detta möjliggör för vårdgivaren att göra innovationsutvecklingsarbetet till en integrerad del av kvalitetsstyrningen och kvalitetsarbetet avseende vårdverksamheten.

Standarden innehåller processinstruktioner avseende innovationsledningsarbete. Det innefattar krav på ett övergripande systematiskt innovationsledningsarbete där vårdgivaren etablerar, implementerar, hanterar och kontinuerligt förbättrar sitt utvecklingsarbete, se SS-EN ISO 56000:2021 Innovationsledning – Principer och

¹⁸⁹⁰ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 536/2014 av den 16 april 2014 om kliniska prövningar av humanläkemedel och om upphävande av direktiv 2001/20/EG.

¹⁸⁹¹ Den svenska standarden SS-EN ISO 56002:2021 Innovationsledning – Ledningssystem för innovation – Vägledning (ISO 56002:2019). Se även SS-EN ISO 56007:2023 Innovationsledning – Verktyg och metoder för att hantera möjligheter och idéer – Vägledning.

terminologi. Standarden lägger således en grund för vårdgivarens forsknings- och innovationsarbete. Ett område rör förberedelsearbete för att hantera möjligheter och idéer inom organisationen. Ett annat område rör frågor och beslut avseende personal och organisation för ledningsarbete, resurser för att möjliggöra innovationsarbete och innovationsledning, organisatoriskt stöd för innovation m.m. Ytterligare områden rör innovationsprocesser och aktiviteter som inbegriper identifiering av innovationspotential och väg framåt, samt val och validering av innovationskoncept, se vidare EN ISO 56007:2023.

Tillämpning och utveckling av ordningen i Västra Götalandsregionen sker inom ramen för ett regioninternt innovationsstöd i form av Gothia Forum och Innovationsplattformen. Båda innovationsstöden tillhandahåller stöd som bygger på lagar och andra författningar avseende hållbara innovationsprocesser.

15.13 Granskning av vårdgivarens hälso- och sjukvårdsreform – avslutande kommentarer

När det gäller vårdgivarenivån handlar tillsyns- och granskningsarbetet i hög grad om att säkerställa kvalitet i den konkreta vårdgivarverksamheten. Det är på denna nivå som idén om god vård med personcentrerade arbetssätt omvandlas till en praktik. Vårdgivaren rättsliga ordning lägger grunden för möten mellan personal och patienter.

Huvudmannens möjlighet till ansvarsutkrävande av vårdgivaren baseras på det beslutade konstitutionella dokumenten. Detta gäller i förhållande till både offentliga och privata vårdgivare. Inom ramen för offentlig hälso- och sjukvård har man, oavsett om det rör sig om offentliga eller privata aktörer, ett ansvar för att bedriva verksamhet med en viss kvalitet. I huvudsak handlar det om att hantera kvalitetskrav som emanerar utifrån lagstiftning, rättsligt bindande beslut och avtal. Konkret innebär det att vårdgivaren har ansvar för att bedriva verksamheten enligt lag och författning, konstituerande och styrande dokument, det tilldelade vårduppdraget samt enligt krav på kvalitetsledning och kvalitetsarbete. Inom ramen för nämnda delar kan vårdgivaren komma att utkrävas på ansvar av tillsyns- och granskningsorgan på både statlig och huvudmannanivå. Det innebär att vårdgivaren i egenskap av tillsyns- och granskningsobjekt behöver hantera olika handlingssystem för tillsyn och granskning.

15.13.1 Laglighetstillsyn

Det råder inte någon tvekan om att det ingår i vårdgivaransvaret att implementera patientlagen och säkerställa patientens rätt. Frågan är hur det konkreta ansvarstagandet ska ske. På denna nivå är det också intressant att mer konkret diskutera vilket ansvarsutkrävande som är möjligt då lagen inte implementeras. Vi skiljer följaktligen mellan ansvarstagandet för att patientlagen implementeras i förhållande till hur ansvar kan och ska utkrävas om det brister i implementeringen.

15.13.1.1 Vårdgivarens ansvar som hälso- och sjukvårdsaktör

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vårdgivarens verksamhet granskas utifrån kraven på god vård, se 5 kap. 1 §. Vidare ställs krav på att ändamålsenlig personal,

infrastruktur, utrustning, produkter m.m. för att nämnda vård ska kunna ges, 5 kap. 2 §. Även patientsäkerhetslagens bestämmelser är som nämnts tidigare centrala krav för vårdgivarens verksamhet. Det gäller så klart kraven på vårdgivaren att planera, leda och kontrollera verksamheten för att säkerställa god vård, se 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. I sitt ansvarstagande finns krav på att vårdgivaren vidtar ändamålsenliga åtgärder för att förebygga vårdskador i verksamheten, 3 kap. 2 §. Inom ramen för ansvaret ligger även ett utredningsansvar. Tillsyn avseende det lagstadgade ansvaret utförs av IVO, 7 kap. 1 §. IVO kan efter anmälan pröva framställda klagomål gentemot vårdgivarens hälso- och sjukvård. Sanktioner kan innefatta återkallelse av tillståndspliktig verksamhet.

15.13.1.2 Vårdgivarens ansvar avseende patientskador

En central del av vårdgivarens ansvarstagande rör patientskador. Här finns ett antal lagstadgade krav som lägger grunden för en rättslig ordning avseende vårdgivarens hantering av patientskador. Här behöver man ställa sig frågor om vem som gör anspråk på ansvarsutkrävande och för vad. Eftersom utförandet av hälso- och sjukvård är ett samspel mellan vårdgivarens verksamhet och professionens utförande av verksamhetens uppgifter finns en inneboende komplexitet avseende ansvarsplacering. Vi kan konstatera att det föreligger både ett verksamhetsansvar och ett professionsansvar.

15.13.1.2.1 Anspråket på patientskada

Patienter ska i första hand anmäla skada som uppkommer i samband med vårdåtgärder till den vårdgivare som utfört den aktuella åtgärden. Genom anmälan ställs ett anspråk från den skadelidande gentemot vårdgivaren som därmed kan bli ersättningsskyldig för de fel eller brister i vårdåtgärden som åsamkat en eventuell skada. Här avses primärt personskada.¹⁸⁹²

15.13.1.2.2 Skyldigheten att inneha patientförsäkring

Lagstiftaren ställer krav på att vårdgivare tecknar patientförsäkring, se 12 § patientskadelagen. Det handlar om att säkerställa patientskadeersättning vid ersättningsgrundande patientskador hos vårdgivaren. Just det faktum att det föreligger en patientförsäkring som ersätter patienter vid vårdskada inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen får en normativ påverkan på placering av ansvarsutkrävandet. För ekonomisk ersättning gör den skadelidande anspråk genom patientförsäkringen. Detta skapar en särskild ordning för nämnda anspråk.¹⁸⁹³

¹⁸⁹² För offentlig vård föreligger även skadeståndsansvar avseende person- och sakskada genom kränkning av den skadelidandes grundläggande fri och rättigheter enligt 2 kap. regeringsformen och 3 kap. 4 § europeiska konventionen för mänskliga rättigheter och grundläggande friheter. Sådan kränkning kan avse visst utförande av vårdåtgärd där patienten exempelvis inte lämnat eller kunnat lämna samtycke.

¹⁸⁹³ För privata vårdgivare som utför vård genom avtal med offentlig vårdgivare är det de sistnämnda som ansvarar för patientförsäkringen. Om vårdgivaren underlåter att teckna sådan försäkring utgår ersättning ändå till den skadelidande, se vidare 14 § patientskadelagen. I sådana fall sker ansvarsutkrävande vid patientskada genom att patientförsäkringsföreningen ställer regresskrav gentemot vårdgivaren motsvarande försäkringsersättningen, enligt 21 § patientskadelagen. Detsamma gäller gottgörelse avseende patientförsäkringsavgift för den tid som vårdgivaren saknat försäkring, 16 § patientskadelagen.

Enligt oss erbjuder patientförsäkringen en ordning för att hantera patientskador som uppkommer som ett resultat av bristande implementering av patientlagen och patientsäkerhetslagen. Genom att analysera patientskadelagens kriterier avseende vad som utgör ersättningsgill patientskada, kan man reflektera över i vilken omfattning det föreligger bristande implementering av patientlagens krav på kvalitativ och säker hälso- och sjukvård.

15.13.1.2.3 Ansvarsbedömning avseende patientskada

För att bedöma i vilken omfattning vårdgivaren kan utkrävas på ansvar handlar det om att bedöma utifrån det föreligger övervägande sannolikhet att skadan är orsakad av: (i) undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd som kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt (ii) ett fel hos medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning som använts vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller felaktig hantering därav (iii) en felaktig diagnostisering (iv) överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökningen, vården, behandlingen eller liknande åtgärd (v) olycksfall i samband med undersökningen, vården, behandlingen eller liknande åtgärd eller under sjuktransport eller i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning (vi) ett förordnande eller utlämnande av läkemedel i strid med föreskrifter eller anvisningar. Till grund för bedömning av (i) och (iii) ”skall den handlingsnorm tillämpas som gäller för en erfaren specialist eller annan erfaren yrkesutövare inom området”. När det gäller (iv) är ”rätt till ersättning... utesluten i de fall omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas”, se vidare 6 § patientskadelagen.

Det handlar alltså om att utvärdera om patientskadan utifrån patientlagens bestämmelser beror på bristande implementering av patientlagens krav för att fastställa ansvarsgrunden för den eventuella skadan.

15.13.1.2.4 Utkrävande av ersättningsanspråk

Själva utkrävandet av ersättningsansvaret behöver ställas i relation till vad som utgör skadan, när och hur uppkom skadan, vilka konsekvenser medför skadan etc. Häri uppkommer även frågan huruvida ansvarsutkrävandet ska belasta vårdgivaren eller professions- och legitimationsansvaret, se vidare nedan i kap. 16. Oavsett, är den skadelidande patienten skyddad på så sätt att denne kan erhålla patientskadeersättning genom patientförsäkringen. Ersättning till den skadelidande räknas fram enligt skadeståndslagens regler, 5 kap. 1–5 §§. Skadeersättning kan även jämkas enligt 6 kap. 1 § och 3 §.

15.13.1.2.5 Fördelning av ansvar avseende utkrävande för patientskada

Som utgångspunkt ska utkrävandet av ansvar för patientskada riktas mot vårdgivare och/eller legitimerad personal. För vårdgivarens del innebär det att dennes principalansvar är en grund för att ersätta person- och sakskada som hälso- och sjukvårdspersonalen vållar genom fel eller försummelse i tjänsten, 3 kap. 1 § skadeståndslagen. När det gäller vårdgivarens personal föreligger endast personligt

skadeståndsansvar om det föreligger synnerliga skäl med hänsyn till ”handlingens beskaffenhet, arbetstagarens ställning, den skadelidandes intresse och övriga omständigheter”, 4 kap. 1 § skadeståndslagen.¹⁸⁹⁴

15.13.2 Revision och granskning utifrån konstituerande och styrande dokument

Ur vårt perspektiv finns det anledning att även på vårdgivarnivå utföra granskningar av hur vårdgivare implementerar lagar och annat reformarbete. I denna del handlar det om ansvar och utkrävande av ansvar avseende hur väl verksamheten bedrivs i enlighet med konstituerande dokument såsom reglemente och bolagsordning m.m. Avseende offentliga vårdgivare framgår uppdraget från huvudmannen genom reglemente. Utifrån uppdraget sker en granskning genom revision för att säkerställa huruvida vårdgivaren uppfyller sina förpliktelser enligt reglemente, se avsnitt 14.7.2.2 Revisorskollegiet som organ för att granska regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet.¹⁸⁹⁵

Det är styrelsen som ansvarar för att vårdgivarens verksamhet möter uppställda krav. Styrelsen är också den som ytterst ansvarar för att verksamheten bedrivs på ett lagenligt och i övrigt ändamålsenligt sätt. De förtroendevalda i styrelsens ansvarsfrihet utvärderas och beslutas genom revisionsberättelse och regionfullmäktige i enlighet med kommunallagens regler. När det gäller privaträttsliga subjekt som aktiebolag är aktiebolagens regler avseende styrelsens ansvar tillämpliga. Ansvarsutkrävande kan även ske av huvudmannen/ägarna av vårdverksamheten. Här kan straffrättsliga anspråk riktas mot vårdgivarens styrelse enligt brottsbalken. Straffrättsliga sanktioner för styrelsemedlemmarna innefattar böter eller fängelse. Även civilrättsliga sanktioner kan förekomma i form av skadeståndsskyldighet enligt skadeståndsrättsliga ordningar.

15.13.3 Granskning utifrån vårduppdraget

En ytterligare grund för vårdgivarens ansvarstagande rör vårduppdraget. Utkrävande av ansvar kan göras på avtalsrättsliga grunder. Dels kan vårduppdraget innehålla krav på att vårdgivaren utför verksamheten i enlighet med lagstiftning, styrande dokument för hälso- och sjukvård och andra specifika avtalsbestämmelser. Vårduppdraget är ett rättsligt bindande avtal vilket innebär en grund för ansvarsutkrävande av motparten. Det innebär att även om det allmänna, eller tredje man, kan ställa krav på ansvarsutkrävande vid brist i efterföljande av lagstiftning, så kan även huvudmannen genom avtalet ställa anspråk på ersättning för skada om det föreligger orsakssamband mellan bristen och skadan enligt skadeståndsrättsliga regler. Detsamma gäller naturligtvis avseende samtliga

¹⁸⁹⁴ Se kapitel 16 för närmare beskrivning av anspråk avseende ansvarsutkrävande gentemot hälso- och sjukvårdsprofessionen.

¹⁸⁹⁵ Granskningen tar utgångspunkt i uppdraget att ”a) följa vad som anges i lag och annan författning b) följa det fullmäktige i reglemente, i samband med budget eller i annat särskilt beslut har bestämt att styrelsen ska fullgöra c) anpassa sin verksamhet efter de uppdrag och den finansiering man får från den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden d) följa de riktlinjer, rutiner och anvisningar som regionstyrelsen lämnar sin roll att samordna och ha uppsikt över Västra Götalandsregions verksamheter e) anpassa sin verksamhet så att man bidrar till god ekonomisk hushållning i Västra Götalandsregionen.” Se B1 § Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset Dnr RS 2022-04495.

avtalsbestämmelser där vårdgivaren åtar sig förpliktelser. Även i denna del är det vårdgivarens styrelse som ytterst ansvarar för efterlevnad av avtalsbestämmelserna. Beroende på om vårdgivaren är en offentlig- eller privaträttslig aktör (aktiebolag) är det kommunallagens eller aktiebolagslagens regler som sätter ramarna för det rättsliga ansvarsutkrävandet. Precis som ovan kan ansvarsgenombrott ske om styrelsemedlemmar åsidosätter sina förpliktelser i styrelsearbetet.

15.13.4 Granskning utifrån kvalitetsledning och kvalitetsarbete

Ett särskilt intressant perspektiv för detta arbete är den uppföljning och granskning som sker genom vårdgivarens kvalitetsledning och kvalitetsarbete. Perspektivet bygger på lagkraven att vårdgivarverksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras enligt 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Vidare ställer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete bindande krav på vårdgivarens ledningssystem för kvalitet. Inom ramen för dessa bindande bestämmelser fastställs ramarna för utkrävande av ansvar om vårdgivaren brister i tillämpningen. Enligt oss skapar detta en ytterligare dimension avseende granskningsarbete där ett framåtriktat och proaktivt förhållningssätt får ett större utrymme i verksamheten.

För att bedriva nämnda arbete krävs att både styrelse och personal i hög grad hanterar de ansvar som föreligger avseende vårdgivarens ledningssystem enligt avsnitt 15.3.2. Vårdgivaren ikläder sig härmed ett omfattande rättsligt ansvar i egenskap av ansvarig för hälso- och sjukvården i sig vilket även innefattar ansvar för läkemedelshantering, hantering av medicintekniska produkter, arbetsmiljö, IT-säkerhet, dataskydd och integritet, tillgänglighet för hälso- och sjukvårdstjänsten, forskning och innovation, miljöledningsarbete m.m. I relation till samtliga ledningssystem kan vårdgivaren utkrävas ansvar med utgångspunkt i författningarna inom nämnda områden. Enligt oss medför detta ökade krav på vårdgivarens förmåga till ansvarstagande och styrning på både styrelse- och operativnivå. Beroende på om kvalitetsarbetet ligger inom ramen för vårdgivarens eller den legitimerade personalens ansvar så behöver man hantera ansvarstagandet och det eventuella ansvarsutkrävandet i enlighet med detta.

KAPITEL 16

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS PROFESSIONSANSVAR

16.1 Ansvar att utföra hälso- och sjukvård

I detta kapitel ska vi närmare analysera den rättsliga ordning inom ramen för vilken hälso- och sjukvårdspersonalen verkar.¹⁸⁹⁶ På motsvarande sätt som ovan kommer vi att utvärdera betydelsen av denna rättsliga ordning när det gäller att implementera patientlagen och att möjliggöra personcentrerad vård. Det är i slutändan hälso- och sjukvårdspersonalen som ska tillhandha vård som är personcentrerad. Centrala delar av patientlagen har också hälso- och sjukvårdspersonalen som målgrupp. Det är personalen som ska informera, inhämta samtycke, samråda och på andra sätt möjliggöra delaktighet o.s.v. För patienten handlar hälso- och sjukvård ytterst om mötet med dem som representerar hälso- och sjukvårdens olika professioner.¹⁸⁹⁷ Utifrån personalens perspektiv måste de ha givits möjlighet att implementera patientens rätt och arbeta personcentrerat. I kapitlet är vi särskilt intresserade av hur hälso- och sjukvårdsreform bedrivs i förhållande till personalen. Utifrån detta perspektiv är relationen till hälso- och sjukvårdspersonalen och professionerna det sista ledet i en implementeringsprocess. Ambitionen i kapitlet begränsas till att ringa in vad som utgör de centrala delarna i den rättsliga ordning inom vilken hälso- och sjukvårdspersonalen verkar. I vissa delar kommer vi att analysera Västra Götalandsregionen som rättsempiriskt exempel. Endast i begränsad utsträckning har vi haft möjlighet att följa i vilken utsträckning omställningen till god och nära vård har implementerats på denna nivå. Detta gäller även reformarbetet avseende kunskapsstyrningen.

16.1.1 Professionernas roller och systembaserade ställning i hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdspersonalen har en stark ställning inom hälso- och sjukvårdssystemet. Det är t.o.m. möjligt att hävda att systemet i stor utsträckning är professionsstyrt, dvs. mycket makt och ansvar är kopplat till specifika yrkesroller. Av särskilt intresse när det gäller hälso- och sjukvårdens professioner är kravet på legitimering och den ordning som är kopplad till detta. Vi menar att det är möjligt att tala om särskilda professionsbaserade system (handlingssystem) som fundamentala inslag i hälso- och sjukvårdssystemet. Dessa är i sin tur kopplade till särskilda professionsorganisationer som i olika avseenden driver professionens intressen. Även inom ramen för dessa har det utvecklats en rättslig ordning som är relevant för den specifika professionens förmåga och utveckling. Generellt sett anses det utmärkande för professioner att man bl.a. definierar sin verksamhet utifrån egen etisk kodex, att man har egna organisationer och arenor för samtal/lärande, etc.¹⁸⁹⁸

¹⁸⁹⁶ Se avsnitt 12.1 gällande tidsperioden för vår huvudanalys, där tonvikten legat på 2023 och första halvan av 2024.

¹⁸⁹⁷ Se bl.a. SOU 2020:36 Hälso- och sjukvårdens organisering s. 84.

¹⁸⁹⁸ Se bl.a. SOU 2007:75 Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning s. 51.

Än mer väsentligt för professionsansvaret är den ordning som utvecklas inom ramen för den hälso- och sjukvårdsverksamhet man verkar i. Det är i rollen som hälso- och sjukvårdspersonal hos vårdgivaren som professionsansvaret konkretiseras. Relativt tidigt gjorde man i forskningen om hälso- och sjukvårdens organisation en distinktion mellan den medicinska hierarkien och den administrativa hierarkien.¹⁸⁹⁹ Den medicinska hierarkien var kopplad till de olika hälso- och sjukvårdsprofessionerna. Beroende på vilken profession man tillhör så har man olika ansvar och även olika status. Den medicinska hierarkin kontrasteras till den administrativa hierarkin där olika individer ges olika verksamhetsansvar i form av direktör, verksamhetschef, avdelningschef o.s.v. Den sistnämnda hierarkien är i enlighet med vad vi diskuterat i föregående kapitel kopplad till rollen som vårdgivare.

Som vi beskrivit i föregående kapitel skiljer sig vårdgivarens verksamhet åt beroende på vårduppdraget. Beroende på om hälso- och sjukvårdspersonalen verkar inom ramen för allmänvård vid vårdcentraler, akutsjukvård vid sjukhus eller specialistvård vid slutna avdelningar så ser ansvaren olika ut. Eftersom det konkreta vårdutförandet kan se olika ut mellan hälso- och sjukvårdsområden ställs också olika krav på professionen. Ett exempel är standardiserade vårdförlopp som i sig ställer normerande krav och förväntningar på de medicinskt yrkesverksamma hos vårdgivaren. Andra exempel rör ansvaret att följa beslutade rutiner och riktlinjer för vårdgivarens utförande av vård. Sammantaget framträder en relativt sofistikerad bild vad gäller hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar och deras förmåga att i patientmötet fatta beslut om en god vård.

16.1.2 Professionsansvaret – ansvarstagande och ansvarsutkrävande

På motsvarande sätt som ovan gör vi distinktionen mellan ansvarstagande och ansvarsutkrävande. Den centrala frågan är hur personalen och professionerna tar sitt ansvar och implementerar de delar av patientlagen som riktar sig till dem.

När det gäller ansvarsutkrävande är vi mest intresserade av hur risken i detta avseende möjliggör ansvarstagande. När vårdpersonal brister i sin yrkesutövning finns ett antal system för ansvarsutkrävande. Som nämnts i avsnitt 15.13 kan en skadelidande patient göra anspråk på ersättning för vårdskada genom patientförsäkringen, vilken följer av patientskadelagen. Eftersom det är hälso- och sjukvårdspersonalen som utför vårdåtgärden kan det vara intressant att elaborera kring när skadeståndsskyldighet uppkommer som led i vårdåtgärd. Enligt skadeståndslagen uppkommer skadeståndsrättsligt ansvar vid fel och försummelse i tjänsten som resulterar i personskada, se 3 kap. 1 §. Detsamma gäller om personalen kränker patienten. Skadeståndsgrunderna för patientskada framgår av 6 § patientskadelagen samt i ovan avsnitt 15.13.1.2. En viktig begränsning i rätten till ersättning för patient rör patientskada som härrör från diagnostisering och behandlingar som krävts där avsaknad av behandling skapar livshotande situationer eller leder till svår invaliditet, se 7 § patientskadelagen.

¹⁸⁹⁹ Se exempelvis Gardell och Gustafsson m.fl., Sjukvård på löpande band – från ett forskningsprojekt om sjukhusets vård- och arbetsorganisation s. 85–112. Boken publicerades 1979.

Det kan finnas anledningar till att ett skadeståndsansvar utöver patientskadeersättningen blir aktuellt, exempelvis om ersättningen inte fullt täcker skadorna som orsakats patienten. Patienten kan då stämma i allmän domstol och är yrkesutövaren anställd är hens arbetsgivare ansvarig, i enlighet med principalansvaret i 3 kap. 1 § skadeståndslagen. En för yrkesutövaren viktig begränsning är att denne själv endast kan bli ansvarig om synnerliga skäl föreligger avseende handlingens beskaffenhet, arbetstagarens ställning, den skadelidandes intresse och övriga omständigheter, 4 kap. 1 § skadeståndslagen.¹⁹⁰⁰ Eftersom det är ovanligt med skadeståndsanspråk riktade mot enskild yrkesutövare i vården kommer vi inte heller fördjupa oss i denna ordning. Dock ska nämnas att yrkesutövaren kan ansvarsutkrävas genom anmälan från patient till IVO som sedan provas av HSN, se 9 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. Den som har legitimation för ett yrke bär ett personligt yrkesansvar för de åtgärder hen utför i vården, men också hur hen upprätthåller förtroendet för yrkeskåren. Vid brist kan yrkesutövaren därför utkrävas ansvar i form av provotid eller återkallelse av legitimationen enligt 8 kap. patientsäkerhetslagen. Denna ordning kommer vi att utvärdera närmare och diskutera utifrån dess betydelse vad gäller att uppställa ett normerande tryck på att implementera patientlagens bestämmelser, se avsnitt 16.2.6.

I sammanhanget kan vi även nämna brister som är så allvarliga att de utgör straffrättsliga handlingar enligt brottsbalken. Vid sådana brottsmisstankar inleds processen med en polisanmälan. När det rör brottsmisstankar kopplade till medicinsk behandling finns särskilda vårdåklagare med erfarenhet att arbeta med medicinska frågor.¹⁹⁰¹ Åklagaren beslutar om åtal ska väckas mot yrkesutövaren och prövning i domstol ska ske. Exempel på sådana brott kan vara s.k. våldsbrott, såsom vållande till kroppsskada, sexuellt övergrepp, vållande till annans död, dråp eller till och med mord. Brottsmisstankar mot vårdpersonal i samband med felbehandling är dock relativt ovanliga.¹⁹⁰² Något vanligare är brottsmisstankar om stöld av läkemedel och dataintrång, exempelvis att yrkesutövaren har berett sig tillgång till patientjournaler för personer vars vård hen inte deltar i. Om rätten finner den åtalade skyldig utdöms straff, såsom fängelse, villkorlig dom eller böter. När det gäller implementeringen av patientlagen har som konstaterats ordningen för utdömande av straff begränsad betydelse.

Till sist kan nämnas anspråk på ansvarsutkrävande från vårdgivaren i egenskap av arbetsgivare. Yrkesutövaren kan i egenskap av anställd därtill bli föremål för arbetsrättsliga påföljder, såsom att tilldelas en varning, att bli avstängd en tidsperiod från arbetsplatsen, eller att bli uppsagd eller direkt avskedad. Det kan avse handlingar som rör yrkesutövarens brister avseende kvalitet och säkerhet i utförandet av vårdåtgärder, men det kan också gälla konkurrerande bisysslor m.m.

1900 Här kan det vara intressant att nämna allmänna skadeståndsrättsliga ordningar, se bl.a. culparegeln. Den innebär att den personalen i sin yrkesutövning ska agera med uppsåt eller är vårdslös vid vårdåtgärdens utförande och därigenom orsakar personskada och därmed ansvar om skadeståndsskyldighet. Häri behöver man särskilt utvärdera orsakssambandet mellan yrkesutövarens handlingar och uppkommen skada. Detsamma gäller om verksamhetsutföraren underlåter att handla i en viss situation.

1901 Läkartidningens webbsida, RÅ inrättar särskilda vårdåklagare.

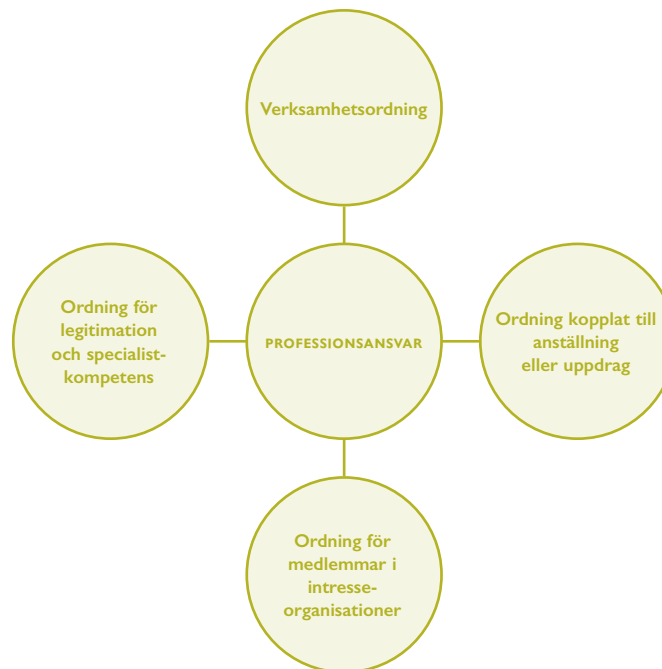
1902 Wahlberg, Skäligt straffansvar för misstag inom medicinsk vård och behandling s. 117.

Ansvarsutkrävande kopplat till yrkesutövarens anställning eller näringsverksamhet kommer vi att beskriva i kommande avsnitt 16.4.

16.1.3 Rättslig ordning för hälso- och sjukvårdens professionsansvar

Även i detta kapitel är vi intresserade av att kunna påvisa något av en modell för vad som krävs för att implementera mer systemingripande lagstiftning, som exempelvis patientlagen. I förhållande till hälso- och sjukvårdspersonalen har vi avgränsat fyra samspelande rättsliga ordningar. I princip kan man säga att specifik personal har fyra olika roller inom ramen för fyra rättsliga ordningar, vilka i sig är kopplade ett specifikt rättsligt ansvar. Den är: 1) av Socialstyrelsen legitimerad och/eller har skyddad yrkestitel inom en viss profession, 2) medlem i en professionsorganisation, 3) arbetstagare/uppdragstagare och 4) en person med en specifik verksamhetsroll i vårdgivarens organisation.¹⁹⁰³ Dessa roller är som sagt sammanlänkade, men bör förstås som separata rättsliga ordningar. Implementeringen av patientlagen ska följaktligen ske inom ramen för dessa fyra rättsliga ordningar och det är särskilt relevant att förstå hur samspellet sker.

FIGUR 56.
Rättsliga ordning för professions- och personalansvar.



Vi kommer att utvärdera respektive ordning i varsitt avsnitt. Först kommer vi att utvärdera den ordning som är kopplad till hälso- och sjukvårdens professioner, legitimation och skyddade yrkestitel (avsnitt 16.2). Redan den omständigheten att

¹⁹⁰³ Undersköterskorna beviljas inte legitimation av Socialstyrelsen, men har en skyddad yrkestitel. Skyddad yrkestitel för undersköterskor infördes 1 juli 2023 och innebär att bara den som ansökt om och blivit beviljad bevis om den skyddade yrkestiteln undersköterska får använda titeln. Se vidare nedan i avsnitt 16.2.1.1.

man beviljats en legitimation innebär att har man ett rättsligt ansvar som följer av rättslig reglering. Intressant är här bl.a. krav på utbildning m.m. för att uppfylla kraven för och beviljas legitimation. En annan underordning som utvecklats genom professionens organisering i professionsföreningar (avsnitt 16.3). I detta avsnitt kommer vi att titta närmre på läkar- och sjuksköterskeprofessionens professionsorganisationer som exempel. Särskilt intressant här är hur professionens gemensamma etik verkar konstituerande för professionen och ger individen dess professionella identitet. Vi kommer därför även att titta närmare på nämnda professioners etiska regler och riktlinjer. En tredje underordning är den som utvecklas i förhållande till individen som arbetstagare alternativt uppdragstagare (16.4). Det etableras en anställningsrelation alternativt en uppdragsrelation. Inom ramen för dessa relationer ingås överenskommelser om bl.a. villkor för arbetets utförande. Här är de olika kollektivavtalen för de olika yrkesgrupperna av intresse. En ytterligare ordning, vilken är den huvudsakliga, är den som föreligger inom ramen för vårdgivarens verksamhet där personalen har ett specifikt verksamhetsansvar (16.5.)

Som vi kommer att diskutera i del 4 har hälso- och sjukvårdspersonal relativt stort utrymme att vara delaktiga i hälso- och sjukvårdens utveckling. I detta kapitel tillämpar vi dock fortfarande ett nedifrån och upp-perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling. Utifrån detta perspektiv är hälso- och sjukvårdspersonalen det sista ledet i hälso- och sjukvårdsreform.

16.2 Legitimation och specialistkompetens

En central rättslig ordning är således den avseende hälso- och sjukvårdsprofessionernas legitimation. För i princip alla yrken inom hälso- och sjukvården krävs det legitimation. Numera föreligger även den därtill angränsande skyddade yrkestiteln för undersköterskor. Dessutom finns det förutsättningar att inom många av professionerna specialisera sig och få särskild specialistkompetens. I detta avsnitt kommer vi att utvärdera denna rättsliga ordning. Vi är särskilt intresserade av i vilken utsträckning det inom denna ordning utvecklats och kan utvecklas krav som är relevanta vad gäller implementeringen patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård.

16.2.1 En rättslig ordning för legitimationsyrken och skyddade yrkestitlar

För att kunna arbeta inom hälso- och sjukvårdens olika yrken och använda dess yrkestitlar krävs alltså legitimering (eller bevis om skyddad yrkestitel för undersköterskor). Framför allt patientsäkerhetslagen och patientsäkerhetsförordningen uppställer krav i detta avseende. Att det är i just patientsäkerhetslagen som kraven på legitimation uppställs påvisar vikten av hälso- och sjukvårdspersonalens relation till patienten och dennes säkerhet. Legitimationen kan ses som en garanti för en viss kompetens och borgar för att individen ska ha förmåga att utföra yrket. Vårdförbundet förklarar vikten av legitimation med:

- att yrket ska ha ett särskilt ansvar för patientsäkerheten
- att yrkesutövarna ska ha en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter

- att det krävs kvalificerad utbildning och vetenskaplig förankring
- att yrkesutövare ska kunna vända sig direkt till allmänheten som fria yrkesutövare i en omfattning som inte är oväsentlig.¹⁹⁰⁴

Samma krav uppställs inte för att få den skyddade yrkestiteln undersköterska, vilken har till syfte att signalera att undersköterskan har erforderlig kompetens för yrket genom utbildning och erfarenhet.

16.2.1.1 Professioner baserade på legitimation och specialisering

I lagen uppställs ett antal yrkeskategorier som förutsätter legitimation, 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. I dagsläget finns det 22 s.k. legitimationsyrken inom tandvård och hälso- och sjukvården.¹⁹⁰⁵ Dessa är apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, dietist, fysioterapeut eller sjukgymnast, hälso- och sjukvårdskurator, kiropraktor, läkare, logoped, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, röntgensjuksköterska, receptarie, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare. Därtill tillkommer numera som beskrivet den skyddade yrkestiteln för undersköterskor.

De olika legitimationerna har varierande krav men regelmässigt krävs först och främst en högskoleexamen, vilket följer av 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.¹⁹⁰⁶ Ytterligare detaljer om vilken eller vilka utbildningar som anses uppfylla examenskraven för de olika yrkena följer av 3 kap. patientsäkerhetsförordningen. Det föreligger även möjlighet att i undantagsfall beviljas legitimation för den som genom annan utbildning eller praktisk tjänstgöring har motsvarande kompetens enligt 4 kap. 2 § patientsäkerhetslagen. Samtidigt förtydligas det i förarbeten att det är ett strikt undantag som endast har till syfte att vara en ventil för de situationer där någon skaffat sig fullvärdig kompetens och det skulle uppfattas som stötande att personen inte beviljades legitimation.¹⁹⁰⁷ Kraven för den skyddade yrkestiteln undersköterska följer i stället av 4 kap. 5a § patientsäkerhetslagen som anger att den som har vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå (eller från kommunal vuxenutbildning) eller har förvärvat motsvarande kompetens genom erfarenhet kan beviljas bevis om rätten att använda den skyddade yrkestiteln. Ytterligare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2023:14) om skyddad yrkestitel för undersköterskor.

Även personer med examen och yrkeskvalifikationer från utlandet kan beviljas svensk legitimation (eller skyddad yrkestitel). Här är det i huvuddrag två olika processer beroenden på om personen har yrkeskvalifikationer från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet eller Schweiz i enlighet med lagen

¹⁹⁰⁴ Vårdförbundets webbsida, Legitimation.

¹⁹⁰⁵ Utöver dessa yrkesgrupper omfattas personal som i olika avseenden medverkar i och biträder hälso- och sjukvården, samt lämnar råd och upplysningar m.m. I 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen lyfter man särskilt fram ”apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar, personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande”.

¹⁹⁰⁶ Även annan utbildning, såsom äldre utbildningar, i kombination med yrkeserfarenhet kan vara tillräckligt för vissa yrken. Se exempelvis 3 kap. 8 § patientsäkerhetslagen gällande ortopedingenjörer.

¹⁹⁰⁷ Prop. 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område s. 159.

om erkännande av yrkeskvalifikationer med kompletterande bestämmelser i 5 kap. patientsäkerhetsförordningen, eller om personen har utbildning från ett tredje land, i enlighet med 6 kap. patientsäkerhetsförordningen.¹⁹⁰⁸ Bestämmelserna kompletteras också av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råden (HSLF-FS 2016:64) om erkännande av yrkeskvalifikationer inom hälso- och sjukvården och (HSLF-FS 2017:80) om legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården vid utbildning från tredjeländ. Utöver att kunna styrka kunskaps- och kompetenskrav behöver sökanden även kunna styrka bl.a. språkkunskaper. I kommande avsnitt har vi dock valt att utgå från de ordningar som gäller för yrkesutövare med svensk examen eller utbildning, för att ge en tydligare överblick av handlingssystemen.

Flertalet av de legitimerade yrkena har också specialistinriktningar som kräver specialistkompetens. Specialistkompetens är i sig inte ett krav för legitimationen men för att få kalla sig specialist som läkare, sjukhusfysiker eller tandläkare krävs en ansökan om bevis om specialistkompetens, 4 kap. 8 patientsäkerhetslagen. Sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen får däremot som utgångspunkt använda den specialisttitel som följer, 4 kap. 8 § patientsäkerhetslagen. Mer detaljerade bestämmelser om vad som krävs för att förvärva specialistkompetens som läkare eller sjuksköterska följer av 4 kap. patientsäkerhetsförordningen och föreskrifter, bl.a. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring. För ett utvecklat avsnitt om specialistkompetens för ett antal exemplifierade vårdyrken se avsnitt 16.2.4.

Vårdprofessionen har även särskilda behörigheter. Den som ännu inte är behörig att söka legitimation kan i stället beviljas ett särskilt förordnande att utöva yrket, vilket följer av 4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen. Bestämmelsen specificerar inte det särskilda förordnandet till ett särskilt yrke men av Socialstyrelsens information och föreskrifter framgår det att sådana beviljas läkare. Ett särskilt förordnande ger ett tillfälligt tillstånd att utöva yrket utan legitimation och får inte ges till den som uppfyller kriterierna för legitimation, 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:20) om särskilt förordnande att utöva läkaryrket. Ett särskilt förordnande förutsätter också att personen inte har en återkallad legitimation eller har ansökt om legitimation men fått avslag, 3 kap. 11 § patientsäkerhetsförordningen. Förordnandet ska vara för en viss tjänst och tidsbegränsat, 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:20) om särskilt förordnande att utöva läkaryrket. Det beviljas i regel till de som befinner sig i slutet av sin utbildning eller genomför praktisk tjänstgöring som krävs för legitimation.¹⁹⁰⁹ Till särskilda

1908 Lag om erkännande av yrkeskvalifikationer implementerar Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, i lydelsen enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU (yrkeskvalifikationsdirektivet), 1 §.

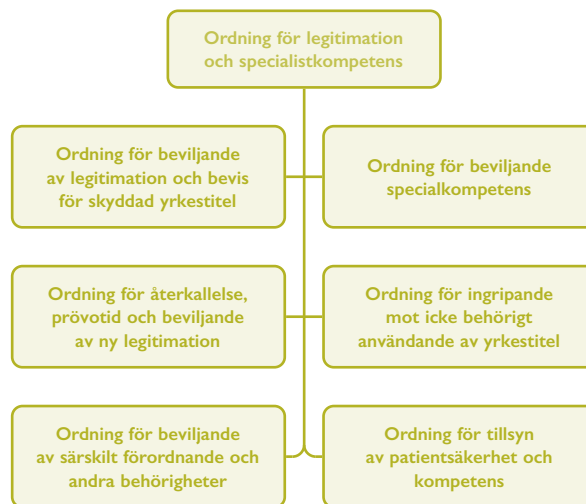
1909 De läkarstudenter som påbörjade sin läkarutbildning innan höstterminen 2021 kommer fortsatt att söka ett särskilt förordnande för att arbeta som läkare under allmäntjänstgöringen, som för dem fortsatt är en förutsättning för att beviljas legitimation. För de som påbörjar läkarutbildningen höstterminen 2021 eller senare kommer det behovet inte att finnas då de har möjlighet att söka legitimation direkt efter examen. För båda grupper kvarstår dock behovet av särskilt förordnande för att arbeta som underläkare från termin nio på läkarutbildningen, fram tills beviljande av legitimation. Se vidare Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:20) om särskilt förordnande att utöva läkaryrket.

behörigheter räknas också förskrivningsrätten för läkemedel, som i vissa fall följer av legitimationen och i vissa fall behöver beviljas särskilt.

16.2.1.2 Rättsliga ordning för legitimation och specialistkompetens

Utifrån en sociolegal analys är det möjligt att tydliggöra att den rättsliga ordningen vad gäller professionernas legitimation och specialisering kan indelas i ett antal underordningar och handlingssystem.

FIGUR 57.
Rättsliga ordning för
hantering av legitimation,
specialkompetens och
bevis för skyddad yrkestitel.



Varje av dessa underordningar har ett antal aktörer med ansvar och uppgifter i systemet. Först och främst har vi ordningen för själva beviljandet av legitimation och bevis för skyddad yrkestitel, där främst Socialstyrelsen är en central aktör som mottar, granskar och beviljar ansökningar.¹⁹¹⁰ Även lärosätena och andra utbildningsaktörer (såsom gymnasier) är viktiga aktörer då de utfärdar examensbevis (och betyg från exempelvis gymnasial vård- och omsorgsutbildning) som krävs för ansökan. Närliggande är ordningen för beviljande av specialistkompetens, vilken också beviljas av Socialstyrelsen eller följer av examen utfärdad av ett lärosäte.

Därtill tillkommer ordningen för särskilt förordnanden och andra behörigheter, främst förskrivningsrätten. Även här är Socialstyrelsen en central. Viktig är också vårdgivaren som har möjlighet att direkt bevilja särskilt förordnande.¹⁹¹¹ I viss mån har även Läkemedelsverket en roll i systemet, då myndigheten avgör vilka läkemedel som ska omfattas av de olika bestämmelserna utifrån förskrivningsrätten.

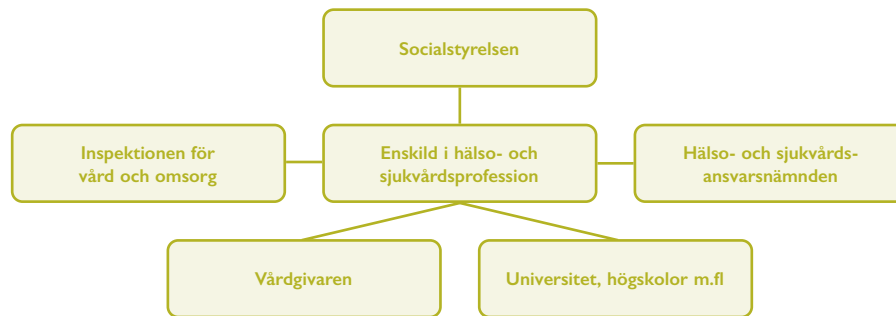
Det finns också en särskild ordning och system för tillsynen av patientsäkerheten och vårdprofessionens kompetens. Här är IVO en central aktör som har tillsynsuppgiften för hälso- och sjukvårdssystemet.¹⁹¹² Även vårdgivaren utreder och bidrar till IVO:s utredningar när brister förekommer. Därtill är kollegor, men

¹⁹¹⁰ Se exempelvis regleringsbrev för budgetåret 2024 för Socialstyrelsen, samt Socialstyrelsens webbsida Ansök om legitimation.

¹⁹¹¹ Socialstyrelsens webbsida Särskilt förordnande för läkare.

¹⁹¹² 7 kap. 1 och 10 §§ patientsäkerhetslagen och 1 § förordning med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

även patienter och närstående, aktörer i tillsynsordningen, då de många gånger anmäler brister i vården och deltar i tillsynsarbetet. Även ordningen för ingripande mot icke behörigt användande av yrkestitel ska utvecklas av IVO inom ramen för tillsynsuppdraget. Närliggande handlingssystemet för tillsyn är också ordningen för återkallelse och prövotid av legitimationer och därtill beviljandet av ny legitimation för den som tidigare fått sin återkallad. I det här handlingssystemet har IVO en viktig roll som utredare av legitimationsärendet inom ramen för tillsynen, IVO anmäler sedan ärendet till HSAN som är den aktör som fattar beslut om disciplinåtgärd och därtill beviljande av ny legitimation efter återkallelse.¹⁹¹³



FIGUR 58. Aktörer inblandade i hanteringen av legitimation, specialkompetens och bevis för skyddad yrkestitel.

16.2.2 Ordning för beviljande av legitimation och bevis för skyddad yrkestitel

Att få en yrkeslegitimation i hälso- och sjukvården kräver en aktiv ansökningsprocess, vilken är förknippad med viljan att ikläda sig ett ansvar som sträcker sig längre än vad som följer ett mer traditionellt ansvar som arbetstagare. Att få bevis för en skyddad yrkestitel som undersköterska kräver också en aktiv ansökan men är i stället förknippat med viljan att bevisa sin grundläggande kompetens för yrkesrollen.

Utgångspunkten är att de som fått ansökningar om legitimation beviljade av Socialstyrelsen kan säga att de är legitimerade, 4 kap. 3 § patientsäkerhetslagen. Det är som huvudregel först när individer uppfyllt kraven och genomgått ansökningsförfarandet för legitimation som de kan ikläda sig dessa roller professionellt, 4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen. Detsamma gäller den skyddade yrkestiteln undersköterska, som får användas först när Socialstyrelsen har beviljat ansökan om bevis för denna.

16.2.2.1 Socialstyrelsens roll att bevilja legitimation

För att erhålla en legitimation eller ett bevis krävs alltså att yrkesutövaren själv gör en ansökan till Socialstyrelsen, då det är myndigheten som har i uppdrag att pröva ansökningar om legitimation, 4 kap. 10 § patientsäkerhetslagen.¹⁹¹⁴ Om man uppfyller kraven för en viss legitimation lämnar man in en ansökan

¹⁹¹³ 8 kap. 13 § patientsäkerhetslagen och 1 § förordning med instruktioner för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

¹⁹¹⁴ Därtill har Socialstyrelsen att meddela föreskrifter om legitimation, praktisk tjänstgöring och särskilda förordnande m.m., i enlighet med både patientsäkerhetslagen och i patientsäkerhetsförordningen, se bl.a. 4 kap. 11–12 §§ patientsäkerhetslagen och 3 kap. 13 § patientsäkerhetsförordningen.

som bl.a. ska innehålla bevis om examen eller utbildning, en identifikation och styrkande dokumentation kring praktisk tjänstgöring när sådan krävs.¹⁹¹⁵ Den sökande betalar en ansökningsavgift vars belopp regleras i föreskrift och är anpassad utifrån bl.a. det ansökta yrkets lönenivå, 4 kap. 12 § patientsäkerhetslagen och 8 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen med hänvisning till 10 § avgiftsförordningen (1992:191).¹⁹¹⁶

Socialstyrelsen undersöker även i vilken utsträckning den sökande finns med i det s.k. belastningsregistret, 16 c § förordning (1999:1134) om belastningsregister. Efter att ha prövat och beviljat ansökan utfärdar Socialstyrelsen ett intyg och registrerar även i Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (det s.k. HOSP-registret).¹⁹¹⁷ Om Socialstyrelsen avslår ansökan kan beslutet överklagas för prövning i förvaltningsrätten, 10 kap. 13a § patientsäkerhetslagen.¹⁹¹⁸ Socialstyrelsen beviljar inte legitimation i de fall grund för återkallelse hade förelegat om den sökande redan var legitimerad, enligt 4 kap. 1 § 2 st.

16.2.2.2 Läkarnas ansökningsprocess

För att ansöka om läkarlegitimation behöver man först ansöka om läkarexamen vid lärosäte där man har studerat, för att få ett examensbevis att inkludera i ansökan.¹⁹¹⁹ För sökanden som påbörjade läkarutbildningen innan höstterminen 2021 så gäller i dagsläget fortfarande reglerna om obligatorisk allmäntjänstgöring och ansökan om legitimation ska därför kompletteras med den s.k. AT. I denna bok samlas skriftliga intyg från verksamhetschefer för de olika tjänstgöringar som ingår i AT-tjänsten om att läkaren uppfyller kraven, 16 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare.¹⁹²⁰ För sökanden som däremot påbörjade sin utbildning höstterminen 2021 eller senare tillämpas de nya reglerna och de kommer att kunna ansöka om legitimation direkt.

För att beviljas examensbevis krävs det att den sökande har klarat samtliga delar av läkarutbildningen enligt de krav som uppställs i högskoleförordningens examensordning.¹⁹²¹ Kraven för varje utbildning delas in i kategorierna kunskap och förståelse, färdighet och förmåga, samt värderingsförmåga och förhållningssätt. Under varje kategori finns ett antal uppställda krav, såsom att visa såväl bred som

1915 Socialstyrelsen har på sin hemsida väl utvecklade informationssidor för var och ett av alla yrken, se Socialstyrelsens webbsida, Legitimation och intyg.

1916 8 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen anger fyra avgiftsklasser, vars belopp specificeras i 10 § avgiftsförordningen till 320 kr, 870 kr, 1660 kr och 2900 kr. Exempelvis en ansökan om bevis för skyddad yrkestitel för undersköterska har avgift enligt klass 1 (320 kr) medan en ansökan om bevis specialistkompetens för läkare är i klass 4 (2900 kr).

1917 Intyget skickas i regel digitalt och ansökan tar runt tre veckor att behandla. I HOSP-registret delas samtliga yrken in utefter ett kodsysteem.

1918 Överklagan måste lämnas inom tre veckor till Förvaltningsrätten i Stockholm, se vidare Socialstyrelsens webbsida, Legitimation och intyg.

1919 Socialstyrelsens webbsida, Legitimation och intyg – Läkare utbildad i Sverige. Processen varierar beroende på om du har en svensk eller utländsk examen och följande beskrivning utgår från en person med en svensk läkarexamen.

1920 Ansökan kan göras både digitalt och via pappersblankett, där en ansökan på pappersblankett ska kompletteras med kopia på giltig id-handling.

1921 Högskoleförordningen (1993:100), bilaga 2, examensordning, läkarexamen.

fördjupad kunskap inom det medicinska området, att visa kunskap om områdets vetenskapliga grund, osv. Följande exempel på uppställda krav betonar särskilt aspekter av vikt för en personcentrerad och patientsäker vård:

”Kunskap och förståelse

- visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet i yrkesutövningen,
- visa kunskap om etiska principer och deras tillämpning inom hälso- och sjukvården samt inom forsknings- och utvecklingsarbete,
- visa kunskap om, och förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för individer och olika grupper ur ett nationellt och globalt perspektiv,
- visa kunskap om patientsäkerhet, kvalitet och prioriteringar i hälso- och sjukvården samt om metoder för att utvärdera medicinsk verksamhet, och

Färdighet och förmåga

- visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande av patienter och deras närstående med respekt för patienternas och deras närståendes integritet, behov, kunskaper och erfarenheter,
- visa förmåga att initiera och medverka i hälsoinriktat och sjukdomsförebyggande arbete för enskilda och grupper samt att redogöra för hur sådant arbete bedrivs på samhällsnivå,
- visa förmåga att muntligt och skriftligt kommunicera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter och dokumentera dessa i enlighet med relevanta författningar,
- visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället,

Värderingsförmåga och förhållningssätt

- visa förmåga till självreflektion och empati samt till ett professionellt förhållningssätt,
- visa förmåga till ett hälsofrämjande förhållningssätt med helhetssyn på patienten utifrån ett vetenskapligt synsätt och med särskilt beaktande av etiska principer och de mänskliga rättigheterna
- visa förmåga att identifiera sitt behov av att fortlöpande utveckla sin kompetens och att ta ansvar för detta.”

Utifrån examensordningen är det tydligt att det finns ett tydligt kravställande på kunskap, förmågor och förhållningssätt som är av vikt för ett personcentrerat och patientsäkert arbetssätt. Dessa ligger också genom examenskravet tydligt till grund för det ansvar professionen väntas bär utifrån läkarlegitimationen.

16.2.2.3 Sjuksköterskornas ansökningsprocess

Även för den som ansöker om sjuksköterskelegitimation krävs examensbevis för sjuksköterskeexamen, då den som är färdigutbildad sjuksköterska kan ansöka om legitimation direkt efter avslutad examen. För att beviljas sjuksköterskeexamen krävs enligt högskoleförordningens examensordning att man bl.a. kan visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och kännedom om aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen, visa kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbetet, m.m. Följande är också exempel på krav av särskild vikt för sjuksköterskans arbete med personcentrering och patientsäkerhet:

”Kunskap och förståelse

- visa kunskap om förhållanden i samhället som påverkar barns, kvinnors och mäns hälsa,

Färdighet och förmåga

- visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienten och närstående identifiera vårdbehov, upprätta omvårdnadsplan samt ge vård och behandling,
- visa förmåga att initiera metodförbättring och kvalitetssäkring,
- visa förmåga att tillämpa sitt kunnande för att hantera olika situationer, företeelser och frågeställningar utifrån individers och grupperns behov,
- visa förmåga att muntligt och skriftligt redogöra för och diskutera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter samt i enlighet med relevanta författningar dokumentera dessa,
- visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper, och
- visa förmåga att kritiskt granska, bedöma och använda relevant information samt att diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar med olika målgrupper och därmed bidra till utveckling av yrket och verksamheten.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

- visa självkännedom och empatisk förmåga,
- visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,
- visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående, och
- visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.”

Även för sjuksköterskans legitimation är det tydligt att det utifrån examenskraven finns en tydlig kravbild kring förmågan att arbeta personcentrerat och patientsäkert.

Kopplingen till framför allt högskoleutbildning är alltså tydlig i legitimationsförfarandet. En nyckel till personcentrering och implementering av patientens rätt är följaktligen att säkerställa att praktisk förmåga och kompetens i dessa avseenden utgör avgörande lärandemål för respektive professionsutbildning. Detta gäller på motsvarande sätt för kunskapen och det praktiska handhavande av ”patientens rätt” enligt patientlagen. Även kopplingen till forskningen är central. I detta sammanhang blir det också tydligt varför det handlingsetiska förhållningssättet inom personcentrering har en sådan framträdande plats. Förmågan att *handla etiskt utifrån patientens behov* är, eller i vart fall borde vara, en självklar *grundnorm* när det gäller att yrkesutövarna ska ha en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter.

16.2.2.4 Undersköterskornas ansökningsprocess

För att ansöka om bevis för skyddad yrkestitel för undersköterska krävs inte ett examensbevis, men däremot bevis för genomförd utbildning i form av betyg från vård- och omsorgsutbildning, eller intyg på motsvarande kompetens.¹⁹²² Den sökande har också möjlighet att komplettera ansökan med andra meriter

¹⁹²² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2023:14) om skyddad yrkestitel för undersköterskor. Se även Socialstyrelsens webbsida, Legitimation och intyg – Undersköterska utbildad i Sverige.

om utbildningen inte uppfyller kraven, exempelvis intyg om tjänstgöring som undersköterska de senaste fem åren, eftergymnasial utbildning i vård och omsorg, eller andra relevanta meriter. Man kan även söka med examensbevis från sjuksköterskeutbildningen om man redan är sjuksköterska. Därtill krävs också för betyg i svenska eller svenska som andraspråk på gymnasienivå.¹⁹²³

Det föreligger således ett rättsligt handlingssystem mellan den enskilde och Socialstyrelsen avseende beviljandet av både legitimation och bevis för skyddad yrkestitel, med den viktiga skillnaden att den skyddade yrkestiteln enbart är ett bevis för att undersköterskan har erforderlig kompetens i form av utbildning eller erfarenhet för yrket. Den skyddade yrkestiteln kräver inte ytterligare lämplighet och ska inte kontinuerligt upprätthållas såsom en legitimation och kan därför inte begränsas eller återkallas (så länge kompetenskravet är korrekt uppfyllt från början). Intressant för handlingssystemet kring specifikt legitimationen är däremot återkallelse av legitimation, vilken kommer att behandlas i kommande avsnitt 16.2.6.

16.2.3 Ordning för beviljande av särskilt förordnande och andra behörigheter

Utgångspunkten för det särskilda förordnandet att utöva yrke är att Socialstyrelsen prövar ansökan i enlighet med 4 kap. 10 § patientsäkerhetslagen. Genom föreskrift får dock regioner (och kommuner) som vårdgivare bevilja särskilda förordnanden direkt. Det särskilda förordnandet att utöva läkaryrket handläggs och beviljas i de många fall just av regionen, 3 kap. 11 § patientsäkerhetsförordningen och 4 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:20) om särskilt förordnande att utöva läkaryrket. En förutsättning är att regionen gör en kontroll i belastningsregistret och om brott som innefattas i 16 c § förordningen om belastningsregister, vilket är bl.a. våldsbrott, sexualbrott och narkotikabrott, förekommer så lämnas i stället handläggningen och beslutsfattandet över till Socialstyrelsen, 3 kap. 12 § 2 st. patientsäkerhetsförordningen och 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om särskilt förordnande att utöva läkaryrket. När Socialstyrelsen ska bevilja förordnandet skickas en ansökan direkt till myndigheten. När det särskilda förordnandet beviljats ska regionen eller Socialstyrelsen skriftligen meddela den sökande, 4 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om särskilt förordnande att utöva läkaryrket. Den vårdgivare yrkesutövaren sen tjänstgör hos ska också ansvara för att hen får stöd och vägledning i form av bl.a. en legitimerad läkare som handledare, 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om särskilt förordnande att utöva läkaryrket.

Gällande förskrivningsrätten följer ordningen för den av Läkemedelsverkets föreskrifter. För läkare följer förskrivningsrätten av legitimationen, då det som utgångspunkt är legitimerade läkare som har förskrivningsrätt enligt 2 kap. 1 § Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Läkare har dock inte en obegränsad förskrivningsrätt, utan vissa läkemedel såsom narkotiska läkemedel får enligt 2 kap. 2 § i förskriften enbart förskrivas av läkare med viss specialistkompetens, i

¹⁹²³ Socialstyrelsens webbsida, Legitimation och intyg – Undersköterska utbildad i Sverige. Detta följer även av 5 kap. 15 § patientsäkerhetsförordningen och utvecklas i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:64) om erkännande av yrkeskvalifikationer.

enlighet med Läkemedelsverkets föreskrifter om begränsningar av och utlämnande av vissa läkemedel. Ett exempel på detta är narkotiska läkemedel som endast får förskrivas av läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri, rättspsykiatri, neurologi eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering, enligt 1 § Läkemedelsverkets föreskrifter om begränsningar av och utlämnande av vissa läkemedel.

I övrigt får ett antal andra professioner, såsom sjuksköterskor, barnmorskor och optiker, förskriva vissa läkemedel enligt 2 kap. 9–11 §§ i enlighet med föreskriftens bilagor 3–5. En förutsättning är att yrkesutövare från dessa professioner uppfyller de krav på legitimering och utbildning som Socialstyrelsen föreskrivit. För legitimerade sjuksköterskor innebär det viss vidareutbildning eller specialistsjuksköterskeexamen, i enlighet med 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:43) om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel. För legitimerade barnmorskor innebär det fortbildning och 30 timmar inskolning i preventivmedelsrådgivning, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:21) om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte. Därtill krävs en beviljad ansökan av Socialstyrelsen.¹⁹²⁴

16.2.4 Ordning för beviljande av specialistkompetens

En betydande aspekt av vårdprofessionens ansvar och kompetensutveckling är de specialistinriktningar som finns för ett antal yrken, för vilka det finns särskilda ordningar. Det är en meriteringsbaserad process efter avslutad examen, som i vissa fall också kräver viss yrkeserfarenhet. Detta är också ett sammanhang i vilket det rimligen finns anledning att ställa krav på kompetens kring patientlagens bestämmelser.

16.2.4.1 Översikt över specialistmeritering

Som beskrivits i tidigare avsnitt har läkare, sjukhusfysiker och tandläkare specialistkompetenser för vilka det krävs att man ansöker om specialistbevis. Kraven för dessa specialistmeriteringar följer av Socialstyrelsens föreskrifter. Därtill har sjuksköterskor specialistkompetenser som inte kräver ansökan om bevis, utan som man har rätt att använda om man har erforderlig specialistsjuksköterskeutbildning. Kraven för sjuksköterskornas specialistmeritering följer därav av högskoleförordningens examensordning.

För att exemplifiera de krav som ställs för att förvärva specialistkompetens kommer vi att titta närmare på läkar- och sjuksköterskeprofessionen. Grundläggande för båda yrken är alltså de krav som ställs utifrån examensordningen för grundutbildningen och, för sjuksköterskorna, även för specialistutbildningen. Här kan varje lärosäte påverka utbildningens upplägg och hur kraven ska examineras. För läkarna är det sedan den vårdgivare där de genomför sin specialisttjänstgöring som ansvarar för upplägget av meriteringen, den handledning som krävs och

¹⁹²⁴ Se exempelvis Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte.

som därtill intygar att läkaren uppfyller kraven. Därefter är det Socialstyrelsen som tar emot och godkänner ansökan och beviljar läkaren rätten att ikläda sig rollen som specialistläkare.

16.2.4.2 Läkarnas specialistmeritering

För att förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för specialistkompetens behöver läkare genomgå specialiseringstjänstgöring under handledning i minst fem år och sex månader, som sedan införandet av den nya läkarutbildningen även innehåller en bastjänstgöring om minst sex månader, 4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen.¹⁹²⁵ Läkaren ska även under den tiden genomgå kompletterande specialistutbildning.¹⁹²⁶ Innehållet i specialiseringstjänstgöringen regleras vidare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring.¹⁹²⁷ Enligt föreskriftens 2 kap. framgår att vårdgivare kan erbjuda utbildningsplatser om man har förutsättningar för att genomföra en sådan utbildning av hög kvalitet. Den som innehar specialistbevis kan titulera sig specialistläkare, vilket i sin tur är en förutsättning för att kvalificera sig för yrkestiteln överläkare.

I praktiken behöver hälso- och sjukvårdspersonalen förhålla sig till den verksamhet som vårdgivare bedriver. I många fall bedriver vårdgivarna specialistvård som kräver specialistkompetens av läkarna. Socialstyrelsen uppställer i sina föreskrifter ett antal områden för specialiteter inom hälso- och sjukvård, 6 kap. 1 §. Dessa specialiteter utgör sedan en grund för specialistkompetens.

¹⁹²⁵ För godkänd bastjänstgöring utfärdar Socialstyrelsen ett intyg, 4 kap. 1a § patientsäkerhetsförordningen. I normalfallet är bastjänstgöringen dock ett år, se vidare Läkarförbundets webbsida, Bastjänstgöring.

¹⁹²⁶ Har personen tidigare genomgått annan specialistutbildning eller utbildning på forskarnivå kan det tillgodoräknas, 4 st. Om det finns särskilda kan en dock en legitimerad lägre beviljas specialistbevis även om hen inte uppfyller utbildningskraven, enligt 4 kap. 3 § patientsäkerhetslagen.

¹⁹²⁷ Socialstyrelsen är bemyndigade att meddela föreskrifter gällande vilka specialistkompetenser som ska finnas, vilka krav som ställs för respektive kompetens, tillgodoräknande av tidigare meriter, etc., 4 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen.

FIGUR 59.
Sammanställning av
områden för specialist-
bevis för läkare.¹⁹²⁸



¹⁹²⁸ Det är även möjligt att erhålla bevis om särskilda grenspecialiteter. För att erhålla bevis avseende tilläggspecialiteter krävs kunskapsbevis från övriga specialistkompetenser. Vilka det gäller skiljer sig åt beroende på vilken tilläggskompetens som avses. Se vidare 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring.

För att kunna ansöka och erhålla bevis om specialistkompetens krävs godkända studieresultat i den specifika specialiteten. De kompetenskrav som ställs är relativt omfattande. Socialstyrelsen har som komplettering till föreskriften om läkarnas specialiseringstjänstgöring publicerat målbeskrivning (vilka också är en typ av föreskrifter och allmänna råd) i form av Läkarnas specialiseringstjänstgöring Målbeskrivningar 2021. Där framgår hur man kan förstå hur kompetenskraven de facto ser ut då dokumentet anger kompetenskraven för varje enskild specialitet, uppdelade i ett antal delmål.¹⁹²⁹ För exempelvis bastjänstgöringen, vilken ska ingå i samtliga specialistmeriteringar, finns följande 18 delmål:

- Delmål BT1. Akuta och icke akuta sjukdomstillstånd
- Delmål BT2. Psykiatriska sjukdomstillstånd och övrig psykisk ohälsa
- Delmål BT3. Lagar och andra författningar inom hälso- och sjukvården
- Delmål BT4. Hälso- och sjukvårdens styrning och organisation
- Delmål BT5. Strukturerad vårddokumentation
- Delmål BT6. Systematiskt kvalitetsarbete
- Delmål BT7. Vetenskapligt förhållningssätt
- Delmål BT8. Etik i det dagliga arbetet
- Delmål BT9. Bemötande
- Delmål BT10. Samarbeta och leda arbetet kring patienten
- Delmål BT11. Presentera, förklara och instruera
- Delmål BT12. Barn och ungdomar
- Delmål BT13. Vårdhygien och smittskydd i det dagliga arbetet
- Delmål BT14. Hälsofrämjande insatser
- Delmål BT15. Läkemedelsbehandling
- Delmål BT16. Försäkringsmedicinska intyg
- Delmål BT17. Behov av palliativ vård
- Delmål BT18. Dödsbevis och dödsorsaksintyg

Varje delmål har ett antal olika kompetenskrav listade, gällande bl.a. kliniskt arbete, kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet och bemötande av patienten. Genom de olika delmålen ställs kompetenskrav som syftar till att främja en personcentrerad vård och som i vår mening ställer krav på att läkarna arbetar på ett sätt som uppfyller bestämmelserna i patientlagen. Delmålen 8–11 är särskilt tydliga i det avseendet:

- ”Delmål BT8. Etik i det dagliga arbetet
 - Kompetenskrav: Läkaren ska
 - kunna identifiera och hantera värdekonflikter i det dagliga arbetet
- Delmål BT9. Bemötande
 - Kompetenskrav: Läkaren ska
 - kunna bemöta människor som individer och med respekt oberoende av till exempel kön, köns överskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder
 - kunna bemöta patienter och närstående med empati och lyhördhet

1929 Se Socialstyrelsen, Läkarnas specialiseringstjänstgöring Målbeskrivningar 2021.

- kunna anpassa bemötandet utifrån patienters och närståendes individuella förutsättningar och behov, till exempel utifrån ett barns mognadsnivå eller en patients kognitiva förmåga
- Delmål BT10. Samarbeta och leda arbetet kring patienten
 - Kompetenskrav: Läkaren ska
 - kunna samarbeta med medarbetare inom både den egna yrkesgruppen och andra yrkesgrupper
 - kunna leda det multiprofessionella arbetet kring en enskild patient
 - kunna främja förutsättningar för patienters och närståendes delaktighet i vård och behandling
 - kunna samverka med aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården kring en enskild patient, till exempel med en annan vårdenhet, den kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Försäkringskassan och skolan
- Delmål BT11. Presentera, förklara och instruera
 - Kompetenskrav: Läkaren ska
 - kunna presentera och förklara medicinsk information på ett tydligt och tillgängligt sätt, såväl muntligt som skriftligt
 - ...”

Värt att notera i sammanhanget är också delmål BT3. Lagar och andra författningar inom hälso- och sjukvården med kompetenskravet att läkaren ska uppvisa kunskap om lagar och andra författningar som gäller inom hälso- och sjukvården och för dess personal.

För de olika specialiteterna listas också kompetenskrav, kompletterat med utbildningsaktiviteter, intyg och allmänna råd för varje delmål. Exempelvis i radiologi, inom ramen bild och funktionsmedicinska specialiteter, uppställs kompetenskrav avseende hälso- och sjukvårdens förutsättningar i form av ekonomiska styrsystem och hur förändringar av medicinska, tekniska och organisatoriska förutsättningar kan få konsekvenser på förutsättningarna för bedrivande av hälso- och sjukvården. Det finns även krav på att identifiera kvalitetsrisker och brister och kunna ta ansvar för förbättringsåtgärder i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Andra krav gäller att kunna uppvisa ändamålsenlig kompetens för att tillämpa och kritiskt granska medicinskt vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer samt ansvara för att omvandla detta i praktisk hälso- och sjukvård. Ytterligare krav ställ på förmåga att kunna analysera etiska problem knutna till medicinska principer. Intressant ur ett god vård-perspektiv är kompetenskraven för att kunna göra patienter och närstående delaktiga i vård och behandling med utgångspunkt i de individuella förutsättningar och behov som råder. I tillägg finns ett antal radiologispecifika kompetenskrav avseende exempelvis bildbearbetning, strålningsbiologi, tillämpa lagar och författningar som rör strålskydd m.m.

Det nämnda visar på att Socialstyrelsen skapat en ordning för att säkerställa möjligheter för att dels möjliggöra vägar framåt för läkare att kompetensutveckla sig och därmed bygga en särskild yrkesinriktning som är kvalitetsdriven, dels att bidra till en mer kvalitativ vård med högkompetenta läkare i hälso- och sjukvården. Sammantaget finns det relativt stort utrymme för att ställa krav på att man inom ramen för sin specialisering omsätter patientlagens krav till individuella förmåga. Detta gäller också de krav som följer av reformerna avseende kunskapsstyrning och god och nära vård.

16.2.4.3 Sjuksköterskornas specialistmeritering

Sjuksköterskornas specialistmeritering ser annorlunda ut från läkarnas, då man som sjuksköterska inte behöver ansöka om specialistbevis från Socialstyrelsen, utan per automatik får rätt att använda den specialisttitel som följer den specialistutbildning man har examen från, 4 kap. 9 § patientsäkerhetslagen.¹⁹³⁰ Det finns i dagsläget elva fasta inriktningar för specialistsjuksköterskeexamen och därtill möjligheten för varje lärosäte att själva bestämma en inriktning, ex diabetesvård, ögonsjukvård, demensvård m.m.¹⁹³¹ De elva fasta inriktningarna är:

- Ambulanssjukvård
- Anestesi
- Distriktssköterska
- Intensivvård
- Medicin
- Kirurgi
- Onkologi
- Operation
- Psykiatri
- Äldrevård
- Öppen hälso- och sjukvård för barn

Värt att notera i sammanhanget är att barnmorskeutbildningen och röntgensjuksköterskeutbildningen inte är specialistutbildningar som leder till en specialisttitel inom sjuksköterskeyrket, vilket är en relativt vanlig missuppfattning. Sjuksköterskeutbildningen leder till en kandidatexamen med huvudområdet omvårdnad och en specialistsjuksköterskeexamen är en magisterexamen med huvudområde omvårdnad.¹⁹³² Röntgensjuksköterskeutbildningen däremot är en helt egen utbildning på kandidatnivå som, som beskrivet, leder till en egen examen – en kandidatexamen med huvudområdet radiografi.¹⁹³³ Barnmorskeutbildningen är i sin tur en egen påbyggnadsutbildning som däremot har sjuksköterskeexamen, sjuksköterskelegitimation och yrkeserfarenhet på minst ett år som sjuksköterska som förkunskapskrav, men medan sjuksköterskeexamen är en kandidatexamen med huvudområdet omvårdnad är barnmorskeexamen en magisterexamen med huvudområdet reproduktiv och perinatal hälsa.¹⁹³⁴ En barnmorska innehar därmed också två legitimationer, en som sjuksköterska och en som barnmorska.

¹⁹³⁰ Vissa sjuksköterskor genomför sin specialistutbildning parallellt med arbete i kliniks verksamhet och bibehållen heltidslön, s.k. utbildningsanställning. Se exempelvis Sahlgrenska Universitetssjukhuset VGR:s hemsida, Vidareutbildning med bibehållen lön. Många gånger är upplägget förknippat med att åtagande om att arbeta kvar hos arbetsgivaren en viss tid efter examen. Vårdförbundet har därtill förhandlat fram en kollektivavtalsreglerad akademisk specialisttjänstgöring, se vidare Vårdförbundets webbsida, Vårdförbundets modell för utbildningsanställning under specialistutbildning.

¹⁹³¹ Högskoleförordningen, bilaga 2, examensordningen, specialistsjuksköterskeexamen.

¹⁹³² Högskoleförordningen, bilaga 2, examensordningen, sjuksköterskeexamen.

¹⁹³³ Högskoleförordningen, bilaga 2, examensordningen, röntgensjuksköterskeexamen.

¹⁹³⁴ Högskoleförordningen, bilaga 2, examensordningen, barnmorskeexamen.

Även för en specialistsjuksköterskeexamen ställs i högskoleförordningens examensordning ett antal krav på förmågor av vikt för personcentrering och patientsäkerhet, exempelvis:

”Färdighet och förmåga

- visa fördjupad förmåga att självständigt och i samverkan med patient och närstående identifiera vårdbehov och upprätta omvårdnadsplan,
- visa förmåga att integrera kunskap samt analysera, bedöma och hantera komplexa frågeställningar och situationer,
- visa vårdpedagogisk förmåga.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

- visa självkännedom och empatisk förmåga,
- visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,
- visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående, och
- visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.”

16.2.5 Ordning för hantering och tillsyn av patientsäkerhetsansvar och kompetens

En ytterligare ordning är tillsynen av hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning. Att det finns en tillsyn av både vårdgivarens verksamhet och vårdpersonalens arbete är av avgörande betydelse för ansvarstagandet för patientsäkerheten, då de utredningar som genomförs och beslut om kritik som fattas inom ramen för tillsynen är en förutsättning för ansvarsutkrävande när vården har brustit i åtagande mot patienten. Att vårdens yrkesutövare kan få legitimationen omprövad och ytterst återkallad om man brister i att upprätthålla – eller utgör en risk för – patientsäkerheten och patientens förtroende för det legitimerade yrket, ställer konkreta krav på förmågan och kompetensen att upprätthålla de krav som ställs inom ramen för legitimationen.

16.2.5.1 Professionella ansvaret för patientsäkerhet

Särskilt viktigt för den som är legitimerad är det lagstadgade ansvaret för patientsäkerhet. Det är som vi ser det möjligt att betrakta ansvaret för vårdens kvalitet och patientsäkerheten som ett ansvar kopplat till legitimationen i sig. Hälso- och sjukvårdspersonalen har som grupp särskilda lagstadgade skyldigheter och ansvar. Som personalgrupp har de till uppgift att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket stadgas i patientsäkerhetslagen 6 kap. 1 §. Bestämmelsen motsvarar 1 kap. 7 § patientlagen och anger även att en patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav och att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Det tydliggörs även att patienten ska visas omtanke och respekt. I dessa avseenden motsvarar patientsäkerhetslagens bestämmelse om vårdpersonalens skyldigheter patientlagens bestämmelser om patientens rätt till delaktighet i kapitel 5, till respekt i främst 1 kap. 6 § och även till samtycke i kapitel 4. Detta är följaktligen en kompetensprofil som förväntas av samtliga 22

yrkesgrupper och övrig hälso- och sjukvårdspersonal. I den påföljande regeln 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen tydliggörs också att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur denne fullgör sina arbetsuppgifter. Härigenom tydliggörs det personliga ansvaret.¹⁹³⁵ Det är som vi ser det möjligt att betrakta ansvaret för patientsäkerheten som kopplat till legitimationen i sig.

Det föreligger följaktligen en tydlig koppling mellan patientens kompetensbehov och hälso- och sjukvårdspersonalens lagstadgade patientsäkerhetsarbete. Därtill är det som beskrivet enbart hälso- och sjukvårdspersonal som yrkesmässigt får genomföra ett antal olika vårdåtgärder, såsom att behandla smittsamma och svåra sjukdomar eller undersöka och behandla barn under 8 år, 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen, vilket reflekterar patientens rätt att få god vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet från just vårdpersonal som är skyldig att tillgodose det.

Vårdpersonalens skyldighet att tillhandahålla god vård följer dock inte enbart av patientsäkerhetslagen, utan även från bestämmelserna kring kravet att bedriva god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Personalens ansvar i enlig dessa bestämmelser baseras dock på legitimationen i sig, utan av att hens ansvar i vårdgivarens verksamhet. I 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen anges vad som utgör kravet för god vård vilket ger uttryck för ett antal aspekter som vårdpersonalen har att uppfylla, exempelvis att ge vård av god kvalitet, respektera patientens självbestämmande och främja god kontakt mellan patienten och vårdpersonalen. Alla dessa skyldigheter åligger vårdgivaren men ska ytterst tillgodoses av den vårdpersonal som representerar vårdgivaren och faktiskt utför vårdåtgärderna. Detta förtydligas genom kravet i 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen om att den personal som behövs för att ge god vård ska finnas, vilket vidare förklaras vara personal som ger vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁹³⁶ Även 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen motsvarar en rad av de ytterligare rättigheter vi har beskrivit följer av patientlagen, såsom rätten till respekt, integritet, delaktighet, samtycke, information och tillgång till vård. Vårdpersonalens ansvar för att tillgodose patientens självbestämmande och integritet lyfts särskilt.¹⁹³⁷

Centralt för ett utvecklat personcentrerat arbete, och så även för implementeringen av patientens rätt, är att hälso- och sjukvårdens professioner ser det som viktigt att följa kunskapsutvecklingen vad gäller personcentrering och därtill omsätter det i egen kompetens som ett led i att ta sitt ansvar enligt patientsäkerhetslagen. Vårdpersonalen är skyldig att följa utvecklingen på det egna verksamhetsområdet och sätta sig in i nya rön och metoder, vilket bl.a. innefattar att hålla sig uppdaterad kring föreskrifter från de olika myndigheterna, såsom Socialstyrelsen.¹⁹³⁸ Detta är en individuell skyldighet som följer av professionen och är

1935 I paragrafens andra stycke understryks samtidigt att första stycket inte innebär någon inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt patientsäkerhetslagen.

1936 Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården s. 63 och 118.

1937 "Förutom det medicinska ansvaret finns hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för patientens självbestämmande och integritet." Vahlne Westerhäll, kommentar till 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag, Karnov.

1938 Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården. s. 63 och 118. Prop. 1978/79:220 om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. s. 43-44.

oberoende av vilken vårdgivare vårdpersonalen arbetar för. Varje profession och även specialisering har kunskapskällor m.m. som individen har att systematiskt följa för att anses utföra ett professionellt arbete. Det blir i detta sammanhang tydligt hur personalens ansvar enligt olika rättsliga ordningar samspelar.

16.2.5.2 Professionell fördelning av uppgifter

Utmärkande för hälso- och sjukvårdspersonalen är att det i stor utsträckning tydliggörs vilka yrkesroller som har behörighet att utföra vilka uppgifter.¹⁹³⁹ Det finns tydliga regler kring vilka som ställer diagnos, skriver ut läkemedel, ger olika läkemedel och behandlingar o.s.v. Det föreligger i sig möjlighet att delegera arbetsuppgifter till andra, men det får endast ske när det är förenligt med kravet på en god och säker vård, 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen, vilket även det är en skyldighet som överensstämmer med patientens rätt till god vård i patientlagens 1 kap. 7 §. Även här tydliggörs det personliga ansvaret. Det är den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, som ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften, 6 kap. 3 § 2 stycket patientsäkerhetslagen.

Vad vi kan konstatera är att hälso- och sjukvårdspersonalens professioner har en mycket central betydelse i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det lagreglerade ansvaret för patientsäkerhet och alla de detaljföreskrifter som är relaterade till olika arbetsuppgifter har alla förutsättningar att resultera i systematisk kunskaps- och kompetensutveckling när det gäller personcentrering och att tillgodose patientens rätt. Det är visserligen i samspelet med vårdgivaren som ett personcentrerat arbete kan utvecklas i mer detalj.

16.2.5.3 IVO:s tillsyn

Som myndigheten med ansvar för tillsynen av patientsäkerheten är IVO också den myndighet som har ett tillsynsansvar för vårdprofessionen, enligt 7 kap. 1 § och 10 § patientsäkerhetslagen.¹⁹⁴⁰ Tillsynen omfattar att granska vårdverksamheter och vårdpersonal för att kontrollera att kraven för patientsäkerheten uppfylls och att missförhållanden och brister avhjälpas, 7 kap. 3–4 §§.

IVO öppnar ett tillsynsärende när det kommer till myndighetens kännedom att en yrkesutövare kan utgöra en risk för patientsäkerheten. IVO kan få kännedom om detta på olika sätt, exempelvis via ett redan pågående tillsynsärende, genom uppgifter från andra myndigheter eller genom anmälningar från vårdgivare, enskilda patienter eller närstående.¹⁹⁴¹ När IVO inleder en utredning meddelas den yrkesutövare som berörs av utredningen och hen får då information om processen, vilken bl.a. innefattar en möjlighet för personen att yttra sig under processen och

¹⁹³⁹ Se bl.a. Socialstyrelsens webbsida, Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?

¹⁹⁴⁰ IVO har haft tillsynsansvar sedan införandet av patientsäkerhetslagen år 2010, då ansvaret förflyttades från HSAN som nu inte är utredande utan beslutsfattande myndighet i legitimationsärenden. Det innebär också att IVO numera tar emot anmälningar från patienter och närstående som tidigare riktades direkt till HSAN.

¹⁹⁴¹ I vissa fall föreligger en skyldighet att anmäla till IVO, exempelvis för vårdgivaren vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, s.k. lex Maria. Se IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

innan beslut i ärendet fattas i enlighet med 7 kap. 18–19 §§ patientsäkerhetslagen.¹⁹⁴² Om ärendet grundar sig på ett klagomål från patient eller närstående har yrkesutövaren också rätt att ta del av anmälan enligt 7 kap. 15 § patientsäkerhetslagen.¹⁹⁴³ Yrkesutövaren är också skyldig att medverka till utredningen genom att bistå IVO med upplysningar och material, såsom handlingar och prover, som myndigheten behöver för utredningen, 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen.

IVO:s utredning av ett ärende avslutas med ett beslut om huruvida en åtgärd yrkesutövaren vidtog, eller underlät att vidta, strider mot rättsliga bestämmelser eller är olämplig ur patientsäkerhetssynpunkt, 7 kap. 18 § patientsäkerhetslagen. Detta beskrivs allmänt som att IVO fattar beslut med eller utan kritik och inom ramen för beslutet tar IVO också ställning till huruvida en anmälan ska göras till HSAN gällande provotid eller återkallelse av personens legitimation, där IVO också föreslår åtgärd för HSAN att ta ställning till.¹⁹⁴⁴ Ett IVO-ärende kan alltså resultera i att IVO riktar kritik mot en eller fler yrkesutövare och därtill gör en anmälan till HSAN som beslutar huruvida disciplinåtgärder gällande legitimationen bör vidtas. Yrkesutövaren har som nämnts alltid rätt att yttra sig och lämna synpunkter innan beslut fattas, vilket även vårdgivaren och anmälaren (om sådan finns) har. Beslutet ska också skickas skriftligen till parterna och yrkesutövaren ska också få information om en anmälan till HSAN görs. Alla IVO:s beslut är allmänna handlingar och även om ett beslut med kritik mot yrkesutövaren inte leder till någon särskild åtgärd i sig mot yrkesutövaren så kan det komma att uppmärksammas av andra, såsom media, arbetsgivare och framtida arbetsgivare.¹⁹⁴⁵

16.2.6 Ordning för provotid och återkallelse av legitimation

En viktig aspekt av legitimationen är att den kan omprövas när den väl har beviljats. Detta är av betydelse för den legitimerade vårdpersonalens ansvar att kontinuerligt upprätthålla kompetens, förtroende och ytterst patientsäkerhet, då oförmåga att göra det kan få konsekvenser för möjligheten att utöva sitt yrke. Omprövningen, som kan leda till antingen återkallelse av legitimationen eller till provotid av legitimationen med risk för återkallelse, beskrivs i förarbeten ha karaktär av skyddsåtgärd.¹⁹⁴⁶ Detta indikerar tydligt syftet med omprövning av legitimationen – att skydda patientsäkerheten.¹⁹⁴⁷

Bestämmelserna kring återkallelse och provotid återfinns i 8 kap. patientsäkerhetslagen. Det är HSAN som prövar och fattar beslut om provotid eller

¹⁹⁴² Se även IVO:s webbsida, Jag är anmäld, vad händer nu?

¹⁹⁴³ IVO ska också, om det är lämpligt, höra berörda patienter och närstående, 7 kap. 4 a § patientsäkerhetslagen.

¹⁹⁴⁴ IVO:s webbsida, Jag är anmäld, vad händer nu?

¹⁹⁴⁵ IVO gör alltid en sekretessprövning av den allmänna handlingen och information som omfattas av sekretets kan därför komma att strykas över innan handlingen lämnas ut. Se vidare IVO:s webbsida, Jag är anmäld, vad händer nu?

¹⁹⁴⁶ Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 104.

¹⁹⁴⁷ Det föreligger därtill i vissa fall en informationsskyldighet enligt patientsäkerhetslagen, där myndighet som beslutar om återkallelse av legitimation, provotid eller om indragning eller begränsning av forskrivningsrätt ska underrätta behöriga myndigheter inom EES och Schweiz, 9 kap. 18 § patientsäkerhetslagen.

återkallelse, 8 kap. 13 § patientsäkerhetslagen, och IVO ska i sin tillsyn av hälso- och sjukvården anmäla till HSAN om det finns skäl för att besluta om åtgärd i enlighet med 8 kap., enligt 7 kap. 30 § patientsäkerhetslagen. Många omprövningsärenden väcks därmed av IVO utifrån ett tillsynsärende, men även JK, JO och den enskilde själv kan begära prövning, se vidare nedan. Även HSAN:s beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol enligt 10 kap. 9 § patientsäkerhetslagen.¹⁹⁴⁸

En omprövning kan leda till provotid eller att legitimationen återkallas. En sådan åtgärd kan ha långtgående konsekvenser för den enskilda yrkesutövaren och således finns en särskild ordning för prövning och återkallelse som regleras i 8 kap. patientsäkerhetslagen. För att en person ska få provotid om 3 år av sin legitimation enligt 8 kap. 1 § patientsäkerhetslagen, ska hen ha varit oskicklig vid sin yrkesutövning på ett sätt som befaras kan ha betydelse för patientsäkerheten, 1 p., kopplat till yrkesutövningen begått ett brott som påverkar förtroendet för hen, 2 p., i uppsåt eller oaktsamhet brutit mot föreskrift av väsentlig betydelse för patientsäkerhets, 3 p., eller på annat sätt befaras vara olämplig att utöva sitt yrke, 4 p. Därtill kan sjukdom eller liknande omständighet som befaras hindra personen från att tillfredställande utöva sitt yrke ligga till grund för provotid, 2 st.¹⁹⁴⁹ Varje beslut om provotid ska också fastställa en provotidsplan för den legitimerade att följa i syfte att rätta till missförhållandena, 8 kap. 2 § patientsäkerhetslagen. IVO upprättar förslag till planen, om möjligt i samråd med den legitimerade. Om personen under provotiden visar sig olämplig igen eller inte följer sin provotidsplan ska legitimationen återkallas, 8 kap. 4 § 2–3 p.

När det gäller återkallelse är kraven mer långtgående. För en återkallelse krävs att personen har visats sig uppenbart olämplig att utöva yrket genom att ha varit grovt oskicklig i sin yrkesutövning, gjort sig skyldig till ett allvarligt brott i eller utanför yrkesutövningen som kan påverka förtroendet för hen, eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket, 8 kap. 3 § patientsäkerhetslagen.¹⁹⁵⁰ Samma bestämmelser gäller även vid återkallandet av behörigheten i ett särskilt förordnande, 8 kap. 8 § patientsäkerhetslagen. Beviset om den skyddade yrkestiteln undersköterska kan inte återkallas, 8 kap. 9a § patientsäkerhetslagen, då det är ett statiskt bevis om kompetens vid beviljandetillfället och inte kopplat till ett kontinuerligt ansvar.

Vidare anger 8 kap. 4 § fler grunder till att återkalla en legitimation. Återkallelse ska ske om sjukdom eller liknande gör att personen inte kan utöva yrket

¹⁹⁴⁸ En överklagan ska lämnas inom tre veckor till Förvaltningsrätten i Stockholm, se vidare Socialstyrelsens webbsida, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN.

¹⁹⁴⁹ Bestämmelsen ger avslutningsvis utrymme för undantag vid särskilda skäl, vilket enligt förarbeten har syfte att vara en ventil av rätts tekniska skäl, Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 106.

¹⁹⁵⁰ Det allvarliga brottet behöver, till skillnad från brott som leder till provotid, alltså inte ha begåtts i eller i samband med yrkesutövningen, utan bestämmelsen avser att skydda förtroendet för personen som innehar legitimationen. Exempel är allvarliga brott mot annans liv och hälsa, men även olika typer förledande såsom förfalskning, mened m.m., se vidare Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 111–112. Paragrafens sista stycke ger ett undantag från bestämmelsen vid synnerliga skäl, vilket kan vara om det förflutit betydande tid från att brottet begicks, Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 113.

tillfredställande, 1 p. Sjukdom kan alltså resultera i både provotid och återkallelse, beroende på omständigheterna i det enskilda fallet. Vidare ska, som beskrivet ovan, olämplighet under provotid leda till återkallelse, 2–3 p. Slutligen kan den legitimerade själv begära återkallelse, 4 p.¹⁹⁵¹ Det sistnämnda är ett av de vanligaste skälen för återkallelse, där det dock ofta rör sig om fall där det redan finns misstänkt grund för återkallelse.¹⁹⁵² Genom att den legitimerade gör en egenbegäran av återkallelse undkommer hen en utredning av legitimationen och därmed också beslut om eventuell omprövning, vilket kan göra det enklare för hen att få tillbaka sin legitimation vid ett senare tillfälle, då legitimationen inte har varit föremål för prövning.¹⁹⁵³

Om det finns sannolika skäl för återkallelse på grund av grov oskicklighet vid yrkesutövande, olämplighet under provotid eller underlåtenhet att följa provotidsplan så ska legitimationen återkallas fram tills att frågan slutligt har prövats, 8 kap. 6 § patientsäkerhetslagen.¹⁹⁵⁴ Om det finns grundad anledning att anta att legitimationen ska återkallas på grund av sjukdom kan HSN besluta om ett föreläggande att låta sig undersökas av en av nämnden utsedd läkare, 8 kap. 7 § patientsäkerhetslagen. Även i detta fall ska legitimationen återkallas fram till dess att frågan slutligt prövats om det behövs för att trygga patientsäkerheten, 2 st.

Utöver omprövning av legitimationen, bevis för skyddad yrkestitel och annan behörighet som särskilt förordnande kan läkare och tandläkare också få sin förskrivningsrätt omprövad, om de missbrukat sin behörighet att förskriva narkotiska läkemedel, andra särskilda läkemedel, alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit, 8 kap. 10–11 §§ patientsäkerhetslagen.¹⁹⁵⁵ Behörigheten kan då både begränsas och dras in, även tillfälligt i högst sex månader i avvaktan av slutlig prövning, 8 kap. 11 § patientsäkerhetslagen. Även begränsningar av förskrivningsrätten prövas av HSN, 7 kap. 30 § patientsäkerhetslagen.

Den som får beslut om en disciplinåtgärd kan överklaga beslutet till förvaltningsrätten som då kan pröva frågan. Det är inte bara yrkesutövaren som kan överklaga HSN:s beslut, utan det kan även Socialstyrelsen göra om HSN beslutar att inte vidta en disciplinär åtgärd mot en yrkesutövare, vilket också vanligen sker. Domen i förvaltningsrätten kan sedan överklagas till kammarrätten och sist regeringsrätten, vilket det finns ett antal exempel på.

1951 Om personen själv begär återkallelse ska inte något hinder föreligga från allmän synpunkt, vilket avser extraordinära situationer där samhällsintresset kan överväga den enskildes intresse av att inte vara legitimerad för sitt yrke, där förarbeten ger krig som exempel, se Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 115. Bestämmelsen har i senaste förarbeten varit ifrågasatt men det har inte ansetts finnas tillräckligt utredningsunderlag för att ta bort den.

1952 Se vidare uttalande från HSN:s ordförande på Läkartidningens webbsida, Egen begäran vanligaste orsaken till återkallad legitimation.

1953 Detta kan påverka personens möjlighet att beviljas legitimation på nytt, då det inte finns formellt prövade grunder för ett avslag. Se vidare uttalande från HSN:s ordförande på Läkartidningens webbsida, Egen begäran vanligaste orsaken till återkallad legitimation.

1954 Återkallelse i väntan på slutlig prövning får dock ske i maximalt ett år (sex månader i taget).

1955 Om en yrkesutövers förskrivning av vissa läkemedel befaras stå i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet ska detta anmälas till IVO, se 6 kap. 11 § patientsäkerhetslagen.

Den som har fått sin legitimation återkallad (eller annan behörighet begränsad) kan på nytt ansöka om och beviljas legitimation (eller behörighet), så länge kraven i 4 kap. är uppfyllda, enligt 8 kap. 12 § patientsäkerhetslagen.¹⁹⁵⁶ Viktigt att notera är att det inte är Socialstyrelsen som prövar en sådan ansökan, som i normala fall, utan HSAN i enlighet med 8 kap. 13 § patientsäkerhetslagen. I praktiken är det dock få som beviljas legitimation på nytt.¹⁹⁵⁷

Tittar man närmare på HSAN:s resonemang när legitimerad vårdpersonal har fått sin legitimation eller annan behörighet prövad är det tydligt att trösklarna för såväl provotid som återkallelse är relativt sett höga. I tillämpningen av bestämmelserna lägger HSAN stor vikt vid de individuella omständigheterna i det enskilda fallet. För vårdpersonal som har begått brott är exempelvis typen och allvarlighetsgraden av brottet, hur det påverkar förtroendet för yrket, närheten till yrkesutövning men också hur lång tid som har förslutit sedan brottet av betydelse. Vid sjukdom såsom missbruk och psykisk sjukdom är allvarlighetsgraden, hur länge personen varit sjuk, återfallsgraden och sjukdomsinsikten av betydelse. Gällande oskicklighet vid yrkesutövningen spelar det roll om oskickligheten har varit återkommande, om yrkesutövaren visar insikt om bristen och har rättat sig efter att bristen har påtalats av exempelvis Socialstyrelsen. När det rör sig om annan olämplighet är det av betydelse huruvida yrkesutövarens agerande kan leda till att allmänhetens förtroende för yrket skadas, där det också spelar roll om yrkesutövaren har utnyttjat förtroendet och ställningen som kommer med yrket, vilket även är av vikt vid bedömningen av andra återkallelse- och provotidsgrunder. Det går också att konstatera att antalet ärenden som leder till återkallelse eller provotid har ökat stadigt sedan införandet av patientsäkerhetslagen, vilket bl.a. beror på ökad tillsyn.¹⁹⁵⁸

16.2.7 Ordning för ingripande mot icke behörigt användande av yrkestitel

De s.k. yrkestitlar som följer av legitimationen (och yrkestiteln undersköterska) är skyddade, vilket innebär ingen annan än de som har legitimation som får använda yrkestiteln eller något som är förväxlingsbart enligt 4 kap. 5–6 §§

¹⁹⁵⁶ En förnyad prövning ska alltså inte enbart utgå från om skälet för återkallelse kvarstår, utan huruvida personen på nytt uppfyller samtliga kriterier för beviljande, där bevisbördan ligger på den sökande, se Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 115–116. Bestämmelsen utformades i sin nuvarande lydelse vid införandet av patientsäkerhetslagen, där formuleringen att kraven i 4 kap. ska vara uppfyllda föreslogs av Lagrådet för att tillgodose en förutsättningslös prövning utifrån omständigheterna i det enskilda fallet, Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 116. Det finns alltså ingen lagstadgad tidsgräns för när en legitimation kan beviljas, men viss praxis indikerar att minst tre år (samma tidsperiod som provotiden) bör ha förflutit. Se bl.a. RÅ 2000:10 men också Vårdförbundets webbsida, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

¹⁹⁵⁷ ”Av den genomgång av rättsfall som redovisas i bilaga till betänkandet kan slutsatsen dras att det är synnerligen svårt för en delegitimerad att få ny legitimation, i varje fall då återkallelsen skett på grund av uppenbar olämplighet.”, Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 115. Se vidare SOU 2008:117 Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras? Bilaga 3 Rättspraxis s. 656–658 för rättsfall gällande ansökningar om ny legitimation efter återkallelse.

¹⁹⁵⁸ Utvecklingen har också gått mot att ärendena blir mer komplicerade, mer omfattande och kräver mer handläggning, vilket HSAN betonar ger möjlighet att fatta bättre beslut. Se vidare HSAN, Verksamhetsredogörelse 2023, samt Dagens Medicins webbsida, Rekordmånga läkare förlorade legitimationen 2023, och Läkartidningens webbsida, Nytt rekord i dragna legitimationer.

patientsäkerhetslagen. Det är därtill enbart tillåtet att använda beteckningen legitimerad för den som är beviljad legitimation enligt 4 kap. 3 § patientsäkerhetslagen. Att ändå använda en skyddad yrkestitel eller beteckningen legitimerad är straffbart med böter enligt 10 kap. 5 § patientsäkerhetslagen. När det gäller apotekare, barnmorska, läkare och receptarie har de därtill ensamrätt till sitt yrke och endast den som har legitimation eller särskilt förordnande för dessa yrken får överhuvudtaget utöva dem och utföra de arbetsuppgifter som reglerats för yrket enligt 4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen.¹⁹⁵⁹ Det innebär att det alltså inte är tillåtet att utöva dessa yrken utan legitimation, även om man inte använder sig av de skyddade yrkestitlarna. Bestämmelsen är en komplettering till 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen som begränsar vad andra än hälso- och sjukvårdspersonal får göra på hälso- och sjukvårdsområdet genom att lista ett antal åtgärder som enbart vårdpersonal får utföra, såsom att behandla cancer, behandla med radiologiska metoder eller undersöka och behandla barn under åtta år.¹⁹⁶⁰ Intressant gällande ensamrätten enligt 4 kap. 4 § är dock att överträdelser mot bestämmelsen endast är straffbelagda i vissa begränsade fall, då det har ansetts svårt att definiera vilka uppgifter som ska omfattas av ensamrätten.¹⁹⁶¹ I 10 kap. 3 § patientsäkerhetslagen anges dock att läkare vars legitimation har återkallats (eller vars behörighet annars upphört eller begränsats) och som obehörigen och mot ersättning utövar läkaryrket döms till böter eller fängelse i högst sex månader.¹⁹⁶² En läkare som förlorat sin legitimation är därför begränsad att utföra uppgifter inom läkaryrket i större utsträckning än andra, då denne inte bara begränsas av bestämmelsen i 5 kap. 1 §, utan begränsas från att utöva sitt yrke i sin helhet. Denna mer omfattande begränsning för just läkare motiveras av att läkaryrket är riskfyllt och förtroendeingivande och att återkallandet av en legitimation är en allvarlig åtgärd.¹⁹⁶³

Det faller inom ramen för IVO:s tillsyn huruvida någon överträder bestämmelserna om skyddad yrkestitel, ensamrätt till yrke eller vårdåtgärder som enbart vårdpersonal får vidta, där IVO ska se till att bestämmelserna efterföljs. Helst ska IVO få det att ske frivilligt, exempelvis genom att tydligt informera, men om det krävs gör IVO en anmälan till åtal, 7 kap. 23 § och 29 § patientsäkerhetslagen.

1959 I hälso- och sjukvårdsförordningens 5 kap. 2 och 5 § anges vidare att bara de som är legitimerade har behörighet för anställning som läkare, barnmorska, fysioterapeut, psykolog, psykoterapeut, sjukhusfysiker eller sjuksköterska. Se vidare i avsnitt 16.4. Att sjuksköterskor inte har ensamrätt beror bl.a. på att läkare har rätt att utföra alla åtgärder en sjuksköterska har.

1960 Straffbestämmelserna för överträdelser mot bestämmelsen finns i 10 kap. 6 § patientsäkerhetslagen.

1961 Se bl.a. Prop. 2012/13:175 Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

1962 Bestämmelsens utformning beror delvis på svårigheten att definiera och avgränsa vad som avses med läkaryrket, se Prop. 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område s. 176. Detsamma gäller den som obehörigen och mot ersättning utövar tandläkaryrket, enligt 10 kap. 4 §. För tandläkaryrket begränsas alltså inte straffansvaret till tidigare legitimerad tandläkare, utan gäller alla. I tidigare propositioner har fastslagits att bestämmelsen har funnits länge och att svårighet i tillämpning inte uppkommit, varför behov att ändra bestämmelsen inte anses ha funnits. Se Prop. 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område s. 177.

1963 a.a. s. 176.

16.3 Medlemskap i professionsorganisation

En annan ordning, vilken verkar normerande på de olika professionerna, är den som utvecklats inom ramen för de egna professionsorganisationerna.¹⁹⁶⁴ Detta är en ordning som manifesterar professionernas kollektiva betydelse. Som exempel kan vi konstatera att läkare ingår i ett kollektiv av läkare, vilket sammantaget utgör läkarprofessionen. Som individ är läkare regelmässigt medlem i en organisation som företrädare läkarprofessionen. Beträktad som rättslig ordning föreligger interna rättsliga handlingssystem inom organisationen, mellan medlemmarna och organisationen, samt mellan organisationen och olika externa aktörer. Av intresse för detta arbete är bl.a. det arbete som bedrivs avseende den egna professionens etik. Detta är ett sammanhang där det personcentrerade arbetssättet och tillämpningen av patientlagen bör aktualiseras. Organisationerna har också, som ovan nämnts, inkluderats i det statligt initierade reformarbetet. Ambitionen i detta arbete begränsas till att ytterst kortfattat beröra utvecklingen av de etiska normerna.

16.3.1 En rättslig ordning kopplad till professionsorganisationer

Det finns flera skäl till att personer som tillhör en profession organiserar sig. Ett centralt sådant är att organisera sig för att kollektivt hantera intressen m.m. som följer av rollen som arbetstagare, dvs. som fackförening eller fackförbund.¹⁹⁶⁵ Ett annat skäl är att organisera sig för att utveckla professionens kompetens men också ställning i samhället och i hälso- och sjukvårdssystemet. Det kan göras inom ramen för fackliga organisationer, men det är också vanligt förekommande att ha särskilda intresseföreningar som fokuserar på andra särskilda frågor för professionen. Som medlem i en facklig organisation är det uppenbart att man kommer att vara en del av hälso- och sjukvårdens utveckling. Frågorna kan omfatta utvecklingsarbete avseende arbetssätt, kompetensfrågor m.m. hos vårdgivaren. Fackliga organisationer ingår kollektivavtal med arbetsgivare avseende arbetsvillkor som kan ha direkt påverkan på förutsättningarna för personalen att verka personcentrerat.

Även i andra intresseorganisationer kan medlemskapet vara ett viktigt led att utveckla både den egna professionen och hälso- och sjukvården. Ett särskilt intressant skäl för detta arbete är betydelsen av att organisera sig för att tydliggöra och hantera professionens etiska ansvar. Den yrkesetiska ingången leder ofta till ett förhållningssätt där man ser de etiska normerna som konstituerande värdegrund för att ikläda sig en viss roll och att därmed tillhöra en viss profession. Intresseorganisationerna är också viktiga i kunskapsutvecklingen för professionen, där man agerar arena för kunskaps- och erfarenhetsutbyten inom professionen.

¹⁹⁶⁴ I det här arbete har vi valt att använda begreppet ”professionsorganisation” som ett paraplybegrepp för både fackförbund/fackföreningar och andra intresseorganisationer (även kallade yrkesföreningar) som finns för vårdens olika professioner. Se skillnaden på dessa olika typer av organisationer nedan i avsnitt 16.3.1. Genom begreppet professionsorganisation, som är vanligt förekommande, avser vi förtydliga kopplingen till just de olika vårdprofessionerna, som i regel har både fackliga organisationer och intresseorganisationer för varje profession.

¹⁹⁶⁵ En fackförening är en facklig organisation för en hel yrkeskår, medan ett fackförbund är en sammanslutning av flera fackföreningar inom samma område eller bransch.

Medan fackföreningarna och fackförbunden är till för de som är, eller studerar för att bli, aktiv yrkesutövare inom yrkeskåren, är intresseföreningarna bredare i sitt syfte och välkomnar generellt de som även av andra anledningar intresserar sig för yrkeskårens arbete.

Många gånger har också intresseföreningarna, men också fackföreningarna och fackförbunden, internationella kontakter och ett internationellt utbyta av erfarenheter och kunskap, som kan vara betydande för professionen i ett mindre land som Sverige där de yrkesutövande kan vara relativt få i jämförelse med större länder.

När vi har kartlagt de olika professionsorganisationer som finns för professionen i hälso- och sjukvården framträder en såväl enkel som komplex bild. Å ena sidan har varje legitimerat (eller skyddat) yrke minst en egen intresseförening som arbetar med yrkets intressefrågor.¹⁹⁶⁶ Å andra sidan har en del yrken flertalet intresseföreningar med ett, ibland stort, antal tillhörande underföreningar för olika geografiska områden och olika verksamhetsinriktningar/specialistområden. Därtill har de flesta yrken också en egen fackförening eller ett fackförbund, ibland flertalet, som antingen är till för den specifika yrkesgruppen eller där flertalet yrken samlas. Yrkena har då sina egna underföreningar inom det större förbundet, som därtill många gånger också är densamma som professionsföreningen. Detta leder till en bild av hälso- och sjukvårdsprofessionens organisering som i delar är såväl enhetlig som fragmenterad. Följande professionsorganisationer är centrala för var och en av de legitimerade yrkena:

- Apotekare
 - Svenska Farmaceuter
 - Apotekarsocieteten
- Arbetsterapeut
 - Sveriges Arbetsterapeuter
- Audionom
 - Föreningen Audionomerna inom SRAT
- Barnmorska
 - Vårdförbundet
 - Svenska Barnmorskeförbundet inom SRAT
- Biomedicinsk analytiker
 - Vårdförbundet
 - Institutet för biomedicinsk laboratorievetenskap
- Dietist
 - Dietisternas Riksförbund inom Naturvetarna
- Fysioterapeut
 - Fysioterapeuterna
- Hälso- och sjukvårdskurator
 - Akademikerförbundet SSR (Fackförbundet för samhällsvetare)

¹⁹⁶⁶ Därtill finns flertalet intresseföreningar inom särskilda områden, där flera olika yrkesgrupper samlas som gemensamt jobbar inom området, exempelvis Svensk Förening För Fysisk Aktivitet och Idrottsmedicin där läkare, fysioterapeuter, sjuksköterskor, naprapater, kiropraktorer, etc. är medlemmar.

- Kiropraktor
 - Legitimerade Kiropraktorer Riksorganisation inom SRAT
 - Kiropraktiska Föreningen i Sverige
- Läkare
 - Svenska läkarförbundet
 - Svenska Läkaresällskapet
- Logoped
 - Logopedförbundet inom SRAT
- Naprapat
 - Svenska Naprapatförbundet
- Optiker
 - Optikerförbundet
 - Svensk Optikerförening inom SRAT
- Ortopedingenjör
 - Sveriges Ortopedingenjörers förening
- Psykolog
 - Sveriges Psykologförbund
- Psykoterapeut
 - Psykoterapeutföreningen inom SRAT
- Röntgensjuksköterska
 - Vårdförbundet
 - Svensk förening för röntgensjuksköterskor
- Receptarie
 - Sveriges Farmaceuter
- Sjukhusfysiker
 - Svenska Sjukhusfysikerförbundet inom Naturvetarna
- Sjuksköterska
 - Vårdförbundet
 - Svensk sjuksköterskeförening
- Undersköterska
 - Kommunal
 - Sveriges Undersköterska och Specialistundersköterska Förening

16.3.1.1 Intresseorganisationer och/eller fackliga organisationer för vårdens professioner

Samtliga professioner har minst en intresseorganisation (även kallade yrkesförening), med syftet att samlas kring frågor och intressen av vikt för yrket. Flertalet intresseföreningar lyfter även att syftet med organisationen är att stärka yrkets roll och status i samhället. De flesta intresseföreningar agerar samtalspart i frågor kring yrket, inom såväl hälso- och sjukvården som i samhället i stort.

När det kommer till de fackliga organisationerna är ofta storleken på yrkeskåren avgörande för formen. De större yrkeskåren har sina egna fackförbund, såsom Läkarförbundet och Psykologförbundet. I Vårdförbundet ingår främst sjuksköterskorna, men också röntgensjuksköterskorna, biomedicinska analytiker och barnmorskorna, varav de sistnämnda numera också har omvandlat sin professionsorganisation Svenska Barnmorskeförbundet till en facklig organisation,

genom att ingå som medlemsorganisation i Fackförbundet för akademiker i samhällsbärande professioner (SRAT).¹⁹⁶⁷ Barnmorskorna har därmed numera två huvudsakliga fackförbund att välja mellan.

Några av de mellanstora yrkeskårenas organiserar sig i stället fackligt genom egna föreningar inom ett större fackförbund, där Fackförbundet för akademiker i samhällsbärande professioner (SRAT) är vanligast, följt av Naturvetarna. Exempel på detta är Logopedföreningen inom SRAT, Föreningen Audionomerna inom SRAT och Dietisternas Riksförbund inom Naturvetarna. Vissa mindre grupper har dock inte sina egna fackliga föreningar eller förbund, utan ingår som undergrupper i ett förbund som samlar olika yrkesgrupper, exempelvis hälso- och sjukvårdskuratorer som ingår i Akademikerförbundet SSR. Även undersköterskor som är en större yrkesgrupp har ingen egen fackliga organisation, utan är vanligen medlemmar i fackförbundet Kommunal.

Storleken på professionsorganisationen varierar i stor utsträckning med storleken på yrkeskåren. De flesta föreningar har någon form av underföreningar (även kallade nätverk eller sektioner). Dessa är ofta lokala eller yrkesområdesmässiga (exempelvis för olika verksamhetsområden och yrkesspecialiteter), men också för specifika intressen (exempelvis för kvinnliga yrkesutövare). Många av de större föreningarna, exempelvis Läkarförbundet och Svensk sjuksköterskeförening, har ett stort antal underföreningar.

Som exempel har vi tittat närmare på de många underföreningarna som lyfts fram av läkarnas och sjuksköterskornas professionsorganisationer, där det är tydligt att underföreningarna har vuxit fram organiskt och över lång tid utefter de verksamhetsområden som har utvecklats och de geografiska områden där medlemmarna har varit verksamma. Vid utvärderingen av läkarorganisationerna ser man att ett stort antal av underföreningarna i Läkarförbundet också är medlemsföreningar i Läkaresällskapet, vilket innebär en stor överlappning där underföreningarna sorterar in under båda huvudföreningar utefter olika logiker.¹⁹⁶⁸ Inom de ämnesområden där Läkaresällskapet inte har en medlemsförening finns det i stället en sektion med en fristående underförening. Dessutom finns det associerade föreningar och lokala läkaresällskap. Läkarförbundet har i sin tur ett stort antal lokalföreningar, yrkesföreningar och en studentförening, samt ett större antal specialistföreningar. Därtill finns ett antal intresseföreningar inom specifika intresseområden.

- Läkarförbundet¹⁹⁶⁹
 - Lokalföreningar (25 st.), exempelvis
 - Blekinge läkarförening
 - Dalarnas läkarförening
 - Gotlands Läkarförening

¹⁹⁶⁷ Svenska Barnmorskeförbundets webbsida, Svenska Barnmorskeförbundet – vi är en del av SRAT.

¹⁹⁶⁸ Läkarförbundets webbsida, Hitta Förening, och Läkaresällskapets webbsida, SLS föreningar. Benämningarna på de olika grupperna av underföreningar följer Läkarförbundets egen terminologi, där exempelvis en intresseförening relaterar till ett specifikt intresseområde.

¹⁹⁶⁹ Därtill listar Läkarförbundet sju stycken fristående nätverk, exempelvis Läkare utan gränser och Regnbågsläkarna.

- Yrkesföreningar (8 st.), exempelvis
 - Chefsföreningen (SLCF)
 - Sjukhusläkarna
 - Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)
- Studentförening
 - Sveriges läkarförbund Student
- Specialistföreningar (54 st.), exempelvis
 - Föreningen för klinisk mikrobiologi
 - Specialitetsföreningen i Allergologi
 - Svensk Arbetsmedicinsk och Arbets- och miljömedicinsk förening
- Intresseföreningar (14 st.), exempelvis
 - eHälsoläkarföreningen
 - Internationella läkarföreningen
 - Läkare för miljön
- Läkaresällskapet
 - Medlemsföreningar (56 st.), exempelvis
 - Svensk Förening för Akutsjukvård
 - Svenska Föreningen för Allergologi
 - Svensk förening för allmänmedicin
 - Sektioner (11 st.), exempelvis
 - Diabetologi – Svensk Förening för Diabetologi
 - Fysiologi – Fysiologföreningen
 - Klinisk mikrobiologi – Föreningen för klinisk mikrobiologi
 - Associerade föreningar (17 st.), exempelvis
 - Arbetsgruppen för Cystisk Fibros
 - Försäkringsmedicinska Sällskapet
 - Kvinnliga läkares förening
 - Lokala läkaresällskap (9 st.), exempelvis
 - Göteborgs Läkaresällskap
 - Helsingborgs Läkaresällskap
 - Jönköpings Läkaresällskap

Sjuksköterskornas organisationer har en något tydligare underföreningsstruktur, där Sjuksköterskeföreningen har sammanlagt 51 sektioner/nätverk utefter verksamhetsområden.¹⁹⁷⁰ Vårdförbundet i sin tur har 24 avdelningar där de flesta är lokala, samt 12 riksklubbar för dem som arbetar i ett privat bolag, för en statlig myndighet eller en organisation som har rikstäckande verksamhet.¹⁹⁷¹

- Vårdförbundet
 - Avdelningar (24 st.), exempelvis
 - Blekinge
 - Capio
 - Dalarna

¹⁹⁷⁰ Svensk sjuksköterskeförenings webbsida, Sektioner och nätverk.

¹⁹⁷¹ Vårdförbundets webbsida, Avdelningar och riksklubbar.

- Riksklubbar (12 st.), exempelvis
 - Bräcke diakoni
 - Försvarsmakten
 - Kriminalvårdsklubben
- Svensk sjuksköterskeförening
 - Sektioner/nätverk (51 st.), exempelvis
 - Dermatologi Venereologi Sjuksköterskor i Sverige (DVSS)
 - Distriktssköterskeföreningen i Sverige (DSF)
 - Föreningen Reumasjuksköterskor i Sverige (FRS)

16.3.1.2 Professionsorganisationernas rättsliga ordning

Professionsorganisationerna är ideella föreningar som styrs utifrån föreningens beslutade stadgar.¹⁹⁷² Föreningar har styrelser och ordföranden, som ofta är en viktig representant och talesperson för föreningen i sig men också för yrkeskåren i sin helhet. Därtill har organisationerna ofta olika interna råd och kommittéer, såsom ett etiskt råd, en vetenskaplig kommitté, ett digitaliseringsråd, etc., som består av medlemmar med särskild expertis inom ämnet.¹⁹⁷³

Utifrån de beslutade stadgarna för organisationerna framträder i regel ett antal ordningar kring medlemskapet. Först och främst har vi ordningen för beviljande av medlemskap, vilken innefattar vem som kan bli medlem och under vilka förutsättningar. Denna ordning finns givetvis i alla organisationer.¹⁹⁷⁴ Därefter följer ordningen för det etiska ansvaret som följer för professionen genom medlemskap i organisationen men också hur de etiska reglerna som antas av organisationen verkar normerande för professionen i sin helhet. Här tillkommer även ordningen för hur organisationen och dess medlemmar deltar i externa sammanhang som representanter för professionen och vad som förväntas av medlemmar i externa sammanhang. Slutligen har vi ordningen för ansvarsutkrävande av medlemmar som inte uppfyller sina medlemsskyldigheter och -åtaganden, hur sådana medlemmar kan komma att bli uteslutna ut organisationen och hur de kan ansöka om återinträde efter uteslutning.

¹⁹⁷² Se exempelvis Barnmorskeförbundets stadgar (antagna 2019), Legitimerade Kiropraktorer Riksorganisations stadgar (reviderade 2015), Logopedförbundets stadgar (reviderade 2015), Sveriges Psykologförbunds stadgar (reviderade 2016), Sveriges läkarförbunds stadgar (antagna 2022), Svenska Läkaresällskapets stadgar (reviderade 2024), Svensk sjuksköterskeförenings stadgar (antagna 2019), samt Vårdförbundets stadgar (antagna 2018).

¹⁹⁷³ Se exempelvis Barnmorskeförbundets Vetenskapliga rådet i föreningens stadgar § 1, samt Psykologförbundets Etikrådet, Specialistrådet, Studeranderådet, Vetenskapliga rådet och Företagarrådet i föreningens stadgar avsnitt 8–12.

¹⁹⁷⁴ Ex. Läkarförbundets stadgar § 13, Psykologförbundets stadgar avsnitt 1, Sjuksköterskeföreningens stadgar § 3, osv.

FIGUR 60.
Rättsliga ordning för
medlemskap i professions-
organisation.



För att exemplifiera hur styrningen kring professionsorganisationerna ser ut har vi valt att särskilt lyfta fram läkarna och sjuksköterskornas professionsorganisationer och beskriva dem djupare utifrån varje ordning.

16.3.2 Ordning för beviljande av medlemskap

Vem som får vara medlem i professionsorganisationerna regleras i stadgarna. Viktigt i sammanhanget är också den grundlagsskyddade kallad föreningsfriheten, där man som enskild mot den allmänna är tillförsäkrad frihet att sammansluta sig med andra för allmänna eller enskilda syften, 2 kap. 1 § regeringsformen. Det innebär att man är fri att ingå i organisationer som är öppna för en, men också att stå utanför organisationer man inte önska ingå i.

Huruvida det föreligger ett legitimationskrav för medlemskap varierar mellan organisationerna och tar sig uttryck i två aspekter – huruvida man från början kan bli medlem om man inte har en legitimation, och huruvida man kan uteslutas som medlem om man förlorar sin legitimation. Här finns en skillnad mellan intresseorganisationerna och de fackliga organisationerna, där de fackliga organisationerna i sina stadgar begränsar medlemskapet till de som är aktivt yrkesverksamma eller studerande inom yrkesområde och därmed har ett arbetsrättsligt och yrkesmässigt intresse i föreningen på grund av nuvarande eller framtida anställning i yrket.¹⁹⁷⁵ Intresseorganisationerna däremot har mer karaktären av intresseföreningar för de med intresse för yrkesområdet, oavsett om eller när de utövat yrket, och tenderar därför att tillåta en bredare grupp av medlemmar.¹⁹⁷⁶ De flesta fackföreningarna och -förbunden har därtill som krav att man inte får vara medlem i fler fackföreningar eller -förbund samtidigt, då de representerar medlemmarna gentemot arbetsgivaren.

De flesta professionsorganisationerna på hälso- och sjukvårdsområdet har däremot inte ett strikt legitimationskrav för att bli medlem i organisationen, utan anger att medlem kan vara den som innehar legitimation för yrket, är studerande, är verksam inom yrkesområdet som exempelvis forskare, andra som av eget intresse vill vara medlemmar, etc. Exempel på organisationer med variationer på medlemskrav är Dietisternas Riksförbund, Sveriges Ortopedingenjörers

¹⁹⁷⁵ Se ex. Läkarförbundets stadgar § 13.

¹⁹⁷⁶ Se ex. Läkaresällskapets stadgar § 3.

förening och Svenska Sjukhusfysiker. Några föreningar ställer dock krav på att den som söker medlemskap inte har fått sin legitimation återkallad, exempelvis Sveriges Psykologförbund. Ett antal föreningar har dock legitimationskrav för medlemmar, men tillåter då även studenter som studerar till yrket, exempelvis Optikerförbundet, Fysioterapeuterna och Logopedförbundet.

16.3.2.1 Ordning för beviljande av medlemskap i sjuksköterskornas professionsorganisationer

Sjuksköterskorna har två tydliga professionsorganisationer – fackförbundet Vårdförbundet och professionsföreningen Svensk sjuksköterskeförening. Sjuksköterskorna är, som beskrivet, inte den enda yrkesgruppen som ingår i Vårdförbundet, utan där ingår även biomedicinska analytiker, barnmorskor och röntgensjuksköterskor. Sjuksköterskorna är dock den största gruppen i Vårdförbundet. Vårdförbundet har enligt 1.2 i stadgarna till ändamål att:

- ”utveckla och stärka yrket samt främja den enskilde individens utveckling i sin yrkesroll
- förbättra individens och kollektivets villkor och förutsättningar för yrket och möjligheter till utveckling i arbetslivet
- påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården på arbetsplatsen, lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- påverka utvecklingen i samhällsfrågor.”

Svensk sjuksköterskeförening (allmänt kallat Sjuksköterskeföreningen) har i sin tur som syfte enligt §1 mom 1 i stadgarna att företräda professionens kunskapsområde för att främja forskning, utbildning och kvalitetsutveckling inom vård och omsorg. Det ska föreningen göra genom att arbeta för:

”sjuksköterskors professionella utveckling

- utvecklingen av omvårdnadsvetenskapen
- utvecklingen av omvårdnaden och dess professionella ledning
- utveckling av sjuksköterskors utbildning
- sjuksköterskors kompetensutveckling
- att sjuksköterskor ska tillämpa ICNs etiska kod”

Medlemskapet i Vårdförbundet är tydligt knutet till legitimationen, eftersom man som sjuksköterska är berättigad att söka legitimation direkt efter avslutade studier. Det är dock inte ett strikt legitimationskrav för medlemskap, utan kravet är att man är legitimerad eller studerar till sjuksköterska, alternativt att man uppfyller legitimationskravet och är yrkesverksam som exempelvis chef, egenföretagare, forskare eller lärare, 3.1 stadgarna. Man får även vara medlem om man är pensionär, arbetssökande eller yrkesverksam som annat än sjuksköterska, så länge man är legitimerad. Medlemskapet i Sjuksköterskeföreningen är i sin tur i mindre grad kopplat till legitimationen, då medlem, utöver den med svensk sjuksköterskelegitimation, kan vara även den utländsk examen som är bosatt eller verksam i Sverige, studerande eller annan som stödjer föreningen, § 3 mom 1 stadgarna.

När det kommer till de skyldigheter medlemmarna har mot organisationerna formulerar Vårdförbundets stadgar 3.4 det som medlemmarnas åtaganden att verka

för förbundets sammanhållning och utveckling, att följa förbundets grundläggande värderingar och efterleva demokratiska beslut. Sjuksköterskeföreningen formulerar inte skyldigheter för medlemmarna men uttrycker att verksamheten ska utgå från en humanistisk grundsyn som visar respekt för liv, människans lika värde och rättigheter och inte gör åtskillnad mellan människor, § 1 mom 2 stadgarna.

16.3.2.2 Ordning för beviljande av medlemskap i läkarnas professionsorganisationer

Läkarna har också två tydliga professionsorganisationer – Läkarförbundet, vilket är ”den medicinska professionens organisation och läkarnas fackliga sammanslutning”, § 1 föreningsstadgarna, samt Läkaresällskapet som är en ”oberoende, vetenskaplig professionsorganisation, en ideell sammanslutning med syfte att främja medicinsk forskning, utbildning, etik och kvalitet för utveckling inom hälso- och sjukvården.”, § 1 föreningsstadgarna. Läkarförbundets beskrivs i § 1 stadgarna ha till uppgift ”att upprätthålla en god och värdig anda inom kåren, att tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen, att främja medlemmarnas utbildningsmässiga och vetenskapliga intressen och att befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling.”

I Läkarförbundet får den som är behörig läkare eller läkarstudent vara medlem.¹⁹⁷⁷ Detta innebär alltså att det inte föreligger ett legitimationskrav för medlemskap. Alla medlemmar i Läkarförbundet ingår därtill i ett antal underföreningar utifrån följande upplägg enligt § 7 stadgarna:

”Yrkesförening är en riksomfattande läkarsammanslutning med för medlemmarna gemensam ställning inom yrket.

Lokalförening är en sammanslutning av förbundsmedlemmar med huvudsakligen geografisk indelningsgrund. Utgångspunkten för bestämmande av lokalföreningarnas verksamhetsområde är landstingsområde eller annat huvudmannaområde.

Specialitetsförening är en riksomfattande sammanslutning av läkare som är verksamma inom samma specialitet eller grupp av specialiteter. Som specialitet räknas därvid specialiteter enligt officiell specialitetsförteckning.

Intresseförening är en riksomfattande sammanslutning av läkare med gemensam facklig intresseinriktning av annan natur.

Sveriges läkarförbund Student är en riksomfattande sammanslutning av medicine studerande.”

En verksam specialistläkare är alltså medlem i minst tre underföreningar – en yrkesförening utifrån yrkesrollen som specialistläkare (såsom Sjukhusläkarna eller Svenska Distriktsläkarföreningen), en lokalförening utifrån geografiskt anställningsområde och en eller fler specialitetsföreningar utifrån specialistkompetens (och därtill möjligen ytterligare intresseföreningar, såsom Sveriges Kvinnliga Läkares Förening).

I Läkaresällskapet är medlemskapet i stället uppdelat i medlemsföreningar (där även de enskilda medlemmarna blir medlemmar i Läkaresällskapet) och enskilda medlemmar (som då inte är medlemmar i någon av medlemsföreningarna), § 3 stadgarna. Enskild medlem kan den med läkarlegitimation, svensk läkarexamen eller utländsk examen som godkänts av Socialstyrelsen vara. Därtill kan man vara associerad medlem (om man är verksam inom medicin men inte läkare),

¹⁹⁷⁷ Detta innefattar även den som av Socialstyrelsen fått rätt att verka som läkare i Sverige och den som har fått sin utländska examen godkänd av Socialstyrelsen.

hedersledamot (om man är erkänt skicklig på medicinområdet eller främjare av föreningens verksamhet), eller studentmedlem.

Som medlem i Läkarförbundet är man skyldig att inte åsidosätta grundläggande yrkesetiska förpliktelser eller allvarligt skada förtroendet för läkaryrket, och därtill följa föreningens stadgar, beslut och bestämmelser kring anställningsvillkor, §§ 17–18 stadgarna. Som medlem i Läkaresällskapet ska man inte allvarligt skada Läkaresällskapet eller läkarkårens anseende, § 6 stadgarna, men ytterligare skyldigheter än så formuleras inte i föreningens stadgar. I stället följer ytterligare skyldigheter av de många underföreningarnas stadgar.

16.3.3 Ordning för professionens etiska ansvar

professionsorganisationerna har i varierande grad etiska principer och krav på medlemmarnas ansvarstagande i sina stadgar. I regel beskrivs de ansvar som medlemmarna i föreningen förväntas ta som medlemmarnas skyldigheter mot föreningen. Medlemmars skyldigheter omfattar i de flesta stadgar att uppträda lojalt mot föreningen, att följa dess stadgar och respektera dess beslut och ingångna avtal, men också att inte begå brottsliga gärningar eller ägna sig åt klandervärda beteenden m.m. Flertalet av organisationerna refererar också till de etiska regler, riktlinjer och koder som mer eller mindre alla yrkesgrupper har.¹⁹⁷⁸ Dessa etiska regler ger uttryck för de värderingar som ska genomsyra professionen och yrkesutövandet. Reglerna är generellt fokuserade på vilka förhållningssätt och beteenden yrkesutövarna ska ha eller inte ha och vilka åtgärder de får eller inte får vidta. Några har både nationella regler på svenska och internationella regler på engelska, på vilket de svenska ofta bygger. Att reglerna i många fall har en internationell grund och kontext ger en indikation kring hur allmängiltiga de uppfattas vara och hur självklara de många gånger ter sig för yrkesutövarna.

Ett flertal av organisationerna har också i enlighet med sina stadgar etiska råd eller kommittéer med uppgift att arbeta med etiska frågor för organisationen. Dessa är ofta sammansatta av medlemsrepresentanter. I vissa fall har de etiska råden också en utredande roll när en medlem misstänks ha brustit i sitt yrkesetiska handlande och kan då även lämna utredningsärendet med rekommendation till styrelsen för beslut om uteslutning. Här är Psykologförbundets etikråd ett exempel, se kap. 8 stadgarna.

16.3.3.1 Ordning för professionens etiska ansvar i sjuksköterskornas professionsorganisationer

Gällande etiska regler inleder Vårdförbundet sina stadgar med att lyfta förbundets grundläggande värderingar i 1.1, vilket bl.a. innefattar demokrati, mångfald, solidaritet, m.m. Två grundläggande värderingar i synnerhet reflekterar bestämmelser i patientlagen. Under mänskliga rättigheter anges att:

¹⁹⁷⁸ Det har inte gått att identifiera några särskilda etiska regler för sjukhusfysiker och för naprapater har bara identifierats vad som beskrivs som "värdegrunder" och "kärnvärden" på Naprapatförbundets webbsida, Värdegrund och visioner. Inte heller den skyddade yrkestiteln undersköterska har några särskilda etiska riktlinjer för yrkesgruppen.

”alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. Alla ska ha rätt till och tillgång till en god och väl fungerande hälso- och sjukvård som bygger på lika villkor, vetenskap och beprövad erfarenhet. Alla människor har rätt att leva i ett samhälle som främjar hälsa och där demokratiska fri- och rättigheter råder.”

Under yrkesetik uttrycks ”som medlem följer du de etiska riktlinjer som är fastställda för respektive yrke. Individens delaktighet, integritet och säkerhet är grundläggande värden som vägleder oss.” Sjuksköterskeföreningen har i sin tur, som beskrivet, i § 1 mom § stadgat en humanistisk grundsyn för föreningen som ska visa respekt för liv, människors lika värd och rättigheter, som tydligt reflekterar patientens rättigheter i patientlagen. Därtill refererar föreningen i stadgarna till syftet att arbeta för tillämpande av ICN:s etiska kod, vilket avser den internationella etiska koden framtagen av International Council of Nurses som översatts till svenska av Sjuksköterskeföreningen.¹⁹⁷⁹ Det är även främst dessa riktlinjer som Vårdförbundet i stadgarna åsyftar som de yrkesetiska riktlinjerna fastställda för sjuksköterskorna, vilka även är bilagda till stadgarna.

Koden är brett accepterad för sjuksköterskornas profession och inleds med att fastslå sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Inledningen lyfter även centrala värden som rätten till respekt, autonomi, likabehandling m.m., vilka även återfinns i patientlagen. Koden delar därefter in sjuksköterskans etiska handlande i fyra kategorier:

”Sjuksköterskan och allmänheten

- Sjuksköterskans primära professionella ansvar är i första hand riktat till människor i behov av vård.
- I vårdarbetet främjar sjuksköterskan en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda personer, familjer och allmänheten respekteras.
- Sjuksköterskan ansvarar för att patienter/enskilda personer får korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt, som grund för samtycke till vård och behandling.
- Sjuksköterskan behandlar personliga uppgifter konfidentiellt och visar gott omdöme när det gäller hanteringen av dessa uppgifter.
- Sjuksköterskan delar ansvar med samhället för att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens, och i synnerhet sårbara befolkningsgruppers, hälsa och sociala behov.
- Sjuksköterskan verkar för jämlikhet och social rättvisa när det gäller fördelningen av resurser, tillgång till hälso- och sjukvård och andra vård och omsorgstjänster.
- Sjuksköterskan uppvisar professionella värden såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet.

Sjuksköterskan och yrkesutövningen

- Sjuksköterskan har ett personligt ansvar för sitt sätt att utöva yrket och för att genom kontinuerligt lärande upprätthålla sin yrkeskompetens.
- Sjuksköterskan sköter sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras.
- Sjuksköterskan visar omdöme när det gäller att bedöma sin egen och andras kompetens i samband med egna åtaganden och delegering av ansvar.
- Sjuksköterskan uppträder alltid på ett sådant sätt att yrkets anseende stärks och allmänhetens förtroende ökar.

¹⁹⁷⁹ Koden framtogs första gången 1953 och reviderades senast 2021. Se vidare International Council of Nurses, ICN:s kod för sjuksköterskor, reviderad 2021.

- Vid användning av teknik och ny forskning i vårdarbetet ansvarar sjuksköterskan för att vården sker i överensstämmelse med patientens säkerhet, värdighet och rättigheter.
- Sjuksköterskan medverkar till en vårdkultur som främjar ett etiskt förhållningssätt och en öppen dialog.

Sjuksköterskan och professionen

- Sjuksköterskan har huvudansvaret för att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning.
- Sjuksköterskan utvecklar aktivt en kärna av forskningsbaserad professionell kunskap som stöd för en evidensbaserad verksamhet.
- Sjuksköterskan medverkar aktivt till att utveckla och upprätthålla omvårdnadens värdegrund.
- Genom sin yrkesorganisation medverkar sjuksköterskan till att skapa och upprätthålla säkra och rättvisa sociala och ekonomiska arbetsförhållanden inom sjuksköterskeyrket.
- Sjuksköterskan arbetar för en hållbar miljö och är medveten om miljöns betydelse för hälsa.
- Sjuksköterskan medverkar till en etisk organisationskultur och tar ställning mot oetiska metoder och förhållanden.

Sjuksköterskan och medarbetare

- Sjuksköterskan verkar för gott samarbete och respekterar kollegor och medarbetare.
- Sjuksköterskan ingriper på lämpligt sätt för att skydda enskilda personer, familjer och allmänhet när deras hälsa är hotad av medarbetare eller andra personers handlande.
- Sjuksköterskan vidtar lämpliga åtgärder för att stödja och vägleda medarbetare att utveckla högre etisk medvetenhet.”

Efter varje ansvarsområde följer också en beskrivning för hur koden kan tillämpas, utifrån ett antal olika roller där den första är sjuksköterskor, ledare och chefer, den andra är lärare och forskare och den tredje är nationella sjuksköterskeorganisationer. Koden ger därtill förslag på hur den kan användas och spridas och hur den enskilda sjuksköterskan ska verka för detta, exempelvis genom att sätta sig in i varje av kodens områden, diskutera den med kollegor, m.m. Koden återspeglar ett tydligt personcentrerat synsätt och arbetssätt och visar att de bestämmelser som återfinns i patientlagen är tydligt reflekterade i sjuksköterskans etiska professionsgrund.

Ett annat betydelsefullt exempel i sammanhanget är ”Värdegrund för omvårdnad” som utvecklats av Svensk sjuksköterskeförening. I förklaringen till varför det behövs en värdegrund konstaterar man följande:

”Syftet med Värdegrund för omvårdnad är att skapa ett gemensamt förhållningssätt och en gemensam etisk plattform som grund för det dagliga arbetet. Våra personliga värderingar har betydelse för hur vi interagerar. Uppmärksamhet och medvetandegörande av värderingar är en förutsättning för att utveckla förmågan till etisk medvetenhet och förmågan att agera utifrån denna medvetenhet. Reflektion över gemensamma värden i strävan att bli medveten är en form av träning för att hålla den empatiska förmågan och medkänslan för människors beroende och sårbarhet vid liv. En del i att ständigt vara uppmärksam på förmågan och signalera när respekten för grundläggande värden hotas eller negligeras är att uttala och reflektera över centrala värden i verksamheten. Det finns ett samband mellan värdegrund, mänskliga rättigheter och professionsetik.”¹⁹⁸⁰

I detta mer rättsligt orienterade arbete kan vi också konstatera att flera delar av det som lyfts fram som värdegrund också följer av lag och därmed är rättsligt bindande.

¹⁹⁸⁰ Svensk sjuksköterskeförenings webbsida, Värdegrund för omvårdnad s. 4.

I dokumentet lyfter man fram ett antal värden: respekt för sårbarhet, respekt för värdighet, respekt för integritet, respekt för självbestämmande/autonomi, upplevelse av tillit, upplevelse av hopp och upplevelse av mening. Med utgångspunkt i dessa utvecklas hur värdegrund såsom professionsetik kommer till uttryck på personnivå. Utifrån ett mer rättsligt perspektiv är det frågan om hur de övergripande målnormerna om patientens behov, likabehandling och patientens värdighet utvecklas som etik-baserat handlingssystem. I dokumentet förklaras också att det är i mötet mellan människor där alla ska ha lika värde.

”Mötet mellan patient och vårdare kan ses som ett tillfälle där verkligheten kan delas och partnerskap uppnås om ömsesidig öppenhet finns. Mot bakgrund av de mänskliga rättigheterna har patient och vårdare lika värde samtidigt som en vårdrelation är asymmetrisk, eftersom mötet kommit till på grund av patientens behov av vård. Det är därför nödvändigt att vårdare reflekterar över människors ömsesidiga beroende av varandra och olika aspekter av makt. Detta ömsesidiga beroende sträcker sig bortom den kliniska situationen och berör både vårdare och patient som person.”¹⁹⁸¹

Värdegrunden får anses ha präglats av ett personcentrerat synsätt och ska som sagt tillämpas i patientmötet. Det är i sig också möjligt att diskutera i vilken utsträckning en tillämpning av en värdegrund som denna kan ses som ett led i att implementera patientlagens bestämmelser inom de professionsbaserade handlingssystemen.

Sjuksköterskeföreningen har också Sjuksköterskornas etiska råd, vilket består av representanter för yrket och har i uppdrag att arbeta med etiska frågor kopplade till sjuksköterskornas arbete.¹⁹⁸² Intressant i sammanhanget är att rådet har i uttryckligt uppdrag att verka för ökad kunskap om, och tillämpning av, de etiska riktlinjerna och principerna som finns för yrkeskåren.

16.3.3.2 Ordning för professionens etiska ansvar i läkarnas professionsorganisationer

Gällande läkarorganisationers etiska regler är Läkarförbundets etiska regler av främsta betydelse. Läkarförbundets förbundsstyrelse har uppställt 19 etiska regler som ska vägleda läkare i deras läkargärning:

1. ”Läkaren ska i sin gärning alltid ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta.
2. Läkaren ska besinna vikten av att skydda människoliv och får aldrig vidta åtgärder som syftar till att påskynda döden. Läkaren får inte heller på något sätt medverka vid dödsstraff, tortyr eller andra grymma och omänskliga handlingar.
3. Läkaren ska efter bästa förmåga bistå människor i medicinsk nödsituation.
4. Läkaren ska handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, sträva efter att utveckla sina kunskaper och färdigheter, efter bästa förmåga utveckla och förmedla kunskap till gagn för patienter och hälso- och sjukvårdens utveckling samt påtala brister i verksamheten.
5. Läkaren ska behandla patienten med empati, omsorg och respekt och får inte genom sin yrkesauktoritet inkräkta på patientens rätt att bestämma över sig själv.
6. Läkaren ska aldrig frångå principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande.
7. Läkaren får inte inleda ett sexuellt förhållande med en patient eller på annat sätt utnyttja en vårdrelation till en patient i egennyttigt syfte.

¹⁹⁸¹ a.a. s. 7.

¹⁹⁸² Svensk sjuksköterskeförenings webbsida, Sjuksköterskornas etiska råd.

8. Läkaren ska inte utan undersökning eller annan tillräcklig kunskap om patienten ge råd eller behandling.
9. Läkaren ska vid behov anlita annan sakkunskap. Läkaren ska även tillmötesgå patientens rimliga önskemål att få tillfråga annan läkare.
10. Läkaren ska vid forskning på människor värna deras säkerhet och personliga integritet samt öppet och sanningsenligt redovisa resultat.
11. Läkaren ska respektera patientens rätt till information om sitt hälsotillstånd och möjliga behandlingsalternativ. Läkaren ska om möjligt i behandlingen utgå från samtycke samt respektera patientens vilja att avstå från att få information.
12. Läkaren ska iakttaga tystlåtenhet om all information rörande enskild patient, såvida det inte äventyrar patientens väl.
13. Läkaren ska i utlåtande endast styrka sådant som har saklig och professionell grund och åtskilja detta från annan information, vars sanningshalt inte kan bedömas.
14. Läkaren som handlar på uppdrag av tredje part ska försäkra sig om att patienten har detta klart för sig.
15. Läkaren ska bemöta sina kollegor respektfullt och så långt möjligt undvika att undergräva kollegors relationer till patienten.
16. Läkaren ska söka vård vid sjukdom som kan påverka yrkesutövningen samt vid sådan sjukdom hos kollega stödja kollegan att söka vård.
17. Läkaren ska i sin gärning bidra till att medicinska resurser används på bästa sätt till gagn för patienterna. Läkaren ska aldrig medverka till otillbörlig prioritering av enskilda patienter eller patientgrupper eller till att ge dem otillbörlig ekonomisk eller annan fördel.
18. Läkaren får inte låta sig påverkas av otillbörligt förvärvsbegär och inte utföra annan undersökning och behandling än vad som är medicinskt motiverat. Ersättningen ska anpassas efter prestationens art och omfattning.
19. Läkaren ska avhålla sig från påträngande marknadsföring och från att på annat olämpligt sätt fästa uppmärksamhet på sin person och läkargärning.”¹⁹⁸³

Därtill är Läkarförbundet medlem i internationella World Medical Association, som i sin tur har tagit fram ett större antal etiska riktlinjer, principer och dokument inom olika områden.¹⁹⁸⁴ Läkarförbundet pekar också på ytterligare etiska riktlinjer inom specifika områden, såsom de egna marknadsföringsreglerna och reglerna för samverkan mellan sjukvård och industri överenskomna mellan industrin och SKR.¹⁹⁸⁵ Läkarförbundet har också Etik- och ansvarsrådet, vars uppgift utöver att hantera etiska frågor inom förbundet bl.a är att sprida kunskap om läkarnas etiska regler och öka medvetenheten om etiska frågeställningar i hälso- och sjukvården.¹⁹⁸⁶

Gällande de etiska principerna och kraven kan konstateras att Läkaresällskapet har ett råd för medicinsk etik som inte har som direkt uppdrag att hantera frågor kopplade till enskilda medlemmar, men som ska ”på eget initiativ eller på uppmaning av SLS fullmäktige eller nämnd, bereda frågor rörande medicinsk etik och ge nämnden råd och upplysningar i sådana frågor.”, § 1 Arbetsordning för Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik i stadgarna. Därtill har Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik tagit fram fyra olika riktlinjer

¹⁹⁸³ De etiska reglerna är uppdaterade 2017 efter beslut av Läkarförbundets fullmäktige, se Läkarförbundets etiska regler.

¹⁹⁸⁴ Ett exempel är Helsingforsdeklarationen med etiska principer för forskning på människor, se vidare Läkarförbundets webbsida, God läkaretik. Läkarförbundet pekar också på ytterligare etiska riktlinjer inom specifika områden, såsom de egna marknadsföringsreglerna och reglerna för samverkan mellan sjukvård och industri överenskomna mellan industrin och SKR.

¹⁹⁸⁵ a.a.

¹⁹⁸⁶ Läkarförbundets webbsida, Etik- och ansvarsrådet (EAR).

inom olika områden; Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning, Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och/eller avbryta livsuppehållande behandling, Patienters medverkan i klinisk undervisning, samt Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. De sistnämnda lyder som följer:

”1. I livets slutskede förekommer det att patienter har plågsamma symtom som inte kan lindras på annat sätt än genom palliativ sedering. Vanligast förekommande symtom är smärta, dyspné eller delirium men många andra symtom, fysiska och/eller psykiska, kan vara aktuella att behandla. Om möjligheterna till symtomlindring på annat sätt är uttömda ska patienten erbjudas palliativ sedering i betydelsen symtomlindrande behandling som påverkar vakenhetsgraden.

2. Sederingen ska stå i proportion till patientens symtomnivå och effekten av behandlingen. Sederingen ska vara tillräckligt djup för att patienten ska uppleva situationen uthärdlig. Det är lämpligt att sederingen sker intermittent om behandlingen behöver bedömas på nytt och för att bereda patienten möjlighet till dialog om sin situation. I de fall symtomen bedöms föreligga permanent och patientens förväntade överlevnad bedöms vara kort, är det mer lämpligt att bedriva sederingen kontinuerligt.

3. Palliativ sedering förutsätter, i likhet med all annan sjukvård, en medicinsk indikation och patientens informerade samtycke. Det är i palliativ vård angeläget att tidigt och fortlöpande föra en dialog med patienten om hur han/hon önskar sig vården i livets slutskede. För att förebygga onödig oro ska läkaren, i förekommande fall, informera om att symtomlindring alltid är möjlig, men att detta ibland kan medföra påverkan av vakenhetsgraden. Patienten har, liksom i all annan vård, rätt att avstå från erbjuden behandling.

4. Patientens värdering av sitt lidande, och om symtomen upplevs som outhärdliga, ska tillmätas största betydelse. Detsamma gäller patientens värdering av effekten av redan prövade symtomlindrande åtgärder.

5. Valet mellan tillgängliga behandlingsalternativ ska ske i samråd med patienten. Om patienten inte längre är beslutskapabel ska värderingen utgå från tidigare viljeyttringar från patienten och information som anhöriga kan ge om patientens önskan. När patienten är underförstått ska samråd ske med vårdnadshavare.

6. Palliativ sedering i betydelsen behandling med läkemedel som primärt har en sederande effekt bör genomföras i samråd med kollega som har kompetens inom palliativ medicin. I de fall där behandlingsmålet är kontinuerlig sedering under livets sista dygn rekommenderas samråd med anestesilog. Avsikten är att diskutera tillgängliga behandlingsalternativ och att anpassa behandlingen så att målet symtomlindring uppnås med största möjliga säkerhet och utan onödig vakenhetspåverkan. Samråd i behandlingsteamet är av största vikt för att säkerställa god omvårdnad och stöd till de närstående. Behandlingen ska utvärderas fortlöpande och beslutsunderlaget ska dokumenteras.”

Detta är följaktligen ett tydligt exempel på hur etisk kodex kan anses ha en påverkan på vad som kan beskrivas som en professionell identitet. Yrkesetiken är kopplad till internaliseringen av läkarrollen, vilket i sin tur påverkar upplevelsen av den egna läkaridentiteten. Återigen blir det tydligt hur viktigt det är att utveckla personcentrering som en del av den professionsdefinierande yrkesetiken.

16.3.4 Ordning för ansvarsutkrävande och uteslutning

Mer eller mindre samtliga av professionsorganisationerna har bestämmelser i stadgarna om uteslutning som blir aktuella om en legitimerad medlem förlorar sin legitimation. Dock är det endast tre identifierade organisationer uppställer uttryckliga regler om uteslutning för en medlem som får sin legitimation återkallad, nämligen Barnmorskeförbundet (§ 3 stadgarna), Logopedförbundet (2.4 stadgarna)

och Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (§ 1.10.3 stadgarna).¹⁹⁸⁷ Övriga organisationer har i stället bestämmelser som anger att en medlem kan uteslutas om hen agerat i strid med föreningens stadgar om medlemmars skyldigheter och etiska regler/riktlinjer/koder.¹⁹⁸⁸ Inom ramen för sådana formuleringar kan agerande som leder till en återkallelse av en legitimation innefattas.¹⁹⁸⁹ Värt att notera är att organisationerna i regel inte har några andra bestämmelser i sina stadgar om repressalier för medlemmar som inte uppfyller sina åtagande mot föreningar, såsom avstängning eller liknande.

Beslut om uteslutning fattas i regel av organisationens styrelse. Vissa av de fackliga föreningarna som är underföreningar till ett större förbund har inte egna bestämmelserna i de egna stadgarna för uteslutning, utan hänvisar i stället till moderförbundets stadgar, exempelvis Logopedförbundet som hänvisar till SRAT:s uteslutningsbestämmelser. Ett annat exempel är Dietisternas Riksförbund där uteslutning beslutas av både underföreningen och förbundsstyrelsen för Naturvetarna. I de allra flesta fall anger stadgarna en möjlighet till den som utesluts att överklaga inom en viss tidsgräns.

För den som har blivit utesluten finns i regel en möjlighet att återansöka om medlemskap. Vissa organisationer uppställer krav om att viss tid ska ha förflutit innan återansökan och vissa anger en särskild ordning för beviljande av medlemskap, där beslut fattas av exempelvis styrelsen.

16.3.4.1 Ordning för ansvarsutkrävande och uteslutning i sjuksköterskornas professionsorganisationer

För den medlem som åsidosätter sina medlemsskyldigheter i någon av sjuksköterskornas intresseorganisationer är uteslutning den enda repressalie som följer av båda organisationers stadgar. Ur Vårdförbundet kan den som ”uppenbarligen kränker Vårdförbundets stadgar eller på annat sätt verkar mot förbundets intressen” bli utesluten, 3.7 stadgarna. Att få sin legitimation återkallad är alltså inte grund för uteslutning i sig, men kan givetvis vara nära knutet till ett agerande som motverkar förbundets intressen. En utesluten medlem kan ansöka om återinträde, vilket då beslutas av förbundsstyrelsen, 3.8 stadgarna.

Ur Sjuksköterskeföreningen kan medlem bli utesluten om hen uppenbarligen motverkar föreningens syften eller grovt bryter mot stadgarna, § 3 mom 6. Därtill kan medlem uteslutas om hen grovt bryter mot sjuksköterskornas etiska riktlinjer, alltså ICN:s etiska kod, vilket som beskrivet kan vara nära förknippat med en återkallelse av legitimationen. Föreningen har inga särskilda bestämmelser om återinträde för utesluten medlem.

¹⁹⁸⁷ Se vidare i Barnmorskeförbundets stadga § 3, Logopedförbundets stadga 2.4 och Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisations stadga § 1.10.3.

¹⁹⁸⁸ Se respektive förenings stadgas bestämmelse om uteslutning.

¹⁹⁸⁹ För den som själv begärt att få sin legitimation återkallad blir därmed eventuella bestämmelser om legitimationskrav för medlemskap av betydelse i stället.

16.3.4.2 Ordning för ansvarsutkrävande och uteslutning i läkarnas professionsorganisationer

För den medlem som åsidosätter sina medlemsskyldigheter i någon av läkarnas professionsorganisationer är uteslutning den enda repressalie som följer av båda organisationers stadgar. En medlem i Läkarförbundet kan enligt stadgarnas § 17 uteslutas av förbundsstyrelsen om ”om medlemmen åsidosätter grundläggande yrkesetiska förpliktelser, varmed också avses handlande som allvarligt skadar förtroendet för läkaryrket...”, vilket kan innefatta att få sin legitimation återkallad. Därtill kan medlemmen uteslutas om hen inte följer bestämmelserna i stadgarna eller om hen är medlem i en annan facklig läkarsammanslutning. Ett uteslutningsärende bereds av Läkarförbundets Etik- och ansvarsråd, som ska låter medlemmen yttra sig.¹⁹⁹⁰ Innan uteslutning blir aktuellt kan Läkarförbundet ibland också välja att kommunicera en erinran till medlemmen genom Etik- och ansvarsrådet.¹⁹⁹¹ En uteslutning innebär omfattar också medlemskapet i underliggande lokal- och yrkesföreningar. Då dessa i regel även är medlemsföreningar i Läkaresällskapet innebär detta att medlemmen i dessa fall därigenom utesluts från medlemskapet även i Läkaresällskapet. Den uteslutna medlemmen har möjlighet att överklaga beslutet till förbundets fullmäktige inom en månad.

För uteslutning i Läkaresällskapet är trösklarna högre. Här krävs det att medlemmen allvarligt skadat föreningen eller läkarkårens anseende (vilket såklart kan innefatta agerandet som lett till en återkallad legitimation) och beslut fattas inte av styrelsen utan fullmäktige, med en beslutsmajoritet av minst två tredjedelar av de närvarande ledamöterna, § 6 stadgarna.¹⁹⁹² Medlemmen har rätt att yttra sig innan beslutet om uteslutning fattas.

För återinträde i Läkaresällskapet föreligger inga särskilda bestämmelser enligt stadgarna och ordinarie beslutprocess får därför förutsättas gälla, där beslutet om antagande av enskild medlem fattas av föreningens kanslichef, § 4 stadgarna. Läkarförbundet i sin tur anger att en ansökan om återinträde från en utesluten medlem ska prövas av förbundsstyrelsen, § 14 stadgarna.

16.4 Arbetstagarrelationen

En central rättslig ordning för hälso- och sjukvårdspersonalen är den mellan arbetstagare och arbetsgivare. Det är som framgått inte alltid som hälso- och sjukvårdspersonalen är anställda, utan de kan även vara uppdragstagare. I avsnittet har vi dock valt att fokusera på arbetstagarrelationen, dvs. vi kommer inte att närmare utvärdera de olika uppdragsrelationer som förekommer.¹⁹⁹³ Inom ramen för arbetstagarrelationen kan arbetsgivaren såväl som arbetstagaren ställa krav som är relevanta avseende implementeringen av patientlagen. Enskilda anställda

¹⁹⁹⁰ Läkarförbundets webbsida, Läkarförbundets arbete med etiska frågor.

¹⁹⁹¹ a.a.

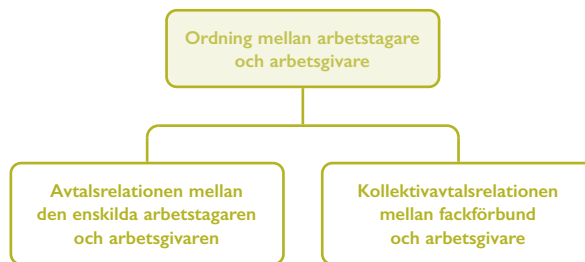
¹⁹⁹² Omröstningen ska då, till skillnad från andra omröstningar, ske slutet, § 15 stadgarna.

¹⁹⁹³ Främst gäller det uppdragsordningen där vårdgivaren på olika sätt uppdrar åt en extern resurs att utföra vårdarbete inom ramen för vårdgivarens verksamhet. Några exempel på detta är s.k. hyrläkare eller hälso- och sjukvårdspersonal från bemanningsföretag.

såväl som fackförbund kan vara intresserade av att arbetsgivaren i olika avseenden ska möjliggöra för personalen att arbeta personcentrerat m.m. Vårdgivaren i egenskap av arbetsgivare kan uppställa krav på att arbets- och uppdragstagarna ska besitta viss formell utbildning och reell förmåga för att hantera patienter på ett personcentrerat sätt o.s.v.

16.4.1 En rättslig ordning mellan arbetsgivare och arbetstagare

Den rättsliga ordningen mellan arbetsgivare och arbetstagare är i grunden avtalsbaserad. Med utgångspunkt i avtalsrelationen som rättslig ordning kan vi tydliggöra att det föreligger två samspelande rättsliga ordningar i detta avseende.



FIGUR 61.
Anställningsordning
för hälso- och sjukvårds-
anställda.

För den enskilde sjukvårdspersonalen är avtalsrelationen till vårdgivaren som arbetsgivare särskilt viktig. En central del av detta arbete rör huruvida anställningsavtalet innehåller bestämmelser (anställningsvillkor) som överför ansvarstagande avseende verksamhetens utförande till arbetstagaren och vilka konsekvenser det får för arbetstagarens arbetssituation. Beroende på arbetstagarens roll och ansvar så kan naturligtvis anställningsvillkoren skilja sig åt. Ordningen för anställningsavtal avser primärt den individuella arbetstagarens intressen.

En andra underordning avser kollektivavtalsrelationen mellan fackförbund och arbetsgivare, samt medbestämmanderätten enligt medbestämmandelagen. Vi är särskilt intresserade av medbestämmanderätten för hälso- och sjukvårdspersonalen i frågor som rör anställningsavtal, arbetsledningsrätten samt övriga verksamhetsfrågor. Viktiga rättsliga instrument i denna del är medbestämmandeavtal, kollektivavtal m.m. Den lagstadgade föreningsfriheten är också en viktig byggsten när arbetstagare kollektivt hanterar sina intressen. Arbetstagarrelationen lägger en grund för det företräddarskap samt de roller och ansvar för beslut som förekommer inom ramen för vårdgivarens ledningsverksamhet.¹⁹⁹⁴

Viktigt i sammanhanget är att arbetsgivaren i egenskap av aktör utgör en organisationsbaserad rättslig ordning där det fattas beslut på olika nivåer. Det betyder att mycket av den rättsliga ordning som utvecklas avseende anställda kommer att ske inom vårdgivarens organisation och hanteras inom ramen för den existerande beslutsordningen.

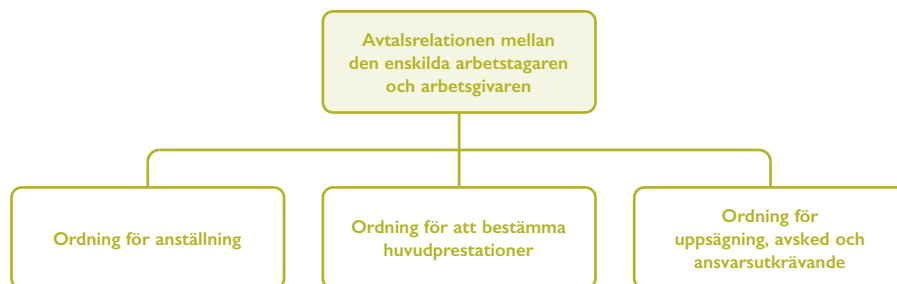
¹⁹⁹⁴ Se vidare i avsnitt 16.5.

16.4.2 Avtalsbaserad ordning mellan den enskilde arbetstagaren och arbetsgivaren

En rättslig utgångspunkt är att anställningsavtalet baseras på avtalsfrihet med ett antal begränsande faktorer.¹⁹⁹⁵ Det innebär att den upplevda friheten att avtala om anställning och fördelning av ansvarstagande i praktiken är begränsad.

FIGUR 62.

Avtalsbaserad ordning mellan den enskilde arbetstagaren och arbetsgivaren.



Det är som framgått möjligt för hälso- och sjukvårdspersonalen att vara regionalt, kommunalt och privat anställda. I vissa fall kan det också vara staten som är arbetsgivare. Gemensamt för vårdgivare är den fördelning av ansvar som görs inom ramen för arbetsledningsrätten. I praktiken sker fördelning genom att hälso- och sjukvårdsanställda genom anställningsordningen ikläder sig roller och ansvar i vårdgivarens verksamhet. Med detta följer sedan beslutskompetens avseende de frågor och beslut som innefattas i verksamhetsrollens kompetensområden.

Genom anställningsavtalet konstitueras rättsförhållandet mellan å ena sidan den hälso- och sjukvårdsanställda, och å andra sidan vårdgivaren som arbetsgivare. I egenskap av arbetstagare fördelas ansvaret till hälso- och sjukvårdsanställda för utförande av vårdåtgärder och andra relevanta utföranden för verksamheten. Anställningsavtalet är i sammanhanget det rättsliga instrument som möjliggör ansvarsfördelning avseende utförandet. Avtalet är en nyckel för att implementera ändamålsenliga arbetsmetoder i verksamheten i enlighet med patient- och patientsäkerhetslagens bestämmelser avseende kvalitet och säkerhet. Här uppställs därmed tydliga förväntningar i rättsförhållandet avseende arbetstagarens professionella förmåga att utföra arbetet samt fatta ändamålsenliga beslut.¹⁹⁹⁶ En konsekvens av ansvarsfördelning är att det också sker en placering av ansvarsutkrävande vid eventuell skada. Som utgångspunkt är det den anställda som svarar för den skada denne orsakar. Det är något som följer av det särskilda ansvar som föreligger avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I övrigt så överförs ofta ansvarsutkrävandet till arbetsgivaren med utgångspunkt i dennes principalansvar enligt skadeståndsrätten.¹⁹⁹⁷

¹⁹⁹⁵ Med ett rättssystematiskt förhållningssätt kan man hävda att det i utgångspunkt föreligger avtalsfrihet mellan arbetssökande och vårdgivare vilka avser att ingå anställningsavtal. I praktiken finns reglering på ett antal nivåer som påverkar handlingsutrymmet att fritt avtala inom anställningsrelationen, såsom lagstiftning, kollektivavtal, personliga avtal och ensidig arbetsgivarreglering, se vidare Glavå, Arbetsrätt s. 453–458.

¹⁹⁹⁶ Rättsförhållandet ställer även krav på lojalitetsplikt mellan arbetsutförare och vårdgivaren vilket kortfattat innebär att båda har ett rättsligt ansvar att se till den andres intresse i avtalsrelationen.

¹⁹⁹⁷ Se vidare 3 kap. 1 § skadeståndslagen.

16.4.2.1 Ordning för anställning

En första underordning avser ingående av anställningsavtal. Denna del bygger på rättsförhållandet mellan arbetssökande och arbetsgivare som genomförs med tillämpning av normer för ändamålet. En viktig utgångspunkt är att anställningsavtalets tillkomst inte berörs av formkrav. Anställningsavtalet är ett s.k. konsensualavtal, vilket innebär att det är tillräckligt att parterna muntligen överenskommer enligt allmänna avtalsrättsliga principer för att bindande avtal ska uppstå.¹⁹⁹⁸ Vårdgivaren har i egenskap av arbetsgivare ansvar att skriftligen informera den hälso- och sjukvårdsanställda om alla de villkor som är av väsentlig betydelse för anställningsförhållandet, se 6 c § lag (1982:80) om anställningsskydd (LAS). Däri inbegrips bl.a. krav på att vårdgivaren, inom sina organisatoriska ordningar, beslutar om att informera om arbetsuppgifter (fördelning av ansvar), yrkestitel, bestämmelser för att avsluta förhållandet m.m.

Därtill uppställer hälso- och sjukvårdsförordningen behörighetskrav avseende anställning och tillsättning av hälso- och sjukvårdspersonal hos regionala vårdgivare, se 5 kap. 1 §. Vårdgivaren behöver inom ordningen för anställning säkerställa att den som är föremål för anställning avseende allmäntjänstgöring har avlagt läkarexamen eller genomgått medicinsk utbildning utomlands och ska genomgå kompletterande utbildning. När det gäller anställningsärenden för specialisttjänstgöring ska den arbetssökande uppvisa läkarlegitimation, 5 kap. 2 §. Sistnämnda gäller även anställningsärenden och legitimationskrav avseende sjuksköterska, barnmorska, fysioterapeut, sjukhusfysiker, psykolog samt psyko-terapeut, 5 kap. 5 §.

När det gäller hälso- och sjukvårdsanställda finns i huvudsak tre anställningsformer; tillsvidareanställning, tidsbegränsad anställning och provanställning. Nämnda anställningsformer kan ingås hos offentliga såväl som privata vårdgivare. Tillsvidareanställning är huvudregel om inget annat avtalats, 4 a § LAS. Tidsbegränsad anställning avser när arbetssökande träffar anställning hos vårdgivaren avseende särskild visstidsanställning, vikariat eller säsongarbete, 5 § LAS. Slutligen, arbetssökande kan även ingå avtal om tidsbegränsad provanställning för högst sex månader, 6 § LAS. När det gäller vad som utgör arbetstagarnas konkreta hälso- och sjukvårdsroller, se avsnitt 16.2 om yrkestitlar, specialistkompetens m.m. Hälso- och sjukvårdsanställda i ledande ställning omfattas som utgångspunkt inte av LAS.

Vid anställningsavtalets ingående ska arbetssökande vara skyddade mot diskriminerande åtgärder från arbetsgivare, se diskrimineringsförbudet i arbetslivet i 2 kap. diskrimineringslagen. Det gäller diskriminerande handlingar som grundar sig på kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder, 1 kap. 1 § diskrimineringslagen.¹⁹⁹⁹ Vårdgivare får därmed inte, utifrån nämnda

¹⁹⁹⁸ Till skillnad från en s.k. formalavtal, där särskilda formkrav ska följas för att avtalet ska vara bindande, exempelvis att avtalet är skriftligt, undertecknat, etc.

¹⁹⁹⁹ De s.k. sju diskrimineringsgrunderna.

grunder, diskriminera den som gör förfrågan om eller söker en anställning inom hälso- och sjukvården, 2 kap. 1 § diskrimineringslagen.²⁰⁰⁰

16.4.2.2 Ordning för att bestämma arbetsgivarens och arbetstagarens huvudprestationer

En andra ordning avser arbetsgivarens och arbetstagarens beslut om huvudprestationer och fördelning av ansvar i vårdutförandet. En huvudförpliktelse för hälso- och sjukvårdsanställda är att utföra arbete enligt anvisning. För detta ersätts den anställda av vårdgivaren med lön och eventuellt andra förmåner. Betraktat som rättsligordning måste den förstås både utifrån ingångna anställningsavtal och utifrån de beslut som sker inom ramen för arbetsgivaren som organisation. Detta är som vi kommer att utveckla en viktig ordning för att säkerställa vårdens kvalitet och därmed också patientens rätt.

En viktig fråga rör således arbetsprestationens kvalitet, dvs. att det arbete och de beslut som den hälso- och sjukvårdsanställda hanterar enligt överenskomna anställningsvillkor görs enligt en viss kvalitet. I vårdgivarens verksamhet är detta särskilt intressant eftersom arbetsprocesserna är just kvalitetsstyrda. Generellt finns en grundläggande syn där vårdgivaren kan förvänta sig arbetsprestationer som ligger inom det spann som motsvarar vad som normalt presteras av andra arbetstagare i motsvarande situation. Arbetsprestationerna följer normalt sett de krav som följer av de legitimationsbaserade yrkesrollerna. Det innebär att förväntanbilden av vad respektive arbetstagare utför beror på om denne är anställd i egenskap av läkare, sjuksköterska, barnmorska, fysioterapeut, sjukhusfysiker, psykolog eller psykoterapeut. Detta är naturligtvis faktorer som styr hur vårdgivaren organiserar sig och beslutar om frågor som rör anställningsrelationen.

I vissa situationer föreligger ett ansvar för vårdgivaren att i egenskap av arbetsgivare tillhandahålla stöd för hur arbetsuppgifterna ska utföras.²⁰⁰¹ Exempelvis kan det finnas behov av att vårdgivaren beslutar om riktlinjer och rutiner vid arbetssituationer där det uppkommer motstridiga krav avseende kostnadseffektivitet i förhållande till vårdens kvalitet och patientsäkerhet. I sådana situationer ställs krav på att den hälso- och sjukvårdsanställda de facto följer sådana anvisningar inom ramen för sin anställning.

En annan förpliktelse rör arbetstagares lojalitetsplikt gentemot arbetsgivaren. Lojalitetsplikten är krav som följer av anställningsavtalet som rättslig ordning. Som krav innebär lojalitetsplikten att den hälso- och sjukvårdsanställda inte får

2000 I denna del skiljer man på direkt diskriminering, "att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder", och indirekt diskriminering, "att någon missgynnas genom tillämpning av en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringssätt som framstår som neutralt men som kan komma att särskilt missgynna personer med visst kön, viss könsöverskridande identitet eller uttryck, viss etnisk tillhörighet, viss religion eller annan trosuppfattning, viss funktionsnedsättning, viss sexuell läggning eller viss ålder, såvida inte bestämmelsen, kriteriet eller förfaringssättet har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet.", se 1 kap. 4 § diskrimineringslagen.

2001 Se vidare den rättsystematiska diskussionen i Glavå, Arbetsrätt s. 376.

agera på ett sådant sätt att denne skadar vårdgivaren.²⁰⁰² Exempelvis kan det gälla när den anställde beslutar sig för att utföra bisysslor eller bedriva konkurrerande hälso- och sjukvårdsverksamhet. Utöver det eventuella lojalitetsbrottet kan det också vara fråga om att den hälso- och sjukvårdsanställda inte längre klarar av att utföra sina ordinarie arbetsysslor. När det gäller offentligt anställda talar man om tre huvudtyper av otillåtna bisysslor: (i) förtroendeskadliga, (ii) arbetshindrande och (iii) konkurrensbisysslor.²⁰⁰³ I lagen om offentlig anställning lyfter man särskilt betydelsen av att undvika bisysslor som är förtroendeskadliga för både arbetstagare och offentlig arbetsgivare, se 7–7 c §§. Enligt lagen om anställningsskydd har den hälso- och sjukvårdsanställda rätt att arbeta hos annan arbetsgivare så länge sysslorna inte är arbetshindrande, på ett skadligt sätt konkurrerar med vårdgivaren eller på annat sätt kan skada dennes verksamhet, 6 i §. För vårdgivare är det känsligt om den anställde beslutar sig för att bedriva eller delta i konkurrerande hälso- och sjukvårdsverksamhet och därmed orsakar skada.

En central del avser fastställande av arbetstagarnas huvuduppgifter. Dessa följer av ingångna villkor i avtalet och av arbetsgivarens beslut i enlighet med arbetsledningsrätten. Här har arbetsgivaren att förhålla sig till tvingande lag och ingångna kollektivavtal. Ett sätt att förstå de lagliga begränsningarna är att utgå från ”en typiserad, hierarkisk ordning över de källor som ger anställningsavtalet innehåll: 1. Tvingande lag 2. Kollektivavtal 3. Semidispositiv lag 4. Personligt avtal 5. Dispositiv lag”.²⁰⁰⁴ Som hälso- och sjukvårdsanställd bör man vara medveten om det normativa utrymme som finns för att utföra uppgifter i verksamheten. Exempelvis finns det sektorsspecifika författningar där läkare är skyldiga att biträda vid handledning av studenter.²⁰⁰⁵ Det föreligger även krav på att specialistutbildade läkare som är anställda på motsvarande enhet inom sitt verksamhetsområde ska utföra undervisning och examination, se 4 kap. 7 § högskoleförordningen. Andra begränsningar avser diskriminerande avtalsvillkor enligt diskrimineringslagen.²⁰⁰⁶ I anställningsavtalet kan det finnas villkor enligt vilka den anställde är förpliktad att medverka till utveckling av riktlinjer och rutiner avseende vårdgivarens kvalitetsarbete m.m.

Hälso- och sjukvårdsanställda bör vara särskilt medvetna om de beslut som rör anställningsvillkor och ansvarstagande. Det är särskilt relevant med tanke på de kombinationstjänster som förekommer inom hälso- och sjukvården. Västra Götalandsregionen har utarbetat rutiner för kombinationstjänster.²⁰⁰⁷ Det innebär att arbetstagaren arbetar vid två enheter, dels en huvudenhet där man tillbringar den större delen av tiden, dels en kombienhet där resterande del av tjänsten utförs.

2002 Exempelvis kan det gälla när den anställde beslutar sig för att utföra bisysslor eller bedriva konkurrerande hälso- och sjukvårdsverksamhet. Utöver det eventuella lojalitetsbrottet kan det också vara fråga om att den hälso- och sjukvårdsanställda inte längre klarar av att utföra sina ordinarie arbetsysslor.

2003 Se vidare den rättssystematiska diskussionen i a.a. s. 382.

2004 Se vidare avsnitt 5.5. lönediskriminering m.m., a.a. s. 66.

2005 Exempelvis finns det sektorsspecifika författningar där läkare, som är anställda vid en regional vårdenhet där det bedrivs högskoleexamen för läkarexamen eller forskning, är skyldiga att biträda vid handledning av studenter.

2006 Se vidare avsnitt 5.5. lönediskriminering m.m., a.a. s. 471–482.

2007 Västra Götalandsregionens Rutin regiongemensamt ramverk för kombitjänster RS 2021-00981.

Anställningsformen ställer krav på den hälso- och sjukvårdsanställdes förmåga att separera sina roller och ansvar samt den beslutskompetens som följer av respektive anställning. Rutinen ställer även krav på att arbetsgivarna gemensamt hanterar frågor som rör den anställde avseende lönesamtal, flexarbetstid, frånvaro, utvecklingssamtal, kompetensutveckling, semesterledighet m.m.

16.4.2.3 Ordning för uppsägning, avsked och ansvarsutkrävande

En tredje underordning avser avslutning av anställning och ansvarsutkrävande. Även denna ordning behöver förstås både med utgångspunkt i ingångna anställningsavtal och i vårdgivarens organisation och beslutsordning. För att anställningen ska upphöra krävs att avtalsförhållandet avslutas. Eftersom det är två avtalsparter i anställningsrelationen kan antingen arbetstagaren eller arbetsgivaren besluta om att avsluta anställningen. Vid avslutet upphör även vårdgivarens fördelning och delegering av ansvar och i motsvarande mån den hälso- och sjukvårdsanställdes ansvarstagande.

Vad avser den hälso- och sjukvårdsanställdes egna uppsägning från sin tjänst krävs ingen rättslig grund. Lagen begränsar dock den anställdes frihet genom att beslutet medför en uppsägningstid om minst en månad. Uppsägningstiden kan se annorlunda ut pga. personliga avtalsvillkor i anställningsavtalet eller avtalsvillkor i kollektivavtal, 11 § LAS. Om vårdgivaren i väsentlig mån har åsidosatt sina åligganden kan den hälso- och sjukvårdsanställd besluta sig för att frånträda sin anställning med omedelbar verkan, 4 § LAS. Det sistnämnda bär motsvarande drag som avskedande från vårdgivaren. Hälso- och sjukvårdsanställda kan även avsluta sin provanställning i princip på dagen utan rättsliga konsekvenser.

För vårdgivaren uppställs ett antal rättsliga krav för att ensidigt avsluta anställningsrelationen.²⁰⁰⁸ Bestämmelserna för avslutande av anställningsavtal skiljer sig åt beroende på anställningsformen. Tillsvidareanställning för hälso- och sjukvårdsanställd kräver saklig grund för beslut om uppsägning. Vårdgivarens beslut ska grundas på arbetsbrist vid vårdenheten, eller skäl som rör den hälso- och sjukvårdsanställd personligen, 7 § LAS. Den grund vårdgivaren åberopar kommer leda till ett antal underliggande bestämmelser att hantera. En gemensam nämnare är att vårdgivarens beslut om uppsägning ska delges skriftligt till den hälso- och sjukvårdsanställd, se vidare 8 § LAS.²⁰⁰⁹

Beslut avseende tidsbegränsad anställning ska den hälso- och sjukvårdsanställda ta emot genom ett meddelande om att fortsatt anställning inte är aktuellt när anställningen upphör. Meddelande ska delges minst en månad innan anställningens upphörande, 15 § LAS. Arbetsgivaren kan närsomhelst avbryta en provanställning avseende hälso- och sjukvårdsanställd genom att meddela minst två veckor i förväg. Detta gäller även när den anställdes provanställning inte ska övergå i tillsvidareanställning, 31 § LAS.

²⁰⁰⁸ Det ligger i och för sig i sakens natur eftersom lagstiftningen i denna del är en skyddslagstiftning för anställda.

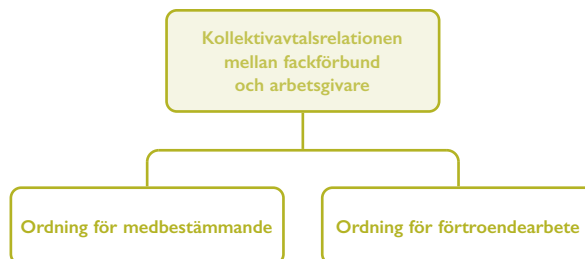
²⁰⁰⁹ När uppsägningen genomförs har den hälso- och sjukvårdsanställd rätt till en viss uppsägningstid. Normalt räknas uppsägningstiden utifrån den sammanlagda anställningstiden hos vårdgivaren, 11 § LAS. Uppsägningstiden kan också utgå från personliga avtalsvillkor och kollektivavtal. Vid uppsägning så kan arbetstagaren under vissa villkor ha företrädesrätt till återanställning.

Arbetsgivaren får besluta om att avsluta anställningsrelationen där hälso- och sjukvårdsanställd grovt åsidosatt sina åligganden. Det görs genom beslut om avskedande som delges skriftligt, 18–19 §§ LAS. Hälso- och sjukvårdsanställda har rätt att skriftligt få grunderna för avskedandet. Informationen är viktig eftersom den ligger till grund för den anställdes beslut att ogiltigförklara eller yrka skadestånd med anledning av avskedandet, 19 § LAS.

Hälso- och sjukvårdsanställda har en lagstadgad rätt att besluta om prövning avseende giltigheten av uppsägningar och avskedande enligt 24–37 §§ LAS. Om vårdgivaren agerat på felaktiga grunder kan domstolen döma gottgörelse till förmån för den hälso- och sjukvårdsanställda avseende uteblivna löneinbetalningar och andra anställningsförmåner samt skadestånd, 38 § LAS.

16.4.3 Kollektivavtalsbaserad ordning mellan fackförbund och arbetsgivare

En annan viktig ordning är den som baseras på kollektivavtal och möjliggör medbestämmande. För arbetsgivaren handlar det om att hantera den kollektiva arbetsrätten och främja arbetstagarnas medbestämmande avseende arbetsvillkor och arbetsgivarens företagsledning. Ordningen måste utvecklas med utgångspunkt i de krav som följer av medbestämmandelagens regler. Kollektivavtal ingås bl.a. för att möjliggöra och säkerställa de anställdas medbestämmande. Avtalslösningen kan användas lokalt då fack och vårdgivare vill möjliggöra för att hälso- och sjukvårdsanställda på arbetsplatsen ska få ett mer direkt inflytande i det dagliga arbetet, samt arbeta närmre företagsledningsarbetet. Det nämnda kräver ett visst mått av förtroendearbete från de hälso- och sjukvårdsanställda. Vi har utifrån detta identifierat två underordningar: (i) hälso- och sjukvårdsanställdas medbestämmande och (ii) hälso- och sjukvårdsanställdas förtroendearbete. Inom ramen för handlingssystemen behöver man tillämpa ett antal normer som bygger på lagar och författningar.



FIGUR 63.
Kollektivavtalsbaserad
ordning mellan fackförbund
och arbetsgivaren.

Kollektivavtal har stor betydelse som regleringsinstrument på arbetsmarknaden.²⁰¹⁰ Av denna anledning menar vi att kollektivavtalet är särskilt intressant betraktat som rättslig ordning.²⁰¹¹ Kollektivavtal kan ingås mellan arbetsmarknadens

²⁰¹⁰ Se vidare avsnitt 2.5 i Glavå, Arbetsrätt.

²⁰¹¹ Med utgångspunkt i 23 § MBL kan man fastställa när kollektivavtal med rättslig verkan uppkommer, se legaldefinitionen som bygger på tre kriterier; parterna, innehållet och formen. Det ska dessutom röra sig om ett avtal mellan antingen arbetsgivarorganisation och arbetstagarorganisation eller arbetsgivare och arbetstagarorganisation. Innehållet i avtalet ska röra "anställningsvillkor för arbetstagare eller om förhållandet i övrigt mellan arbetsgivare och arbetstagare". Det finns även formaliakrav på skriftligt avtal. För det fall samtliga rekvisit uppfylls föreligger kollektivavtal. Se vidare Glavå, Arbetsrätt s. 139–148 för en mer detaljerad beskrivning.

parter inom olika områden och organisatoriska nivåer.²⁰¹² Avtalskonstruktionen har ett antal fundamentala rättsverkningar för arbetsmarknadens reglering såsom medlemsbundenhet, fredsplikt, allmänt skadestånd vid avtalsbrott samt medbestämmanderätt i olika former, se förtroendemannalagen m.m. Samtidigt kan kollektivavtalen reglera frågor rörande villkor i anställdas anställningsavtal avseende lön, ledighet, arbetstid, semester m.m. För att återkoppla till ovan avsnitt ska de personliga anställningsvillkoren vara anpassade till kollektivavtalsvillkoren ovan. Dock kan varje anställd inom ramen för detta avtala om personliga avtalsvillkor för sin anställning.

Kollektivavtalets rättsverkningar gör det attraktivt för både arbetsgivar- och arbetstagsidan att ingå avtal för att säkerställa förutsebarhet avseende arbetslednings- och företagsledningsrätten respektive arbetstagarnas anställningsförhållanden över tid. Avtalet kan enligt oss ses i ljuset av ett samverkansavtal som lägger grunden för konstruktiv dialog och samverkan.²⁰¹³

16.4.3.1 Ordning för medbestämmande

Ordningen för medbestämmande tar utgångspunkt i lagkraven avseende föreningsrätten där arbetstagare har en laglig rätt att sammansluta sig i organiserad form. Arbetstagarorganisationen är en sådan organiserad form där arbetstagare kollektivt sammansluter för att tillvarata arbetstagarnas intressen gentemot en arbetsgivare, 6 § MBL. Medbestämmandet innebär i praktiken en möjlighet för hälso- och sjukvårdsanställda att påverka vårdgivaren i beslut som rör arbetstagarrelationen.

Arbetstagarorganisationer har inom ordningen en förhandlingsrätt gentemot vårdgivaren avseende frågor mellan vårdgivaren och en medlem i organisationen som är, eller har varit, anställd hos vårdgivaren, 10 § MBL. Förhandlingsrätten gäller även när vårdgivaren är kollektivavtalsbunden och ska besluta om viktigare förändringar i vårdverksamheten, eller arbets- eller anställningsförhållande för dennes hälso- och sjukvårdsanställda som är medlemmar i arbetstagarorganisationen, 11 § MBL. Vid förhandling har arbetstagsidan rätt att kräva information från vårdgivaren, 18 § MBL. För det fall vårdgivaren är kollektivavtalsbunden ska arbetstagsidan kontinuerligt underrättas om hur verksamheten utvecklas samt granska styrande och redovisande dokument för att därmed säkerställa de hälso- och sjukvårdsanställdas intressen.

²⁰¹² Centrala kollektivavtal tecknas inom ramen för olika avtalsområden. För regioner och kommuner är SKR en arbetsgivarorganisation som ingår kollektivavtal med fackförbund. Centrala kollektivavtal innefattar villkor om anställningsvillkor, lön, arbetstid, pensioner m.m. Kollektivavtalsvillkoren är bindande för alla medlemmar vars arbetsgivare är bunden till kollektivavtalet. Inom ramen för regional och kommunal verksamhet följer man genom sitt medlemskap i SKR den s.k. Huvudöverenskommelsen (HÖK) som innehåller förhandlingsprotokoll, löneavtal och allmänna anställningsvillkor samt förslag på lokalt löneavtal (LOK). Det ska noteras att HÖK inte är ett formellt kollektivavtal utan en central överenskommelse. Bindande verkan måste ske genom fastställande i lokala kollektivavtal. I tillägg kan lokala fackförbundsavdelningar avtala om lokala kollektivavtal direkt med arbetsgivaren. Det kan avse än mer förmånliga anställningsvillkor som rör just den specifika arbetsplatsen, i detta fall en vårdenhets.

²⁰¹³ Vårt fokus i detta arbete är inte att närmare analysera kollektivavtalet som rättslig företeelse. Utifrån vårt arbete är den primära insikten att kollektivavtalsinstitutet utgör en grund för avtalsbaserad ordning med rättsliga krav.

Oavsett om det finns samverkansavtal eller inte har fackliga organisationer genom medbestämmandelagen rätt till förhandlingar, insyn och medinflytande i verksamheterna. Medinflytandet innebär således en lagbaserad begränsning i vårdgivarens handlingsfrihet avseende företagsledningsrätten då beslut i viss fråga kan ske först efter att samverkan eller förhandlingar genomförts med facket. För att den fackliga organisationen ska ha reell möjlighet att påverka beslutsunderlaget förutsätts att förhandling påkallas i god tid av vårdgivaren, samt på den nivå i organisationen där beslut kommer att tas. Vårdgivaren har även en skyldighet att löpande hålla facket informerade om verksamheten och riktlinjer för personalpolitiken, 19 § MBL.

Som nämnts ovan är kollektivavtalet i sammanhanget en viktigt avtalsrättslig mekanism för att organisera samverkan avseende medbestämmande i arbetslivet. När kollektivavtal sluts mellan arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer binder man inte bara avtalsparterna utan även medlemmarna i organisationerna, 26 § MBL. Avtalet innebär därmed en rättslig begränsning för parternas handlingsfrihet inom ordningen. För hälso- och sjukvårdsanställda är det särskilt angeläget att genom kollektivavtalet säkra medbestämmanderätt avseende frågor som rör arbets- och företagsledningsrätten samt bedrivande av vårdgivarens verksamhet i övrigt, 32 § MBL.

Sammantaget lägger kollektivavtalsinstitutet grunden för ett samverkansbaserat medbestämmandearbete där hälso- och sjukvårdsanställda ges insyn och möjligheter att påverka vårdgivarens utveckling och beslut i frågor som rör anställningsförhållandet.

16.4.3.2 Ordning för hälso- och sjukvårdsanställdas förtroendearbete

Ordningen för förtroendearbete ska utvecklas med utgångspunkt i de krav som följer av lagen (1974:358) om facklig förtroendemanns ställning på arbetsplatsen. Utifrån ett arbetstagarperspektiv handlar det främst om enskilda anställda som inom ramen för sin anställning hos vårdgivaren företräder de hälso- och sjukvårdsanställda. Ordningen är intressant med tanke på den professionsdrivna utveckling som sker avseende att implementera patientlagens bestämmelser. Därför är det intressant att utvärdera i vilken omfattning hälso- och sjukvårdsanställda genom olika typer av förtroendearbete kan medverka till kvalitetsbaserad och patientsäker utveckling av en kollektivavtalsbunden vårdgivares verksamhet och arbetstagarnas arbetsförhållanden på arbetsplatsen.

Själva förtroendearbetet utgår från att en arbetstagarorganisation utser en facklig förtroendeman som företrädare för de hälso- och sjukvårdsanställda i frågor som rör arbetsplatsen, 1 §. Förtroendearbetet kan exempelvis innefatta förhandlingar och skyddsarbete avseende vårdgivarens verksamhet. Centrala roller är skyddsombud, arbetsplatsombud, klubbordförande m.m. Vårdgivaren kan inte med några medel hindra förtroendemannen att fullgöra sina uppdrag. Det innebär att vårdgivaren behöver ge tillträde till utrymmen och platser där förtroendemannen normalt inte har tillgång, 3 §. Förtroendemannen har också ett skydd i mening att förtroendeuppdraget inte ska ge försämrade arbetsförhållanden eller anställningsvillkor, samt att hen ska vara tillförsäkrad samma eller likvärdig ställning som om förtroendeuppdraget aldrig hänt, 4 §.

När det gäller vårdgivare med många anställda bildar de anställda fackklubbar med en styrelse. Styrelsemedlemmarna består av fackligt förtroendevalda vilka representerar och tillvaratar hälso- och sjukvårdsanställdas intressen gentemot vårdgivaren. Målet är att de anställda genom förtroendearbete och medbestämmanderätt bidrar till beslut som ger ökad trygghet hos de anställda, effektivare verksamhetsbeslut och processer för vårdgivaren, samt färre konflikter mellan hälso- och sjukvårdsanställda och vårdgivaren.

16.5 Verksamhetsordningen

Den ur vårt perspektiv mest centrala rättsliga ordningen är den som föreligger avseende verksamhetens utförande, dvs i huvudsak vårdgivarens organisation och de avtal som denne ingår. Vi har redan konstaterat att hälso- och sjukvårdspersonalen representerar vårdgivaren och i praktiken svarar för vårdgivarens verksamhet. Fördelningen av uppgifter och ansvar, i enlighet med vad som beskrivits i föregående avsnitt, är följaktligen en rättslig ordning som i stor utsträckning styr personalen. En viktig insikt är att det är inom ramen för hälso- och sjukvårdspersonalens beslutsfattande som centrala delar av patientlagen ska implementeras och den personcentrerade vården utföras. Vårdgivarens ledningssystem lägger den rättsliga grunden och skapar förutsättningar för personalen att fatta beslut. Verksamhetsansvaret är följaktligen kopplat till en rättslig ordning för personalens beslutsfattande med verksamhetens kvalitet i fokus. I föregående avsnitt utvärderade vi bl.a. hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar i egenskap av anställda. Vår slutsats är att det i stor utsträckning är inom den till verksamheten och personalen anknutna beslutsordningen som hälso- och sjukvårdsreform realiseras. Det är inom denna som centrala delar av patientlagen ska tillämpas. Särskilt intressant är hur det legitimationsanknutna ansvaret kommer in i den verksamhetsanknutna beslutsordningen. Här relateras det professionella ansvaret mot ett verksamhetsansvar där personalen har att underordna sig ledningens styrning. I detta kapitel kommer vi att i vissa delar utvärdera den personalkopplade beslutsordningen. Vi kommer att fokusera på Sahlgrenska Universitetssjukhuset som sociolegalt praktikfall. I denna del tar vi utgångspunkt i vårdgivarens ledningssystem som presenterats i kapitel 15.

16.5.1 En rättlig ordning kopplad till roller och ansvar avseende vårdgivarens övergripande kvalitets- och ledningsarbete

Utifrån den rättsliga kvalifikationen i hälso- och sjukvårdslagen avseende vårdgivare kan vi konstatera att det regelmässigt handlar om en juridisk person.²⁰¹⁴ Med anledning av detta behöver man utse ett antal fysiska företrädare som utför och beslutar avseende vårdgivarens arbetsuppgifter. Som nämnts i ovan avsnitt behöver man även kvalificera de rättsliga roller och ansvar som företrädarna ikläder sig

²⁰¹⁴ Att vårdgivaren är privat betyder i enlighet med vad som ovan sagts att hälso- och sjukvårdspersonalen har ett privat rättssubjekt som arbetsgivare. Är det en offentlig vårdgivare är det ofta en region som är arbetsgivare, men det kan som sagt även vara en kommun och vissa speciella fall även staten.

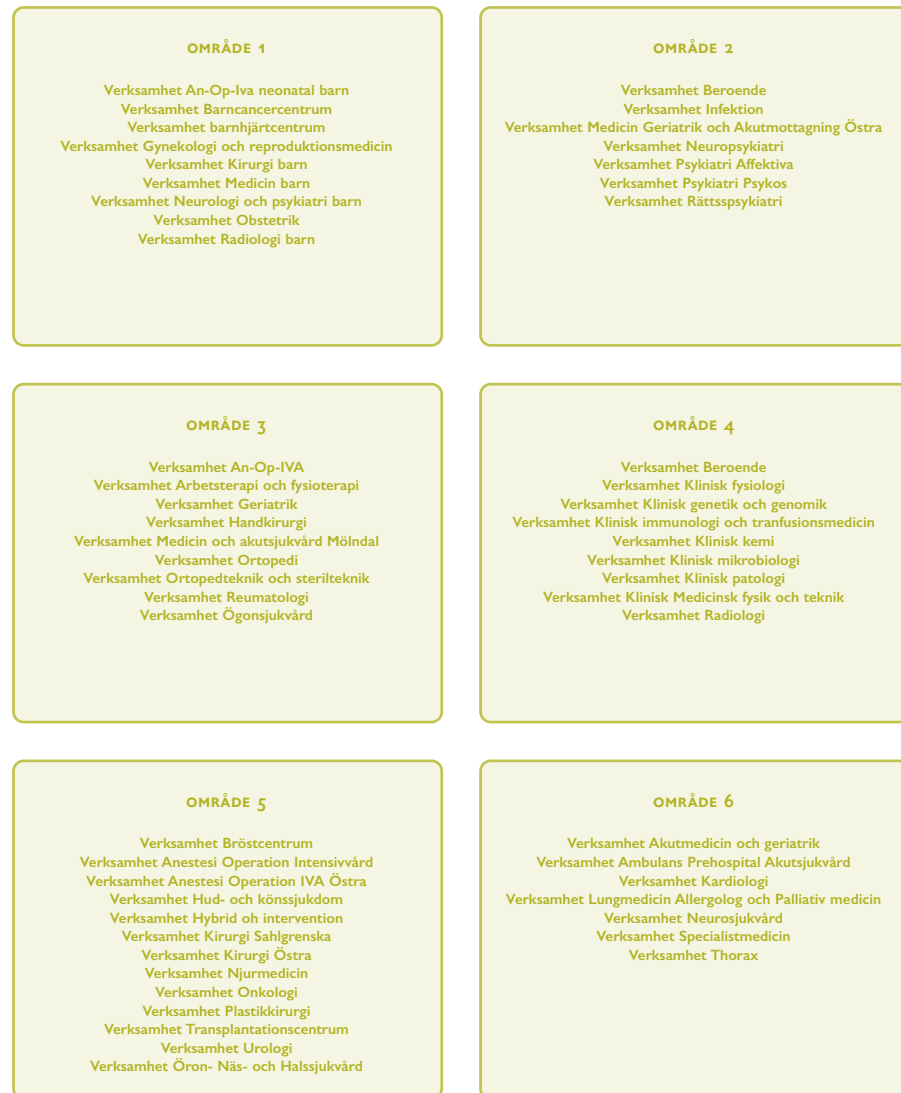
och därigenom skapa den rättsliga grunden för beslutskompetens inom ramen för verksamhetsansvaret.

För att vårdgivaren ska kunna bedriva verksamhet krävs en rättslig ordning för personalens genomförande av verksamhetens processer. Som nämnts i kapitel 15 ska vårdgivaren ta ansvar, fördela ansvar samt hantera placering av ansvarsutkrävande avseende verksamheten. För att ansvarstagandet ska bli en praktisk verklighet måste arbetsuppgifter utföras och beslutas av hälso- och sjukvårdspersonalen. Inom ramen för arbets- och företagsledningsrätten beslutar och organiserar vårdgivaren därmed roller och fördelar ansvar till verksamhetens personal. Genom ansvarsfördelningen placeras även ansvarsutkrävandet vid skada i utgångspunkt på den personal som utför vårdarbete. Beroende på personalens rättsliga status kan ansvarsutkrävandet komma att placeras på vårdgivaren i egenskap av verksamhetsansvarig eller personalen i egenskap av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Vi kommer i det följande att titta närmare på hur hälso- och sjukvårdspersonalen ikläder sig roller och ansvar inom ramen för vårdgivarens verksamhetsansvar, samt vilken beslutskompetens personalen har i förhållande till verksamhetsansvarets ordningar. Vi har gjort en översiktlig kartläggning av professionens roller och ansvar, samt deras beslutsfattande vid Västra Götalandsregionens vårdenheter. Utgångspunkt i denna del är vårdenheter och deras arbete som rör kvalitet och säkerhet inom vården. Ett exempel tar utgångspunkt i Sahlgrenska Universitetssjukhusets verksamhetsområden. Vad som gör detta exempel intressant är att visa på vilka roller och ansvar samt beslutsfattande som aktualiseras inom ramen för vårdenhetsens verksamhetsområden och hur man med hjälp av arbets- och företagsledningsrätten säkerställer vårdkvalitet och patientsäkerhet.²⁰¹⁵

²⁰¹⁵ Företagsledningsrätten rör ledningsfrågor som inte rör anställningsrelationen, se exempelvis frågor som rör verksamhetens inriktning, mål, måluppfyllnad granskning av verksamheten m.m.

FIGUR 64.
Verksamheter vid Sahlgre-
nska Universitetssjukhuset.



Sahlgrenska Universitetssjukhuset har som tidigare beskrivits ett omfattande verksamhetsansvar. Genom översikten får man en bild av de olika kompetensområden professionen har att hantera i sina yrkesroller. Oavsett om det gäller läkare, sjuksköterskor eller annan typ av hälso- och sjukvårdspersonal kan man se potentiella underkategorier i form av nödvändig specialisering avseende yrkesrollerna. Det uppställs i lagstiftning omfattande krav på hälso- och sjukvårdspersonal som diagnostiserar och behandlar patienter, exempelvis i samband med prehospital akutsjukvård, radiologi, njurmedicin m.m. Specifika krav föreligger beroende på om det är invasiva behandlingar, kemiska behandlingar, behandling av barn m.m. Inom ramen för sin arbets- och företagsledningsrätt behöver vårdgivaren hantera kraven genom att organisera samt sitt arbete samt besluta om särskilda riktlinjer och rutiner för sjukhuset. Det är just i detta gränssnitt det behöver utvecklas en ordning för vad som utgör hälso- och sjukvårdspersonalens roller, deras

faktiska ansvar samt vilka konkreta beslut som fattas avseende verksamheten och verksamhetsansvaret. Här kan man även härleda hur de legitimationsbaserade kraven ställer krav på den legitimerade personalens ansvar.

16.5.2 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Som nämnts i kapitel 15 är ledningssystem för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete en grundläggande ordning givet vårdgivarens tjänstbaserade vårdverksamhet. Det gör att hälso- och sjukvårdspersonalen ikläder sig roller och ansvar samt fattar beslut avseende verksamhetens kvalitet och patientsäkerhetsarbete. Personal i ledande ställning har ett övergripande ansvar för verksamheten och dess genomförande. Inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset är fördelningen av arbetsuppgifter på chefsnivå beroende av vårdgivarens organisering.²⁰¹⁶ Hälso- och sjukvårdspersonal i ledande ställning har i olika omfattning kompetens att företräda den juridiska personen. Det rör sådan personal som tilldelats ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten i egenskap av verksamhetschefer, 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Kompetensen innebär att verksamhetscheferna företräder vårdgivaren och beslutar i frågor som rör lagstadgade verksamhetsansvar. Detta är den mest centrala rollen när det gäller att företräda vårdgivaren. Det är en roll som vanligtvis innehas av chefsöverläkare eller läkare med specialistkompetens, 4 kap. 3 §. Verksamhetschefens ansvar är lagstadgat i flera avseenden och relativt vidsträckt.²⁰¹⁷ Ansvaret innefattar att besluta i frågor som avser vårdenhetens drift i vid mening samt att hantera frågor som rör vårdgivarens personal.

I Västra Götalandsregionen har hälso- och sjukvårdsdirektören beslutat om en hälso- och sjukvårdsspecifik regional riktlinje avseende verksamhetschefens ansvar.²⁰¹⁸ Riktlinjen lägger grunden för de roller och funktioner verksamhetsansvariga ikläder sig inom ramen för ordningar avseende kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. I förhållande till personalen så manifesterar riktlinjen att det är verksamhetschefen som fördelar arbetsuppgifter baserat på den anställdes kompetens. Vidare uppställs bestämmelser avseende delegering av ledningsuppdrag som rör medicinskt ansvar om verksamhetschefen saknar ändamålsenlig kompetens. Överlåtelse av ledningsuppgifter ska registreras och beskrivas i vårdgivarens interna dokumentationssystem i form av uppdrag som medicinskt ledningsansvarig. Riktlinjen uppställer även bestämmelser för andra linjechefer inom verksamheten. Där finns även bestämmelser om att ansvariga för vårdgivarverksamheten ska särskilt fokusera

²⁰¹⁶ På Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns verksamhetschefer på olika nivåer som sinsemellan har ansvar gentemot varandra i linjestrukturen. Dessa ansvar ska sedermera kopplas till hälso- och sjukvårdspersonalen och deras professionsansvar i vårdutförandet. Just här kan man se samspillet mellan det lagstadgade och legitimationskopplade professionsansvaret, det organisatoriska verksamhetsansvaret och ansvaret som arbetstagare med utgångspunkt i anställningsrelationen. Det är i denna dynamik som verksamheten utvecklas och regelefterlevnad säkerställs. Dessa ansvar kan visserligen inte utan vidare hållas isär, men de baseras på separata rättsliga ordningar.

²⁰¹⁷ Se bl.a. om utvärderingen av reglerna som rör verksamhetsansvar i Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag s. 80.

²⁰¹⁸ Regional riktlinje för Verksamhetschefens ansvar (inom hälso- och sjukvård) Dnr RS 2021-04791.

på patientsäkerhetsperspektiv och arbete med god vård enligt Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete.

Även övrig personal företräder vårdgivaren. Som hälso- och sjukvårdspersonal har man en roll inom ramen för organisationen samt företräder och beslutar i frågor som rör yrkesutövningen, se exempelvis de legitimationsgrundande yrkena.²⁰¹⁹ Beroende på vilken roll man har i organisationen har man olika grad av ansvar att företräda. Detta kan även uttryckas i termer av beslutsförmåga (internt) och ställföreträdarskap/fullmakt (externt).

Inom ramen för sin arbets- och företagsledningsrätt styr vårdgivaren ansvarsfördelning genom beslut om riktlinjer och rutiner för utförandet av arbetet. I sammanhanget kan nämnas att verksamhetschefen beslutar eller är involverad i framtagandet av vårdgivarens lokala riktlinjer och rutiner. Som beslutsmottagare har hälso- och sjukvårdspersonalen ett ansvar att tillgodogöra sig de beslut som vårdgivaren fattar avseende det konkreta vårdutförandet. Mer konkret kan det röra sig om att tillgodogöra sig beslutade styrdokument avseende vårdens utförande, hantering av utrustning, behandling av information, tillgänglighet till infrastruktur m.m. Hälso- och sjukvårdspersonalen är bundna av besluten i sin yrkesutövning.²⁰²⁰

Särskilt om ansvarsutkrävande avseende kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

För det fall en skada uppkommer finns en ordning för ansvarsutkrävande. Ordningen bygger på ansvarsregler i lagstiftning. När det gäller verksamhetsansvariga svarar de i utgångspunkt för den skada som de orsakar. Dock har arbetsgivaren som beskrivet ett principalansvar för den skada (personskada, skada, ren förmögenhetsskada eller annan skada) som verksamhetsansvarig orsakar genom fel och försummelse i tjänsten, se vidare 3 kap. 1 § skadeståndslagen. Hälso- och sjukvårdspersonalen är endast ansvarig i den mån det föreligger synnerliga skäl med hänsyn till handlingens, 4 kap. 1 § skadeståndslagen. Även straffrättsliga ansvar enligt brottsbalken kan aktualiseras, se exempelvis trolöshet mot huvudman m.m.

²⁰¹⁹ En ur rättsligt perspektiv intressant fråga på verksamhetschefsnivå och personalnivå är i vilken utsträckning beslutsfattande kräver ärendehandläggning eller om det kan hanteras som faktiskt handlande. När en läkare eller annan vårdpersonal beslutar om vårdåtgärder, exempelvis en undersökning, krävs ingen ärendehandläggning utan det kan hanteras som faktiskt handlande. I praktiken finns ett oändligt antal handlanden och åtgärder som hälso- och sjukvårdspersonal gör i sitt arbete hos vårdgivaren. Det är inte alls säkert att det är självklart hur man rättsligt ska bedöma varje fall av handlande i en vårdprocess. Eftersom det nämnda får en konsekvens avseende förvaltningslagens tillämplighet är det en relevant fråga att undersöka. En nyckelfråga är om ett rättsligt beslut krävs, och om inte, vad är det då för beslut som hälso- och sjukvårdspersonalen fattar å vårdgivarens vägnar när man utför vård. Frågan är central för den rättsliga ansvarsplaceringen hos vårdgivaren.

²⁰²⁰ Beslutsfattandet är en central del av hälso- och sjukvårdspersonalens utövande av sina yrkesroller. Till skillnad mot huvudmannans och vårdgivarnivån rör hälso- och sjukvårdspersonalens vårdbeslut i övervägande del sådana handlanden som sker direkt eller indirekt via patientmöten. I sin yrkesroll handlar personalen genom att informera och råda patienter i sin sjukdomsbild. Andra handlanden avser förfaranden för diagnostisering och behandling som avser dels beslut om förfaranden i sig, dels besluta om vilken utrustning man ska använda, vilka läkemedel eller andra hjälpmedel som är ändamålsenliga etc. för vårdåtgärden. Ytterligare handlanden och beslut kan omfatta patienters rätt till hemsjukvård, egenvård m.m.

I sammanhanget kan även nämnas att verksamhetsansvarig personal ansvarar inför vårdgivarens styrelse. De, i sin tur, sitter på det yttersta verksamhetsansvaret för att verksamheten ska följa lagar, författningar och beslutade styrdokument för verksamheten. Styrelsens ansvar granskas genom årliga uppföljningar och revisioner. Oberoende av om vårdgivaren är ett offentligt eller privaträttsligt rättssubjekt finns det antingen en politisk alternativt bolagsrättslig styrelse. Även i denna del kan det förekomma både civil- och straffrättsliga sanktioner.

Vad som sagts ovan i detta avsnitt genomsyrar nedan avsnitt när det gäller verksamhetsansvaret. Vi kommer därför inte beröra detta med mer än att vi pekar på tillkommande ansvarsfördelning och placering av ansvarsutkrävande i respektive del.

När det gäller patientskador som med övervägande sannolikhet orsakats av undersökning, vård, behandling m.m., som kunnat undvikas genom andra mindre riskfyllda förfaranden, är sådana skador skadestandsberättigade enligt patientskadelagen, se vidare 6 §. Vårdgivaren har ett lagstadgat ansvar för att ha patientförsäkring som täcker ersättningskrav från patienter. Vid patientskador har även legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ett personligt ansvar för sitt arbetsutförande. Vid vårdskada kan således ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal anmälas till tillsynsmyndighet (IVO). Konsekvenser vid konstaterat fel innefattar varning, återkallelse av legitimation²⁰²¹ och indragen eller begränsad forskrivningsrätt. Som nämnts tidigare kan även straffrättsliga ansvar aktualiseras vid vårdskada.

16.5.3 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares arbetsmiljö m.m.

Närbesläktat med ovan ledningssystem är de roller och verksamhetsansvar som rör arbetsledning. I denna del företräder verksamhetsansvariga vårdgivaren samt beslutar i frågor som rör verksamhetens drift och utveckling avseende arbetsledning. Utförandet grundar sig på de direktiv och riktlinjer som styrelsen tillhandahåller från tid till annan.

Inom ramen för vårdgivarens arbetsledning finns personalansvar, arbetsplatsansvar, ansvar för områden som kräver särskild hantering såsom strålningsanläggningar, kemisk hantering, sterila miljöer, m.m. Här är det viktigt att vårdgivaren tar ansvar genom att organisera och besluta om roller och ansvarsfördelning avseende verksamhetens arbetsmiljö. Sådana ansvar och beslut inbegrips ofta i verksamhetschefens uppgifter eller i uppgifter för annan personal i ledande ställning. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan å sin sida ikläda sig roller som arbetsmiljöombud, arbetsplatsombud m.m. vilka kan ses som en del av personalens

²⁰²¹ Följande åtta grunder ligger till grund för återkallad legitimation: (i) grov oskicklighet (ii) allvarlig brottslighet, (iii) på annat sätt har visat sig vara uppenbart olämplig att utöva yrket, (iv) sjukdom eller liknande omständighet, (v) under pågående provotid på nytt visat sig olämplig att utöva sitt yrke, (vi) underlåtenhet att följa beslutad provotidsplan, (vii) en egen begäran om återkallelse, samt (viii) när yrkesutövaren som förelagts att låta sig läkarundersökas har inte följt föreläggandet. Se vidare i avsnitt 16.2.6.

förtroendearbete.²⁰²² Arbetsledningsrätten begränsas inte bara av vad som framgår av lag utan även bindande bestämmelser i anställnings- och kollektivavtal som ingåtts av vårdgivaren.

Ordningen för arbetsmiljö ska inkludera de hälso- och sjukvårdsanställdas medbestämmande på arbetsplatsen, dvs. den har en rättslig status med utgångspunkt i medbestämmandelagens bestämmelser. Här ligger en intressant dynamik avseende hälso- och sjukvårdsanställda. Anställda med medicinsk kompetens kan utgöra verksamhetsansvariga eller andra linjechefer med ansvar för att tillvarata vårdgivarens intresse. Andra anställda med medicinsk kompetens som arbetar med det konkreta vårdutförandet kan i sammanhanget utgöra en motpart i medbestämmandearbetet. Samtidigt finns det ett antal anställda som arbetar inom båda områden och därmed potentiellt har en unik position i medbestämmandearbetet. Här har naturligtvis personalen en viktig roll och ett stort ansvar för att bidra till bättre arbetsvillkor och en mer effektiv vård hos sin arbetsgivare. Detta samverkansbaserade arbete följer vårdgivarens ledningssystem för arbetsmiljöledning m.m.²⁰²³

16.5.4 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares användning av vårdutrustning och läkemedel

En ytterligare ordning som rör övergripande roller och ansvar avser användning av vårdutrustning. När det gäller förskrivning och användning av vårdutrustning styrs detta som nämnt i kapitel 15 genom bl.a. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Utifrån föreskrifterna framgår att vårdgivaren ska utföra en mängdbedomningar avseende verksamheten och vilken behörighet olika personal ska ha inom området. Det är verksamhetschefen eller annan linjechef som tilldelats en särskild ledningsuppgift som avses att göra nämnda bedömningar. De roller som ska tilldelas inom området utgör utbildningsansvarig, ansvarig för förskrivningar och utlämning av medicintekniska produkter, ansvarig för att ta fram skriftliga anvisningar för specialanpassade produkter samt anmälningsansvarig, 3 kap. 1 §.²⁰²⁴

Hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för läkemedelshantering ska, som diskuteras ovan, följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination

²⁰²² Om vårdgivaren har minst 50 anställda ska det finnas en skyddskommitté som då utgör det högsta samverkansorganet för arbetsmiljöarbete på arbetsplatsen. Sammansättningen utgörs av representanter från både vårdgivaren och hälso- och sjukvårdsanställda. Vårdgivaren ska bidra med minst en representant med beslutskompetens, vilket i princip innebär verksamhetsansvarig eller annan linjechef.

²⁰²³ För det fall en förtroendeman bryter mot sin tystnadsplikt eller obehörigen utnyttjar kunskap som faller under tystnadsplikten är ansvaret som utgångspunkt placerat på arbetstagarorganisationen, se 10 a § förtroendemannalagen. Skadeståndstalan ska enligt 11 § förtroendemannalagen väckas inom fyra månader från det att skadan skett, eller fyra månader efter att förhandling om saken avslutats.

²⁰²⁴ Nämnda hälso- och sjukvårdspersonalen som har ansvar att besluta i frågor om medicintekniska produkter ska kontrollera dess funktion innan de används på patienter, samt att användningen baseras på de instruktioner som tillverkaren angivit, se föreskriftens 3 kap. 4 §. Personalen ska även efter vårdgivarens bemyndigande besluta om att förskriva vissa förbrukningsartiklar till patienter, 3 kap. 3–5 §§. Vid negativa händelser och tillbud ska anmälningsansvarig hälso- och sjukvårdspersonal besluta om en anmälan, se 5 kap. 4 §.

och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.²⁰²⁵ Som utgångspunkt ska verksamhetschefen eller annan med motsvarande beslutskompetens i detta fall säkerställa att de som utför läkemedelshanteringsuppgifter i verksamheten är behöriga. I huvudsak handlar det om att säkerställa att personalen är behörig att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel till patient.

Den personal som ska ikläda sig nämnda ansvar ska av vårdgivaren ha bedömts vara lämplig att besluta i frågor som rör läkemedelshantering. Detta innebär att ansvarig personal ska göra en lämplighetsbedömning med hänsyn till patientens hälsotillstånd, ålder, kön, läkemedelsanvändning, pågående behandling och utredning, överkänslighet mot läkemedel och eventuell graviditet eller amning, se 6 kap. 2 §. Det ligger också inom ramen för ansvaret att planera, följa upp och besluta om att avsluta läkemedelsbehandlingen, 6 kap. 5 §. Det finns även bestämmelser som avser läkarens exklusiva ansvar att utfärda och besluta generella direktiv om läkemedelsbehandling samt vilka uppgifter som däri ska ingå.²⁰²⁶ Inom ramen för hälso- och sjukvårdspersonalens olika yrkeskategorier finns skillnader avseende ansvaren att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel till patienter, se vidare 7–8 kap.²⁰²⁷ Ansvarsutkrävande ska ske på motsvarande sätt som beskrivits i ovan avsnitt.

16.5.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares hantering av patientjournal, patientdata och annan vårddata

En ytterligare ordning där hälso- och sjukvårdspersonal ikläder sig roller och ansvar avser hanteringen av patientjournaler, patientdata och annan vårddata. Av den allmänna dataskyddsförordningen framgår att hälso- och sjukvårdspersonal behöver besluta i frågor som rör behandling av personuppgifter. De roller och ansvar som behöver hanteras avser i utgångspunkt personuppgiftsansvarig och personuppgiftsbiträden. Vårdgivarens personal behöver därmed säkerställa att arbetsuppgifter inom området följer den ansvarsskyldighet som framgår i artikel 5. I övrigt behöver hälso- och sjukvårdspersonalen säkra att personuppgiftsbehandling sker med laglig grund i enlighet med artikel 6. Sistnämnda innebär bl.a. en grundläggande ordning för att säkerställa datasubjektets samtycke m.m.

När det gäller hälso- och sjukvårdspersonalens behandling av personuppgifter i samband med hälso- och sjukvård, och däribland vårdåtgärder, handlar det om patientdata. Behandling av patientdata ställer särskilda krav på personalens ansvar i enlighet med specialregleringen patientdatalagen. Det framgår av lagstiftningen att vårdgivaren är att anse som personuppgiftsansvarig enligt 2 kap.

²⁰²⁵ Föreskrifterna gäller inte sådan hantering som omfattas av läkemedelslagen eller lagen om handel med läkemedel, se 2 kap. 2 §. Se även Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

²⁰²⁶ Enligt 6 kap. 5 § avser det uppgifter om läkemedelsnamn eller aktiv substans, läkemedelsform, läkemedlets styrka, dosering, maxdos, administreringsätt, indikationer och kontraindikationer och antalet tillfällen som läkemedlet får ges utan att en läkare kontaktas.

²⁰²⁷ Beroende på område och roller skiljer sig ansvaren åt, se exempelvis områden som rör läkemedel, radioaktiva läkemedel, medicinsk oxygen m.m. Inom professionsansvaret kan läkare och sjuksköterskor besluta om delegation till annan avseende nämnda ansvar. Delegationsbeslutet är villkorat av att patientsäkerhetslagens bestämmelser om god och säker vård säkerställs, 9 kap. 3 §.

6 §. Av lagen framgår också vilken typ av behandling av vårduppgifter som personalen kan utföra avseende patientdata, se 2 kap. 4 §. Vidare uppställer patientdatalagen särskilda krav på att den hälso- och sjukvårdspersonal som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke ska föra patientjournal och i och med det fatta ändamålsenliga beslut.²⁰²⁸ Ansvaret gäller även för de uppgifter som personalen för in i journalen, se 3 kap. 4 § patientdatalagen. Det innebär att den ansvarige hälso- och sjukvårdspersonalen ska se till att journalen innehåller de uppgifter som krävs för en god och säker vård enligt 3 kap. 6 §. Språkliga krav föreligger eftersom patientjournalen ska vara på svenska. Språket ska vara utformat på ett sådant sätt att patienten lätt ska förstå innehållet. För den ansvariga hälso- och sjukvårdspersonalen finns även skyldighet att utfärda intyg om vården på begäran av patienten.

En annan viktig ordning rör datasäkerhet vid personuppgiftsbehandling där hälso- och sjukvårdspersonalens arbetssätt ska omfatta tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa lämplig säkerhetsnivå, se artikel 32. Åtgärder kan omfatta pseudonymisering och kryptering av personuppgifter, samt att fortlöpande säkerställa konfidentialitet, integritet och motståndskraft mot cybersäkerhetshot. För det fall hälso- och sjukvårdspersonalen orsakar en enskild person skada har denne rätt till ersättning enligt 7 kap. lagen om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

På ett mer övergripande plan ska personalen även ikläda sig roller och ansvar, samt hantera beslut i frågor som rör inre sekretess och elektronisk åtkomst avseende patientjournaler inom vårdgivaren verksamhet. Detsamma gäller utlämning av patientjournalhandlingar och annan vårddata, ändamålsenlig hantering av kvalitetsregister som innefattar personuppgifter, samt patienternas rätt att ta del av uppgifter. Placering av ansvarsutkrävande sker i enlighet med ovan diskussioner avseende patientskada och andra skador.

16.5.6 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares kompetensförsörjning

En ytterligare ordning rör hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar i vårdgivarens kompetensutveckling och kompetensförsörjning. Detta är en ordning som ställer krav på särskilda roller och ansvar, se bl.a. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring. I samband med utbildning för specialisttjänstgöring ska vårdgivaren tillsätta anställda i roller som studierektor, ändamålsenliga handledare eller annan roll som kan ge nödvändiga instruktioner om verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt, se 2 kap. 1 §. Studierektorns roll bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare, BT-läkare och ST-läkare. Inom ramen för huvudhandledarnas ansvar ligger att följa BT-läkarnas kompetensutveckling samt samråda och utväxla information med övriga handledningar avseende utvecklingen, se 5 kap. 2 §.

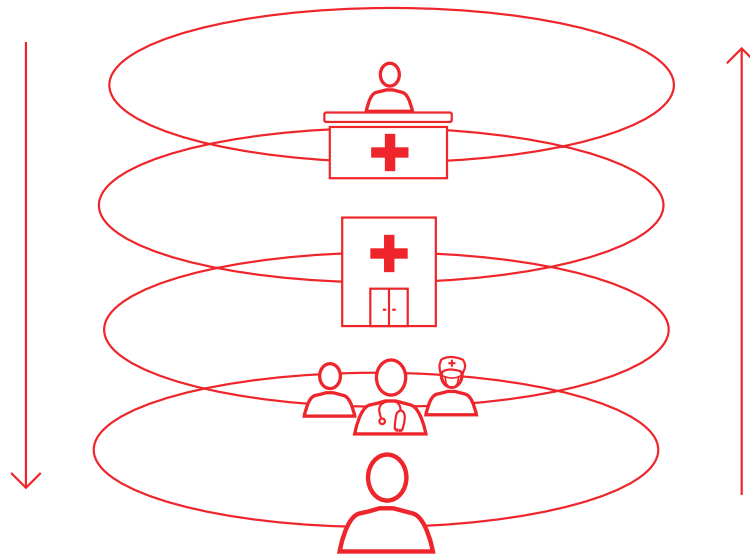
²⁰²⁸ Kravet gäller även andra personalkategorier, se vidare 3 kap. 3 §.

16.5.7 Hälso- och sjukvårdspersonalens roller och ansvar avseende vårdgivares forskning

En ytterligare ordning som bör lyftas fram är den för hälso- och sjukvårdspersonalens forskning. Inom Västra Götalandsregionen finns en särskild ordning som rör forskare vars forskningsförslag genomgått en prövning enligt HTA-konceptet och där en rapport publicerats.²⁰²⁹ Sådan forskning kan finansieras genom ett särskilt ALF-anslag. Kriterier är att forskaren är anställd hos en vårdgivare inom Västra Götalandsregionen och har avlagt en doktorsexamen. Forskningen ska bedrivas enligt en särskild plan där det framgår att kompletterande studier ska göras med utgångspunkt i forskningsförslaget. I planen ska även framgå den kliniska nyttan av forskningen, studiedesign, frågeställningar, etiska överväganden m.m.

²⁰²⁹ Se riktlinjer för ALF-medel på ALF Västra Götalands webbsida, ALF-medel för kompletterande studie i anslutning till HTA.

DEL 4



**HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS
KVALITETSUTVECKLING –
I DYNAMIKEN MELLAN
NORMTILLÄMPNING OCH
NORMBILDNING**

“Medical ethics has too often been treated as a closed domain. I think it is better understood by being related to other activities involving judgements and the making of decisions. Here I propose a parallel between two typical situations from the point of view of decision making, namely, the medical and the judicial cases. As a first approximation, in both cases it is a question of moving from a knowledge base constituted by norms and theoretical knowledge to concrete decision in some situation – the medical prescription on the one side, the judicial sentence on the other. In both cases, it is a matter of putting a singular, unique decision, relative to an individual person, under a general rule and, in return, of applying a rule to a case.”

Ricoeur, Reflections on the Just s. 213.

KAPITEL 17

RÄTTSLIGT MÖJLIGGÖRANDE AV GOD OCH PERSONCENTRERAD VÅRD

17.1 Normtillämpning och normbildning för utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet

I denna fjärde del ska vi utvärdera hur hälso- och sjukvården utvecklas genom hälso- och sjukvårdspersonalens och andra aktörers kvalitetsarbete. Vi är särskilt intresserade av att utvärdera hur personcentrerad vård och även implementeringen av patientens rätt möjliggörs genom forskning, innovation och annat utvecklingsarbete. Utmärkande för denna del är att vi tillämpar vad som kan beskrivs som ett nedifrån och upp-perspektiv på utvecklingen av hälso- och sjukvården. Att genom vetenskap och beprövad erfarenhet få fram evidens för vad som är kvalitet i hälso- och sjukvården är i sig att betrakta som en normbildningsprocess. Arbetet med nya behandlingsformer, läkemedel, medicintekniska lösningar m.m. innebär på så vis en kontinuerlig normutveckling av vad som är god vård i hälso- och sjukvården. Härigenom är det också ett inslag i utvecklingen av vad som kan ses som rättsliga normer. Den sammantagna ambitionen i denna fjärde del är att utifrån socio- och medikolegalt perspektiv utvärdera och utveckla vad som kan beskrivas som ett ramverk för hälso- och sjukvårdens kvalitet – där personcentrerad vård är ett centralt och integrerat moment. I arbetet med ramverket kommer vi att utgå från hälso- och sjukvårdslagars bestämmelser och myndigheters rättsligt bindande föreskrifter. Vi kommer även att utgå från standarder som i olika avseenden kan användas för att uppfylla och implementera de rättsliga krav som föreligger inom hälso- och sjukvården.²⁰³⁰

17.1.1 Ett nedifrån och upp-perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling

I denna del ska vi som sagt använda ett nedifrån och upp-perspektiv när vi utvärderar hur hälso- och sjukvården utvecklas med rättsliga medel. Vi kommer, som redan framgått, att tillämpa både ett sociolegalt och ett medikolegalt perspektiv. Den sociolegala perspektivet innebär att vi strävar efter att förstå hur hälso- och sjukvårdssystemets rättsliga ordning utvecklas genom forskning, innovation och annan kvalitetsinriktad utveckling av hälso- och sjukvården. Med det medikolegala perspektivet har vi dessutom ambitionen att förstå den konkreta medicinska bedömningen och vårdåtgärderna som både tillämpning och nyskapande av rättsliga normer. Det är genom det medikolegala perspektivet som vi i mer detalj kan påvisa hur forskning och innovation ligger till grund för utvecklingen av hälso- och sjukvården som rättslig ordning.

²⁰³⁰ I arbetet kommer vi lägga särskild vikt vid att utvärdera SS-EN 15224:2017 Ledningssystem för kvalitet – EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården. Detta är en standard som i stor utsträckning som lägger grunden för hur en rättslig ordning ska utvecklas på vårdgivarnivå. Vi kommer dessutom att utvärdera SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård.

17.1.1.1 En rättslig ordning för kvalitet

För att kunna utvärdera hur hälso- och sjukvården utvecklas från ett nedifrån och upp-perspektiv krävs en relativt god kunskap om hur hälso- och sjukvården utvecklas utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv. I del 3 presenterade vi en sociolegal analys av hur lagstiftning implementeras och hälso- och sjukvården reformeras i det relativt komplexa samspelet mellan statsmaktens rättsliga ordning, de regionala och kommunal huvudmännens rättsliga och ordning, samt de offentliga och privata vårdgivarnas rättsliga ordning. Analysen i del 3 baserades på ett uppifrån och ned-perspektiv och fokuserade på hur hälso- och sjukvården utvecklas med utgångspunkt i statsmaktens lagstiftning och reformarbete. Vi började med att analysera hur statsmakten bedriver hälso- och sjukvårdsreform. Ambitionen var att tydliggöra hur staten genom ett mer omfattande arbete kan möjliggöra att centrala hälso- och sjukvårdslagar, exempelvis patientlagen, kan implementeras i hälso- och sjukvården. Ett nästa steg var att förstå hur hälso- och sjukvårdens huvudmän utvecklar en rättslig ordning för att hantera ansvaret för hälso- och sjukvården på makronivå. Härigenom var ambitionen att tydliggöra hur huvudmännen tar, och kan ta, ansvar för att lagar som patientlagen implementeras. Ett ytterligare steg var att utvärdera hur vårdgivare, i relation till huvudmannen, utvecklar den rättsliga ordningen på mesonivå. Ambitionen var att tydliggöra hur vårdgivare tar, och kan ta, ansvar för att lagar implementeras och patientens rätt säkerställs. Avslutningsvis fokuserade vi på den rättsliga ordning inom ramen för vilken hälso- och sjukvårdspersonalen verkar. På denna mikronivå var ambitionen att tydliggöra hur personalen i olika avseende är förpliktad, och kan förpliktas, att tillämpa patientlagen. I utvärdering framkom tidigt att begreppet kring personcentrerad vård var en integrerad del av statsmaktens iscensatta reformarbete. Sammantaget inhämtades en relativt omfattande sociolegal kunskap om hur hälso- och sjukvården med rättsliga medel utvecklas utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv.

Nyckeln till att förstå och även hantera hur hälso- och sjukvårdens rättsliga ordning utvecklas med utgångspunkt i forskning, innovation och annan verksamhetsutveckling är att fokusera på vad som utgör hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem. Med utgångspunkt i den analys som gjordes i del 3 kan vi konstatera att det är ett antal delar som vi i behöver ta fasta på vad gäller samspelet mellan rättsregler och utvecklandet av den rättsliga ordningen för kvalitetshantering i hälso- och sjukvården.

När det gäller rättsregler är kravet på god vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet övergripande för utvecklingen av en rättslig ordning på både statlig nivå, huvudmannanivå och vårdgivarnivå. I sammanhanget är reglerna om patientsäkerhet av central betydelse. Enligt vår mening ska man, vilket vi kommer att utveckla i denna del, även tillämpa centrala bestämmelser i patientlagen. Det är regler som man rimligen översätter till normer inom ramen för hälso- och sjukvårdens rättsliga ordning. Av särskilt intresse är Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet.²⁰³¹ Det är, som vi utvecklat i del 2, dessa föreskrifter som lägger grunden för hur kvalitetssystemen ska utvecklas på

2031 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

vårdgivarnivå. Detta är en ordning där huvudmannens ansvar för kvalitet kan länkas mot vårdgivarens ansvar för kvalitet. Det är också en ordning som understöds av det standardiseringsarbete som bedrivs internationellt och nationellt.

Nedifrån och upp-perspektivet tydliggör att när olika aktörer bedriver vetenskap eller på ett systematiskt sätt införskaffar erfarenheter kring specifika undersökningar, behandlingsmetoder, användning av läkemedel, användning av hjälpmedel o.s.v. så normbildar man vad som är god vård. Normbildningen kan mycket väl resultera i nya bindande föreskrifter från Socialstyrelsen och andra myndigheter. Särskilt viktigt i sammanhanget är det reformarbete som sker avseende kunskapsstyrning och utveckling av en digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. Huvudresultatet av den socio- och medikolegala forskning som ligger till grund för denna fjärde del av arbetet handlar om hur normtillämpnings- och normbildningsprocesser samspelar då forskare, hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. utvecklar nya lösningar för hälso- och sjukvården.

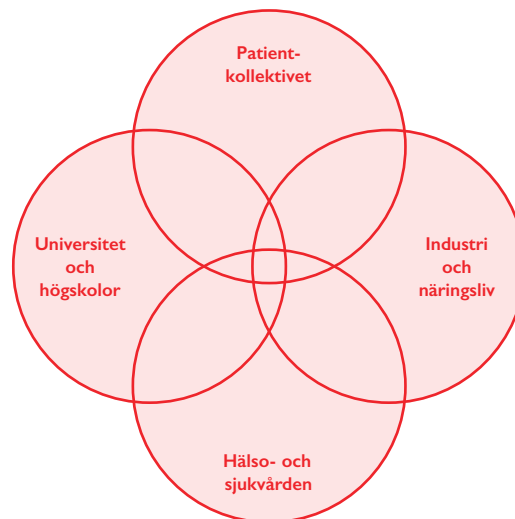
17.1.1.2 Forskning, innovation och verksamhetsutveckling

En central forskningsfråga för detta arbete är när man utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv bidrar till hälso- och sjukvårdens rättsliga ordning för kvalitet. Vi har redan konstaterat att när man genom vetenskap eller beprövad erfarenhet har utvecklat en ny undersökning eller vårdåtgärd har man i princip bildat nya normer. Det har i princip utvecklats en rättslig kvalifikationsnorm om vad som utgör god vård i en specifik medicinsk kontext. När vi med ett medikolegalt perspektiv analyserar den nya vårdåtgärden kommer den kunna översättas till både kompetensnormer och handlingsdirigerande normer. Detta är också normer som kan anses innefattas i vad som är god vård.

Redan i detta introducerande sammanhang kan vi börja med att konstatera att nya medicinska lösningar som skapar bättre medicinsk verkan är kvalitetshöjande. Detta gäller även lösningar som stärker patientsäkerheten. Vi menar att det även gäller lösningar som är mer kostnadseffektiva och som gör hälso- och sjukvården mer jämlik. Viktigt för detta arbete är att det också gäller lösningar som ökar förutsättningarna för delaktighet för patienten, gör patienten mer informerad, stärker patientens integritet o.s.v., vilket också bidrar till att öka hälso- och sjukvårdens kvalitet.

FIGUR 65.

Innovation och forskning
för hälso- och sjukvårdens
kvalitet.



Med ett nedifrån och upp-perspektiv på hur hälso- och sjukvårdens kvalitet utvecklas över tid är det tydligt att detta är processer som initieras i fyra samspelande sfärer. Det kan vara frågan om lösningar som utvecklas av hälso- och sjukvårdspersonal i den egna verksamheten. Patienternas delaktighet är ofta en förutsättning för att de, ska kunna utvecklas nya lösningar. Det kan också vara så att det är patienter som efterfrågar specifika lösningar. Många gånger är det forskare som genom sitt forskningsresultat möjliggör nya lösningar för hälso- och sjukvården. Även industri och näringsliv har en central roll i sammanhanget. Det krävs regelmässigt industriella processer för att bl.a. utveckla nya läkemedel och medicintekniska produkter. Både läkemedel och medicintekniska produkter är centrala för att utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det kan handla om nya lösningar för att undersöka sjukdomar och hälsotillstånd. Industri som utvecklar läkemedel och medicintekniska produkter har dessutom att tillämpa särskilda kvalitetskrav. När man granskar dessa krav blir det tydligt hur viktigt samspelet är mellan de olika sfärerna. För att läkemedel och medicintekniska produkter ska kunna säljas krävs det i princip inblandning av aktörer från samtliga fyra sfärer.

En central insikt som vuxit fram under förevarande arbete är att det finns behov av en utvecklad metodik för hur man med mer formella medel kan styra, utveckla och bedriva hälso- och sjukvård. Vi menar att det föreligger ett behov av ett normorienterat ramverk för hur man utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv utvecklar hälso- och sjukvård.²⁰³² Vad vi menar är att det krävs något av ett

2032 Strävan om att utveckla en sociolegal rättslära är följaktligen ett sätt överbrygga tre metodologiska förhållningssätt och även diskurser: 1) rättsteoretisk analys, reflektion och diskussion om de rättsliga fenomenens natur m.m. 2) rättsdogmatisk analys av det specifikt rättsliga med utgångspunkt i vissa källor etc., 3) rättempirisk analys av hur lagstiftning implementerats, vilken samhällelig påverkan en viss rättslig reglering o.s.v. Att vi talar om lära är ett uttryck för att vi menar att det är det teoretisk förhållningssättet som håller samman helheten. Galligan konstaterar: "Legal theory, while philosophical in method, still has as its subject a social phenomenon, created and practiced for social ends. It must, then, have a footing in social reality and be true to the social practices about which it theorizes." Galligan, Legal theory and empirical research s. 979.

sociolegalt, och t.o.m. medikolegalt, helhetsgrepp där vi förhåller oss till *hälso- och sjukvård som normtillämpning och normskapande*. Redan den omständigheten att patientlagen inte implementerats är ett tydligt tecken på att det krävs ett helhetsgrepp kring hälso- och sjukvårdens rättsliga utveckling.²⁰³³ Detta tydliggörs också i det omfattande reformarbete som bedrivs avseende god och nära vård och även kunskapsstyrning.

17.1.2 Personcentrerad vård och patientens rätt i en systemkontext

När det gäller personcentrad hälso- och sjukvård är det vår utgångspunkt att det handlar om en handlingsetik. Vi menar vidare att den inom filosofin utvecklade handlingsetiken erbjuder en utvecklad tankeram för hur man bör ta sig an ”god vård”, utifrån ett professionellt perspektiv. Samtidigt menar vi att det, framför allt utifrån ett systemperspektiv, finns behov av att hantera personcentrad hälso- och sjukvård som normer och även som rättsliga normer. Vi menar t.o.m. att ett normbaserat systembygge bör ha personcentrering som en av sina normerande grundbultar. I denna fjärde del av arbetet kommer vi utveckla varför vi menar att detta inte behöver skapa några motsättningar, utan tvärtom kan ses som samspelande sidor av personcentreringsbegreppets praktiska innebörd.

Vi konstaterade i arbetets första del att det inte finns någon entydig bild av vad som utgör personcentrerad vård. I detta arbete har vi valt att fokusera på den forskningstradition som betraktar personcentrering som en handlingsetik.²⁰³⁴ Den omständighet att det är en relativt stor forskargrupp som betraktar personcentrerad vård som handlingsetik gör det särskilt intressant. Utmärkande för denna forskargrupp är att man i stor utsträckning bedriver klinisk forskning. Mer konkret handlar det om interventionsstudier i förhållande till specifika sjukdomar och hälsotillstånd. I forskningen visar man hur ett personcentrerat förhållningssätt bland personalen ökar kvaliteten på hälso- och sjukvården avseende det specifika hälsotillståndet. I forskningen konstaterar man även vad som utmärker det personcentrerade handlandet i den specifika situationen. Redan i detta sammanhang kan vi börja diskutera om inte forskningen i detta avseende ska betraktas som vetenskaplig evidens och därmed ligga till grund för normbildning avseende vad som är god vård enligt patientlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen.

Det är med detta nedifrån och upp-perspektiv som det blir särskilt intressant att förstå samspelet mellan normbildning av personcentrerad vård och hur patientens rätt enligt patientlagen ska implementeras. Det är enligt vår mening inte endast de mer medicinska kvalitetsnormerna som ska utvecklas genom vetenskaplig evidens och evidens genom beprövad erfarenhet. Detta gäller rimligen också andra krav som följer av bl.a. patientlagen. Rättsreglerna om integritet, respekt, information, samtycke, delaktighet m.fl. bör implementeras som kvalitetsnormer, vilka genom vetenskap och erfarenhetsmässig evidens utvecklas över tid. Utifrån den forskning som bedrivits bör detta dessutom ske i förhållande till specifika sjukdomar och hälsotillstånd. Det är i detta sammanhang som forskningen om personcentrerad vård, och den patientdelaktighet den vanligtvis inbegriper, har en viktig roll.

²⁰³³ Se vidare om patientlagens bristande implementering i kapitel 11.

²⁰³⁴ Se kapitel 3 och 4.

En huvuduppgift i denna del av arbetet är att utveckla varför och hur hälso- och sjukvård som rättslig ordning måste bedrivas i dynamiken mellan normbildning och normtillämpning. Det är genom en utvecklad interaktion och även medvetenhet i detta avseende som hälso- och sjukvårdens kvalitet säkerställs. Det är också på detta sätt som patientens rätt implementeras och utvecklas som en praktisk rättslig ordning. Redan av den omständighet att patientlagen inte implementerats, utan att det t.o.m. i vissa avseenden har skett försämringar för patienten i förhållande till situationen innan patientlagens införande, är ett tydligt tecken på att det krävs nytänkande vad gäller normbaserat implementeringsarbete inom hälso- och sjukvården.²⁰³⁵ Av vad som sagts i föregående delar kan vi dessutom konstatera att denna utvecklade förståelse kring hur man ska hantera samspelet mellan normbildning och normtillämpning bör ske på hälso- och sjukvårdens samtliga nivåer.

Utmärkande för analysen i denna fjärde del är att den kommer att vara mer normativ, dvs. vi kommer att tillåta oss egna socio- och medikolegala slutsatser och resonemang kring hur hälso- och sjukvårdens kvalitetshantering kan utvecklas. Detta gäller särskilt hur både kvalitetsprocesser och kvalitetsledning måste inbegripa en för hälso- och sjukvården relativt sofistikerad ordning för normtillämpning och normbildning. Våra egna normativa resonemang är på intet sätt tagna fritt ur luften, utan tvärtom baserade på ovan analys, ytterligare analys av vad som sägs i rättskällor och framför allt hur hälso- och sjukvården kan förstås som rättsliga och normbaserade handlingssystem.

17.1.3 Kvalitetsarbete baserat på normtillämpning och normbildning

Forskningsmässigt har huvuduppgiften, i förhållande till denna fjärde del, varit att utveckla hur man kan förstå hälso- och sjukvård som normer. Det är vår uppfattning att implementering av kvalitetsinriktade lagar för hälso- och sjukvården exempelvis, förutsätter kunskap om hur rättsregler översätts till rättsliga normer inom ramen för hälso- och sjukvård. Detta gäller också för att förstå och hantera hur man bedriver kvalitetsarbete inom ramen för hälso- och sjukvården. Med denna ansats blir det dessutom tydligt att man behöver ha kunskap om att rättsliga normer inom ramen för hälso- och sjukvården inte endast är resultatet av implementeringen av rättsregler, utan även baseras på vetenskap, innovation och annan utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet.

17.1.3.1 Beslutet om vårdåtgärd baserat på normtillämpning

Som ovan framgått använder vi normbegreppet inom ramen för hälso- och sjukvården som rättslig ordning. Vi skiljer således mellan vad som utgör en rättsregel i lagstiftning i förhållande till vad som utgör en rättsnorm inom ramen för hälso- och sjukvården som rättslig ordning. Vi skiljer också mellan vad som är en rättslig norm i förhållande till vad som är etiska och sociala normer. Den rättsliga normen är kopplad till någon form av rättslig bundenhet. Denna bundenhet kan bestå i att normen kan härledas till rättsregler i lagstiftning, men också till ingångna avtal eller organisatoriska beslut. Ofta är det frågan om en kombination.

²⁰³⁵ Se vidare om patientlagens bristande implementering i kapitel 11.

Ovan, i del 2, har vi beskrivit hur en regel i patientlagen kan verka som en kompetensnorm i förhållande till patienten, samtidigt som den verkar som en kompetens- och handlingsdirigerande norm för hälso- och sjukvårdspersonalen. Tar vi utgångspunkt i distinktioner mellan rättsregler och rättsnormer kan vi även skilja mellan hur dessa bildas. Rättsregler är resultatet av juristprofessionens arbete avseende vad som utgör centrala rättskällor. Rättsregler kommer till och utvecklas genom lagstiftningsarbete, myndigheters arbete med föreskrifter och viss utsträckning genom prejudicerande rättsfall. Normbildningsprocessen är ofta resultatet av att rättsregler implementeras inom ramen för hälso- och sjukvårdens handlingssystem. Rättsliga normer kan också utvecklas genom organisatoriska beslut och avtalsöverenskommelser. Av analysen i del 3 har det framgått att de rättsliga normbildningsprocesserna avseende hälso- och sjukvården sker inom ramen för statlig, regional, kommunal och privat organisatorisk verksamhet, samt genom avtal mellan aktörer på dessa nivåer.

Av särskilt intresse för denna del är som framgått hur normer utvecklas genom vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet. Att dessa normer är just rättsliga följer, som vi redan konstaterat, av tillämpning av rättsregler om god vård i patientlagen. Utvecklingen vad gäller kunskapsstyrningen påvisar samtidigt att vad som utgör normer för god vård m.m. baseras på ett relativt avancerat samspel på styrning och ageranden på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Inom ramen för den specifika kliniska kontexten inhämtas evidens och erfarenhet kring olika vårdåtgärder, vilket ligger till grund för nya normer. Det föreligger en normbildningsprocess. Detta kan uttryckas med att kunskap utvecklas som normer om hur man ska agera etc., vilka då de avser vad som utgör god vård utvecklas som rättsliga normer. Statliga aktörer som Socialstyrelsen utvecklar tillsammans med regionala och kommunala aktörer föreskrifter, digitala vådrutiner etc. avseende vad som är god vård. Sammantaget framträder en relativt sofistikerad bild av hur normbildning sker inom ramen för hälso- och sjukvården.

17.1.3.2 Kravställande och normutveckling för kvalitet – ett samspel mellan hälso- och sjukvårdens olika nivåer

Utmärkande för den rättsliga normbildningsprocess som sker utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv är att den bör förstås som processer för hur man utvecklar och säkerställer kvalitet. En central forskningsuppgift i denna fjärde del är följaktligen att fördjupa vår förståelse för hur kvalitet kan förstås som normer och hur kvalitetprocesser kan förstås som normtillämpning och normbildning.

Kravställande och kvalitetsnormer

Kärnan vad gäller kvalitetsutveckling och säkerställande av kvalitet är kravställande. Ett centralt inslag är hanterandet av kravställande som följer av statsmaktens uppställda rättsregler. Socialstyrelsen definierar, i sina föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, kvalitet med att en verksamhet ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, se 2 kap. 1 §.

Av särskilt intresse, utifrån ett medikolegalt perspektiv, är hur detta kravställande översätts som rättsliga normer inom ramen för de kliniska processerna. Klargörande är den allmänna definition av kvalitet som görs i standarden SS-EN ISO 9000:2015.²⁰³⁶ Enligt denna är kvalitet den ”grad till vilken en uppsättning inneboende egenskaper hos ett objekt uppfyller krav.” För att en vårdåtgärd ska uppfylla detta ska dess inneboende egenskaper vara sådana att de uppfyller krav som bl.a. uppställs genom rättsregler. Enligt ISO 9000 ska krav förstås vidare och innefatta ”behov eller förväntningar som är angivna, underförstådda eller obligatoriska”. Krav som uppställs måste översättas till en kvalifikationsnorm för den specifika vårdtjänsten. Kvalifikationsnormen uppställer de specifika medicinska m.m. krav som måste vara uppfyllda för att vara en vårdåtgärd av god kvalitet. Det är när man utvecklar dessa mer detaljerade krav som man normbildar. Det är också just då som man inhämtar kunskap om vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet.

Ytterligare klagörande, utifrån ett medikolegalt perspektiv, är den för hälso- och sjukvården särskilt utformade standarden om kvalitetsledningssystem. Här börjar man med att konstatera att när det gäller kravställande om kvalitet ska ledningssystem inkludera samtliga tillämpliga författningssenliga och regulatoriska krav.²⁰³⁷ Det är i detta sammanhang centralt att man har kunskap om alla rättsregler som i något avseende innebär krav som man måste beakta då man utvecklar och bestämmer vilka vårdåtgärder som ska utföras. Dessutom ska man hantera de krav som bedöms nödvändiga av organisationen, vilket innefattar krav som är relaterade till den kvalitetsnivå som erbjuds av organisationen. Det kan enligt standarden också handla om krav från andra intressenter, exempelvis upphandlare av tjänster.²⁰³⁸ Som läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal måste man ha kännedom och kunskap om de krav som följer av beslut av huvudmannen såväl som den egna vårdgivaren. Dessa ska också ligga till grund för vad som utgör vårdåtgärdens inneboende egenskaper. Standarden tydliggör också att det innefattas krav baserade på vetenskaplig evidens och klinisk erfarenhet.

Rättslig ordning för kvalitet – kvalitetssystem

För att säkerställa att hälso- och sjukvård har kvalitet krävs det, enligt vår mening, att det utvecklas en rättslig ordning på hälso- och sjukvårdens olika nivåer. Vår uppfattning är att hälso- och sjukvården just nu befinner sig i en omvandlingsprocess där kvalitetssystem och ledningssystem för kvalitet kommer att få allt större betydelse. Det är således genom dessa som forskningsresultat och innovationer översätts till rättsliga normer avseende vad som utgör god vård m.m. enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Något förenklat menar vi att vi kan tydliggöra samspelande kvalitetssystem på:

2036 SS-EN ISO 9000:2015 Ledningssystem för kvalitet – Principer och terminologi.

2037 SS-EN 15224:2017 Ledningssystem för kvalitet – EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården s. 9.

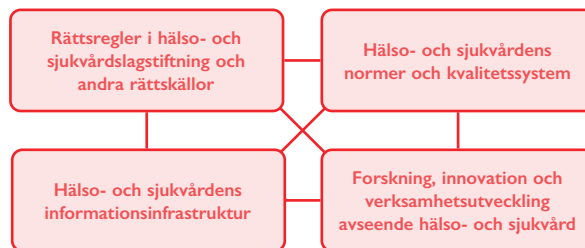
2038 Intressant i sammanhanget är hur man i standarden förklarar att ”ska” anger krav, ”bör” anger rekommendation, ”får” anger medgivande och ”kan” anger möjlighet eller förmåga, s. 7–8.

- professionell nivå,
- vårdgivarnivå,
- huvudmannanivå, och
- statlig nivå.

Även om kvalitetsarbetet avseende de konkreta vårdinsatserna i stor utsträckning åvilar hälso- och sjukvårdens professioner så är det tydligt att vårdgivare, huvudmän och även staten har viktiga roller.

Digitalisering av hälso- och sjukvårdens kvalitet

Det är dessutom tydligt att vi står inför en digitalt driven omvandling där det kommer att utvecklas alltmer detaljerade kvalitetssystem avseende hälso- och sjukvårdens olika vårdinsatser. På vårdgivarnivå och huvudmannanivå kommer det att utvecklas alltmer avancerade kvalitetsledningssystem. Statsmaktens olika myndigheter kommer att vara alltmer involverade i utvecklandet av kunskapsstöd och kunskapsstyrning avseende kvalitetsarbetet. Företag som är specialiserade på vårdens digitalisering kommer att leverera mängder av lösningar med potential att förstärka hälso- och sjukvårdens kvalitet i olika avseenden. Utifrån ett medikolegalt perspektiv blir det tydligt hur kvalitetsnormer blir en del av de digitala lösningarna. Avgörande i denna utveckling är den digitala kunskapsstyrning och utvecklandet av det som beskrivs som hälso- och sjukvårdens informationsinfrastruktur.



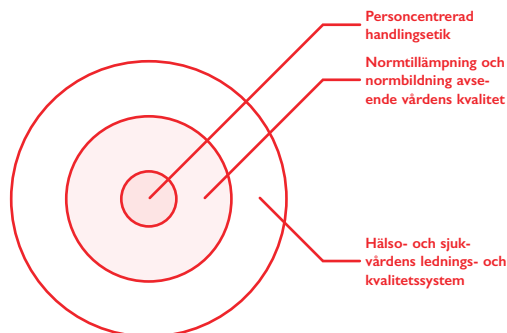
FIGUR 66.
Hälso- och sjukvårdens system och praktik.

Med ett socio- och medikolegalt perspektiv på hälso- och sjukvård blir det tydligt att vi behöver urskilja tre systembaserade ordningar i förhållande till den forskning och innovationsverksamhet som bedrivs avseende hälso- och sjukvården. I enlighet med vad som ovan förklarats skiljer vi mellan den systembaserade utvecklingen av hälso- och sjukvårdslagstiftning, föreskrifter och andra generellt bindande rättskällor, i förhållande till organiseringen av hälso- och sjukvården som kvalitetssystem och rättslig ordning i övrigt. Särskilt intressant är hur det, i takt med digitaliseringen av hälso- och sjukvården, utvecklas en särskild informationsinfrastruktur. Det blir allt tydligare hur denna infrastruktur, genom arbetet med kunskapsstyrning och kunskapsstöd, kan ses som en särskild systembaserad ordning.

17.1.4 Ett tekno- och medikolegalt ramverk för hälso- och sjukvårdens kvalitet

En central slutsats för detta arbete är att arbetet med personcentrering och patientens rätt måste, för att realiseras och implementeras, vara en integrerad del i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete.

FIGUR 67.
Överblick över hälso- och sjukvården som ”rättsliga lager”



En särskilt viktig utgångspunkt för förevarande arbete är som sagt den inom filosofin utvecklade handlingsetiken, vilken i sig erbjuder en utvecklad tankeram för hur man utifrån ett professionellt perspektiv bör ta sig an ”god vård”. Handlingsetiken bör följaktligen ses som själva kärnan i en mer normbaserad modell för hälso- och sjukvård. I slutändan handlar all hälso- och sjukvård om hur de enskilda individerna väljer att förhålla sig till patienterna och det ansvar man innehar. Viktigt för detta arbete är att handlingsetiken behöver kompletteras med rättsliga normer och andra normer, vilka implementeras inom ramen för relationella handlingssystem. I regler m.m. föreskrivs vad som är god kvalitet. När dessa implementeras som normer utvecklas vad som kan beskrivas som kvalitetssystem. Viktigt i sammanhanget är att dessa normsystem inte endast kommer att avse själva vårdens utförande, utan även ansvarsfördelning, resursskapande, uppföljning m.m. Det är frågan om att utveckla mer omfattande ledningssystem för hälso- och sjukvårdens kvalitet. Sammantaget understryker vi att det krävs något av ett socio- och medikolegalt helhetsgrepp – ett ramverk – där vi förhåller oss till *hälso- och sjukvårdens kvalitet som normtillämpning, normbildning och handlingsetik*.²⁰³⁹

17.2 Personcentrering och kvalitetsutveckling i en digital era

Ambitionen i denna del av arbetet är således att utveckla ett ramverk där personcentrerad vård och centrala delar av patientens rätt är en integrerad del av arbetet med hälso- och sjukvårdens kvalitet. I detta avsnitt kommer vi att översiktligt sätta scenen för varför det finns behov av ett dylikt ramverk och varför detta behov blir alltmer överhängande och påträngande.

²⁰³⁹ Jfr Hydén som lyfter fram sin normvertenskapliga metod: “In legal science, the normscientific analysis helps, among other things, to shift focus from the lawyer’s quest to find and interpret the normative legal system’s solution to both private and societal issues to instead adopting a functional approach to legal regulation. I call this approach “strategic normative thinking” (SNT).” Hydén, *Sociology of law as the science of norms* s. 238.

17.2.1 Ett patientfokuserat makt- och perspektivskifte

Att det krävs ett rättsligt ramverk för hälso- och sjukvårdens kvalitet säger sig i någon mening självt. Det har också efterlysts en större tydlighet på de rättsliga kraven på hälso- och sjukvårdens kvalitet.²⁰⁴⁰ Möjligen är det inte självklart varför att ett rättsligt ramverk för hälso- och sjukvårdens kvalitet bör ta sin utgångspunkt i vad som är personcentrerad vård. För att tydliggöra varför så rimligen måste vara fallet kommer vi än en gång återknyta till Patientmaktsutredningens ställningstagande att stärkandet av patientens ställning utgör ett led i en mer omfattande omställning av hälso- och sjukvården. Patientmaktsutredningen konstaterade som sagt att det är fråga om både en makt- och perspektivförskjutning inom hälso- och sjukvården.²⁰⁴¹ Perspektivförskjutningen innebär som vi ovan beskrivit att hälso- och sjukvården som verksamhet och system utvecklas från ett patientperspektiv, i stället för ett verksamhets- och yrkesperspektiv.²⁰⁴² Maktförskjutningen består i att patientens ställning ska stärkas och att denne ska vara mer delaktig i hälso- och sjukvården.²⁰⁴³ Vi menar att redan en diskussion om innebörden av detta ställningstagande kommer att påvisa vikten av varför hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete alltmer behöver ta avstamp i personcentrerad vård som kvalitetsnormer.

Reformarbetet avseende patientens ställning och personcentrering kan, som vi redan konstaterat, härledas relativt långt tillbaka i tiden. Det har såtillvida varit frågan om ett systemskifte i vardande under många år. Vi har kunnat härleda ett samlat grepp i detta avseende till en utredning från 1977. I SOU 1977:66 Patient i sjukvården – kontakt och information menar man att man kan samla ett antal begrepp som fångar de krav som alltmer präglar debatten om hälso- och sjukvården:

- helhetssyn
- kontinuitet
- normalisering
- självbestämmande
- medinflytande
- integritet
- aktivering

Att det krävs en *helhetssyn* förklarar utredningen enligt följande:

”En bedömning av patientens hela situation och inte bara en symtominriktad medicinsk behandling bör eftersträvas. Bedömningen ställer krav på samverkan mellan och kommunikation mellan sjukhusets olika enheter och i många fall med organ utanför sjukvårdsorganisationens ram, t.ex. socialvård, arbetsplats.”²⁰⁴⁴

²⁰⁴⁰ Se kortfattat under avsnitt 19.1

²⁰⁴¹ SOU 2013:2 Patientlag s. 158.

²⁰⁴² Jfr Proposition 2013/14:106 Patientlag s. 35

²⁰⁴³ Se ovan i kapitel 7.

²⁰⁴⁴ SOU 1977:66 Patient i sjukvården – kontakt och information. Rapport från en expertgrupp inom medicinalansvarskommittén s. 39.

Kravet på *kontinuitet* förutsätter enligt utredningen att inte vårdarbetet onödigtvis styckas sönder. *Normaliseringen* betyder att vårdmiljön och det dagliga livets innehåll bör i görligaste mån överensstämma.²⁰⁴⁵ Kravet på *självbestämmande* består enligt utredningen i möjligheten för patienten att själv fatta beslut i olika valsituationer. Detta menar man stärker självförtroendet och ger känslan av att behandlas som ett subjekt och inte ett objekt.²⁰⁴⁶ Beträffande kravet på *medinflytande* konstaterar man att det gäller både hälso- och sjukvården i stort och patientens egen vård och behandling.

”Att patienten får delta i beslut, liksom i det arbete som föregår och som blir följden av beslut, bör medföra positiva effekter på patientens och personalens engagemang och självkänsla, uppfattning av den egna rollen och de yrkesmässiga och mänskliga förutsättningarna för medverkan och inflytande.”²⁰⁴⁷

Kravet på *integritet* har enligt utredningen ett starkt samband med möjligheterna till självbestämmande och medinflytande. Integritet avser kravet att bli mött med hänsyn, aktning och respekt.²⁰⁴⁸ *Aktivering* avser att patienten ska stimuleras att komma bort från passivitet.²⁰⁴⁹ Flera av dessa krav återfinns numera i patientlagen och andra centrala hälso- och sjukvårdslagar. De är betraktat som normer nära förknippade med den personcentrerade vården. Det är också krav som i olika grad återspeglas i reformen om god och nära vård. Med beaktande av att det gått närmare 50 år sedan utredningen gjordes kan vi samtidigt konstatera att det krävs en hel del för att gå från tanke till praktik.

17.2.2 Perspektivförskjutningen och dess utmaningar

En viktig uppgift då man avser att bidra till hälso- och sjukvårdens personcentrering och kvalitet är att man har en bild av de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Vi börjar att ringa in utmaningar som är förknippade med ovan diskuterade perspektivförskjutning i hälso- och sjukvårdssystemet. Intressant i detta avseende är hur man redan i utredningen från år 1977 lyfte fram ett antal utmaningar som är viktiga att beakta då man bedriver patientrelaterat reform- och utvecklingsarbete.²⁰⁵⁰

17.2.2.1 Patientens dubbla roller

En första utmaning som lyftes fram i utredningen är att när man ska tillgodose patientens intressen gällande hälso- och sjukvårdens utveckling måste man beakta dennes dubbla roller:

”Patienten som intressent i hälso- och sjukvården har som regel två roller. Som skattebetalare har han intresse av hushållningen med allmänna medel. Som patient har han i den rollen intresse av att få bästa behandling och omvårdnad helst på sina egna villkor samt att få utöva ett medinflytande på sin situation.”²⁰⁵¹

²⁰⁴⁵ a.a.

²⁰⁴⁶ a.a.

²⁰⁴⁷ a.a. s. 93.

²⁰⁴⁸ a.a. s. 39.

²⁰⁴⁹ a.a.

²⁰⁵⁰ a.a.

²⁰⁵¹ a.a. s. 40.

Som utmaning kan den anses sätta scenen för hela den svenska hälso- och sjukvården som system och rättslig ordning.

En viktig slutsats i sammanhanget är att hanterandet av avvägningen av patientens intressen utifrån dessa två roller blir alltmer svårhanterlig. Detta tydliggörs redan om vi kompletterar bilden med att den initierade patienten kommer att förvänta sig att hälso- och sjukvården tillhandahåller det senaste och det bästa när det gäller att undersöka, diagnostisera, bota, behandla, vårda o.s.v. Beträktat på en internationell arena sker det en enorm utveckling vad gäller utbudet av ny kunskap, medicinteknik och läkemedel m.m. som kan användas. Det var vidare relativt tidigt som man insåg att den omständighet att befolkningen lever allt längre kommer att resultera i allt fler kroniska sjukdomar där det finns behov av långsiktig medicinsk behandling. Många patienter blir dessutom alltmer kunniga, medvetna och även kravställande.

Det råder ingen tvekan om att frågan om kostnadseffektivitet är och än mer kommer att bli en viktig fråga när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling. Detta gäller också den personcentrerade vården. Det finns också studier som åtminstone i viss utsträckning påvisar att ökade personcentrering har förutsättningar att minska kostnader.²⁰⁵²

17.2.2.2 Intressekonflikten mellan patienten och personal

En andra utmaning, som lyftes fram i utredningen från år 1977, är den intressekonflikt som åtminstone i vissa avseenden föreligger mellan patientkollektivet, hälso- och sjukvårdspersonalen och samhället i övrigt.

”Personalen har intresse av goda arbetsvillkor, medbestämmande och medinflytande och kan komma i en konfliktssituation på grund av sin lojalitet mot samhället/arbetsgivaren å ena och solidaritet med patienten å andra sidan när det gäller innehåll och kvalitet i de vårdresurser som sätts in... Allmänhetens krav på ökad service t.ex. mottagningstider och jour kan strida mot personalens krav på bekväma arbetstider. Personalen kan komma i motsatsställning till patienter som de kan tycka ha för stora och orealistiska krav på uppmärksamhet och omvårdnad, något som resurserna inte alltid räcker till för.”²⁰⁵³

Det råder inte heller någon tvekan om att förhållandet mellan patientens ställning och hälso- och sjukvårdspersonalens arbetssituation är en sådan utmaning som måste beaktas i reform och omställningsarbete. Även i detta sammanhang finns det studier som åtminstone i viss utsträckning påvisar att personcentrerad vård kan minska arbetsbördan.

Det finns givetvis också andra intressekonflikter som är värda att beakta i sammanhanget. Föga anade man vid tidpunkten för expertgruppens rapport den privatisering som skulle ske av svensk hälso- och sjukvård. Idag tillhandahålls 45% av

²⁰⁵² Se bl.a. Ekman, Wolf, Olsson, Taft, Dudas, Schaufelberger och Swedberg, Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. Brännström och Broström, Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care: PREFER: a randomized controlled study. Ulin, Olsson, Wolf and Ekman, Person-centred care – An approach that improves the discharge process.

²⁰⁵³ SOU 1977:66 Patient i sjukvården – kontakt och information. Rapport från en expertgrupp inom medicinalansvarskommittén s. 40.

primärvård i privat regi,²⁰⁵⁴ medan motsvarande siffra avseende kommunal omsorg är 17%.²⁰⁵⁵ Detta är självfallet en ytterligare utmaning som behöver att hanteras.

17.2.2.3 Specialisering och systemkomplexitet

En tredje utmaning som lyftes fram i utredningen från år 1977, är att den medicinska och tekniska utvecklingen ställer alltmer omfattande krav på specialisering och verksamhetsutveckling.

”Den medicinska och medicinskt-tekniska utvecklingen ställer krav på specialisering. Specialiseringen medför en alltmer komplicerad fördelning av personal och patienter till olika discipliner och skapar svår bemästrade samarbetsproblem inom sjukhuset som helhet och i vården av patienten. Här ligger enligt vår mening en stor risk för intressekonflikt då vi ser kraven på omvårdnad svåra att förena med en fortgående specialisering. Omvårdnaden i sig ställer särskilda krav på information, kontakt och trygghet, som måste bli svåra att upprätthålla om personkretsen kring patienten ständigt skiftar. Det är därför angeläget att man skaffar sig perspektiv på balansen mellan den tekniska utvecklingen och specialiseringen samt omvårdnadsarbetet.”²⁰⁵⁶

Innebörden är att det finns ett kontinuerligt ökande behov av handlingssystem för utveckling och specialisering.

Detta är en utmaning som blivit än mer central. Antalet nya medicinska och tekniska lösningar ökar kontinuerligt. Att hälso- och sjukvårdssystemet kräver ökad specialisering och härigenom blir alltmer komplext är ofrånkomligt. Utvecklingen i detta avseende försvårar såväl som möjliggör ökad personcentrering.

17.2.3 Maktförskjutningen och dess utmaningar

En omständighet som gör det angeläget att utveckla det socio- och medikolegala förhållningssättet till hälso- och sjukvården är digitaliseringen. Den maktförskjutning som sker i förhållande till patienten måste förstås utifrån den strukturella omvandling vi vanligtvis betecknar digitalisering. Hälso- och sjukvårdens digitalisering kastar också nytt ljus på både innebörden och betydelsen av personcentrering. Det är som redan konstaterats uppenbart att digitaliseringen skapar nya möjligheter när det gäller hälso- och sjukvårdens kvalitet. Detta tydliggörs inte minst genom den s.k. kunskapsstyrningen.

17.2.3.1 Hälso- och sjukvårdens digitala paradigmskifte

Det är numera accepterat att hälso- och sjukvården befinner sig i vad som kan beskrivas som ett digitalt paradigmskifte. Det är frågan om en strukturomvandling på hälso- och sjukvårdens alla nivåer. Omvandlingen baseras på den kontinuerliga förnyelse som vi numera förknippar med bl.a. dator- och IT-baserad medicinteknik och annan hälso- och sjukvårdsutrustning. Särskilt påtagligt är utvecklandet av digitala vårdtjänster.

²⁰⁵⁴ Det kan samtidigt noteras att 50% av alla primärvårdsbesök sker hos en privat vårdgivare. SKR, Verksamhetsstatistik 2011–2021.

²⁰⁵⁵ SKR:s webbsida, Kommunernas köp av verksamhet 2023.

²⁰⁵⁶ SOU 1977:66 Patient i sjukvården – kontakt och information. Rapport från en expertgrupp inom medicinalansvarskommittén s. 41.

”A further challenge for contemporary health systems lies in the role of new and innovative practices that are beyond the immediate control of care providers, and that role is only beginning to be understood. This applies in particular to the rapidly changing digital world, ranging from innovative devices, e- and m-health tools and technologies (mobile communication and network technologies) (Iribarren et al., 2017) to social networking sites (Rozenblum, Greaves & Bates, 2017), including online health fora and peer-to-peer support networks. These are already reshaping the way individuals and citizens are engaging with health care and systems more widely, with online resources now established as a primary route to health information.”²⁰⁵⁷

För detta arbete är införandet av digitala vådrutiner, kunskapsstöd, kunskapsstyrning och informationssystem av intresse. Det är just utvecklingen i detta avseende som påvisar betydelsen av att utveckla ett fördjupat synsätt på normtillämpning och normbildning. Behovet av ett ramverk i detta avseende kan förklaras utifrån tre s.k. maktförskjutningsprocesser.

17.2.3.2 Maktförskjutning från profession till patient

Redan i utredningen från 1977 tydliggjorde man att patientens förändrade ställning i hälso- och sjukvården måste förstås utifrån:

- Information om patienten
- Information till patienten
- Information från patienten

I förhållande till den kravbild som man ringade in genom de olika begreppen konstaterade man:

”En grundläggande förutsättning för att målen skall kunna förverkligas är nämligen enligt vår mening att kommunikationsproblemen görs till föremål för särskild uppmärksamhet och att man då särskilt beaktar att patienten också utgör en del av arbetslaget och därmed är en part i informationsprocessen”.²⁰⁵⁸

Det var i princip redan då klarlagt att vi är på väg in i ett samhälle där informationen får allt större betydelse. Att patientens tillgång till information är helt avgörande tydliggjordes:

”Det är patienten själv som avgör om han skall underkasta sig vård eller behandling. Självklart bör han också ta del i de diskussioner som måste föras om vilken typ av vård eller behandling som bör ges. För att kunna göra detta måste patienten var upplyst om förutsättningarna för vården, planerade och vidtagna åtgärder m.m. I vårdarbetet måste informationen till och från patienten ingå som en integrerad del. Informationen är på samma sätt som vårdpersonalens insatser av avgörande betydelse för utredningen och behandlingen. Saknas information eller ges den bristfälligt är risken stor att vårdinsatsen blir bristfällig, t. ex. genom att felaktig behandling sätts in... Det är uppenbart att detta principiella och delvis teoretiska resonemang inte kan leda till den praktiska slutsatsen att någon behandling inte får sättas in förrän patienten är lika insatt som läkaren i de medicinska problem som rör patienten. Men resonemanget gäller i princip ändå.”²⁰⁵⁹

²⁰⁵⁷ Nolte and Anell, Achieving person-centred health systems: levers and strategies s. 85.

²⁰⁵⁸ SOU 1977:66 Patient i sjukvården – kontakt och information. Rapport från en expertgrupp inom medicinalansvarskommittén s. 39.

²⁰⁵⁹ a.a. s. 93.

Redan genom att förstå betydelsen av information för patienter kan vi konstatera digitaliseringens kanske mest centrala maktförskjutningsprocessen är den som sker från profession till patient. Det är sedan länge konstaterat att tillgången till digital information och kunskap gör det möjligt att för patienter att besitta kunskap om sitt eget sjuktillstånd på ett sådant sätt att de kan inta en helt annan relation till hälso- och sjukvårdens anställda. Ju bättre digitalt stöd och digitala tjänster, desto mer information och kunskap. Detta skapar förutsättningar till delaktighet och även egenvård. Nya digitala vårdlösningar skapar än större förutsättningar i detta avseende. Det säger sig självt att förmågan att göra dessa lösningar personcentrerade är helt avgörande för att nå framgång i dessa avseenden. Frågan om inkludering och jämlikhet är särskilt utmanande. Utifrån ett normperspektiv är utvecklingen beroende av implementeringen av rättsreglerna i bl.a. patientlagen och patientdatalagen. Inom ramen för de handläggssystem där de digitala lösningarna utnyttjas ska reglerna ha översatts i konkreta normer om vilken information som ska göras tillgänglig, hur integritet säkerställs och samtycken inhämtas, i vilka avseende patienterna kan vara delaktiga och egenvård möjliggöras o.s.v. Förenklat kan utvecklingsbehovet uttryckas med att vi går från professionsintegrerade normsystem, där den enskilde läkaren etc. hade att fatta beslut om den vårdinsatsen, till systemintegrerade normsystem där själva normerna tydliggörs och t.o.m. är en del av de digitala lösningarna.

17.2.3.3 Maktförskjutning från profession till vårdgivare och huvudmän

Digitaliseringen av hälso- och sjukvården innebär också att vårdgivare, huvudmän och även staten måste ta ett större ansvar för hälso- och sjukvårdens kvalitet. Detta tydliggörs inte minst genom den kunskapsstyrning och de kunskapsstöd som utvecklas. Det är inte görbart för enskilda läkare m.fl. att utveckla digitala vårdrutiner eller digitalt tillgängligt kunskapsstöd. Detta förutsätter ett ansvarstagande på högre nivå i hälso- och sjukvårdssystemet. Av framställningen i del 3 följer att den digitala utveckling vi förknippar med kunskapsstyrningen förutsätter omfattande samverkan mellan hälso- och sjukvårdens aktörer. Utifrån ett normperspektiv är det möjligt att se kunskapsstyrningen i sig som systemintegrerad normutveckling inom ramen för vad som kan beskrivas som ett kvalitetssystem för hälso- och sjukvården.

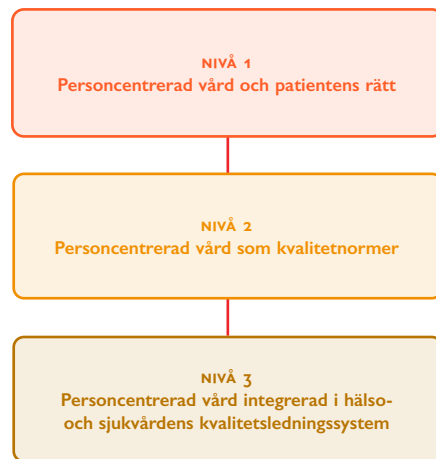
17.2.3.4 Maktförskjutning från hälso- och sjukvården till tillhandahållare av digitala tjänster

En ytterligare maktförskjutning, vilken vi förmodligen endast sett början av, avser den i förhållande till dem som tillhandahåller digitala lösningar i olika avseenden. Vi har redan konstaterat att digital kunskapsstyrning och andra digitala lösningar i sig kan anses utgöra normsystem. Detta betyder att externa aktörer som tillhandahåller dessa digitala lösningar får en särskild maktposition. Det är nog rimligt att anta att internationella teknikföretag som utvecklar digitala plattformar för egenvård och annan hälso- och sjukvård, kommer att få en stor påverkan på hur hälso- och sjukvård ska bedrivas. Det är i detta sammanhang mycket viktigt att dessa digitala tjänster kan integreras i hälso- och sjukvården som kvalitetssystem. Det är t.o.m. så att det kommer att krävas digitala tjänster som hanterar hälso- och

sjukvårdens kvalitetsarbete; både vad gäller normtillämpning och normbildning. Det säger sig självt att digitala lösningar, inte minst med hjälp av AI, kommer att skapa nya förutsättningar i detta avseende.

17.3 Del 4 och dess innehåll

I denna arbetets fjärde del presenteras således ett normorienterat ramverk för hur hälso- och sjukvården kan utvecklas som kvalitetssystem. Ramverket baseras på en mediko- och sociolegal analys av hur forskning, innovation och verksamhetsutveckling resulterar i rättsliga normer avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet. Ambitionen är att ramverket ska fånga det samspel som sker, och rimligen ska ske, mellan normtillämpning och normbildning. Ramverket består av tre sammanlänkade delar, vilket utifrån ett användarperspektiv kan förstås som tre ambitionsnivåer när det gäller att implementera personcentrerad vård.



FIGUR 68.
Översikt över ramverket.

De tre nivåerna i ramverket presenteras i ett eget kapitel. Varje del i ramverket tar utgångspunkt i en forskningsfråga, vilken följaktligen kommer att analyseras i respektive kapitel. Varje kapitel bygger dessutom vidare på analysen i föregående kapitel.

Nivå 1. Personcentrering och patientens rätt (kapitel 18)

Den första forskningsfrågan avsåg att ringa in det möjliga när det gäller hur man kan förstå personcentrerad vård utifrån samspelet mellan handlingsetik och tillämpningen av rättsliga normer. Särskilt viktigt inom ramen för denna första ambitionsnivå är att påvisa hur "patientens rätt" enligt patientlagen möjliggör att ett personcentrerat förhållningssätt kan utvecklas som rättsliga normer. Forskningsmässigt har vi med utgångspunkt i analysen som presenterats i kapitel 2 frågat oss hur implementeringen av patientlagens bestämmelser och andra rättsregler möjliggör personcentrering vid utförandet av vård. Vi frågar oss särskilt hur forskning, innovation och verksamhetsutveckling avseende personcentrerad vård utgör processer som genererar mer detaljerade rättsnormer avseende hur man

ska implementera patientlagen. Vi lägger också särskild vikt vid att utvärdera hur den standard som utfärdats avseende patientdelaktighet och personcentrerings²⁰⁶⁰ kan användas när det gäller implementeringen av patientlagen och utvecklandet av personcentrerad vård som rättsliga normer.

När det gäller själva ramverket begränsas ambitionen till att formulera de frågor för respektive normkategori som är relevanta att förhålla sig till. Vi skapar en normstruktur, utifrån vilken vi i de påföljande delarna stegvis kan utveckla mer i detalj hur vi kan förstå personcentrerad vård som normer – ”personcentreringsnormer”. Viktigt i sammanhanget är att vi aktivt har valt att inte fokusera på de fokusområden vi i kapitel 1 beskrev som personcentrerat tillgängliggörande av hälso- och sjukvård respektive personcentrerad digitalisering och hantering av patientdata.

Ramverket på denna nivå riktar sig till alla som i något avseende ägnar sig åt hälso- och sjukvård. På denna nivå är det som sagt frågan om att implementera personcentrerad vård såsom rättsliga normer. All hälso- och sjukvårdspersonal behöver behärska de mest centrala delarna i patientlagen som avser vårdens utförande i förhållande till patienter. Detta gäller också de som, utan att tillhöra hälso- och sjukvårdens professioner, har en viktig roll i hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Nivå 2. Personcentreringsnormer (kapitel 19)

I förhållande till ramverkets nivå två har vi uppställt forskningsfrågan hur personcentreringsnormer om personcentreringsnormer bör förstås i förhållande till andra normer som man har att tillämpa när det gäller hälso- och sjukvårdens kvalitet. Vad utgör centrala *kvalitetsnormer* som hälso- och sjukvårdspersonal och övriga aktörer måste förhålla sig till när det gäller hälso- och sjukvården? Vi har analyserat de krav som följer av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Vi har lagt särskild vikt vid de kvalitetskrav som är förknippade med Socialstyrelsens föreskrifter avseende ledningssystem för kvalitet. I detta sammanhang har vi även analyserat de europeiska och nationella standarder som utvecklats avseende kvalitetsledning inom hälso- och sjukvård.

Normativt har vi valt att ta utgångspunkt i Ricours tre pelare för hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i dessa skiljer vi mellan *medicinska normer*, *hälso- och sjukvårdspolitiska normer* och *personcentreringsnormer*. Utifrån ramverket i denna del kan vi följaktligen inordna och relatera personcentreringsnormer i förhållande till det kvalitetssystem som kan anses utgöra hälso- och sjukvårdens kärna. Inom ramen för denna del i ramverket är det särskilt viktigt att påvisa hur kvalitetsnormerna är resultatet av ett relativt utvecklat samspel mellan normtillämpning och normbildning. Vår uppfattning är att det normrationella synsättet i sig har förutsättningar att förstärka arbetet avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet.

På denna nivå riktar sig ramverket till dem som i olika avseenden svarar för hälso- och sjukvårdens kvalitet. I någon mening gäller det givetvis alla som är inblandade i hälso- och sjukvården. Samtidigt är det vissa personer som har mer

²⁰⁶⁰ SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård.

ansvar än andra. Ramverket är på denna nivå mer utvecklat till sin natur och inkluderar kvalitetsaspekter i vid mening. En särskilt viktig målgrupp är de som är involverade i hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning.

Nivå 3. Personcentrering integrerad i hälso- och sjukvårdens styrsystem (kapitel 20)

På tredje nivån i ramverket utvärderar och diskuterar vi hur de, inom ramen för nivå två, tydliggjorda kvalitetsnormerna för god vård kan och bör utvecklas och hanteras inom ramen för hälso- och sjukvårdens ledningssystem för kvalitet. Här är forskningsfrågan vilka processer och rättsliga handlingssystem som mer specifikt resulterar i hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Det är inom ramen för dessa som kvalitetsnormerna ska tillämpas. Den normativa utgångspunkten är vårdgivarens skyldighet att genom ledningssystem planera, styra, utvärdera och förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet. Vi utgår från Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem.

Normativt är ambitionen också att bygga vidare på det arbete som gjorts avseende vad som utgör ”möjliggörare” inom ramen för hälso- och sjukvårdens handlingssystem. Ambitionen är därtill att bygga vidare på den rättssociologiska förståelsen för hur lagstiftning m.m. implementeras.²⁰⁶¹ Det är följaktligen när vi har nått till denna ambitionsnivå som vi strävar efter att fånga hur hälso- och sjukvårdens kvalitet kan utvecklas och säkerställas.

Ramverket är på denna nivå än mer utvecklat och förutsätter en förståelse av hälso- och sjukvården som rättslig ordning. En central målgruppen för denna tredje nivå av ramverket är också de som är verksamhetsansvariga och i övrigt befinner sig i en ledande position. Särskilt viktiga är de som har till uppgift att bedriva förändringsarbete, inte minst vad gäller hälso- och sjukvårdens kvalitet. Samtidigt är vi visserligen av uppfattning att alla som har en professionell roll i hälso- och sjukvården bör kunna ha verktyg för att sätta sig in i hur hälso- och sjukvården fungerar som kvalitetssystem.

Sammantaget möjliggör ramverket en stegvis fördjupad bild av hur man kan förstå hälso- och sjukvård i allmänhet och personcentrerad vård i synnerhet. Varje nivå av ramverket är uppdelat i ett antal steg som man har att gå igenom. Pedagogiskt är ramverket uppbyggt kring normerande frågor, dvs. det är frågor som man kan förhålla sig till då man utvecklar och bedriver hälso- och sjukvård. De olika stegen innefattar ett större eller mindre antal normerande frågor, dvs. frågor som tydliggör vad som konkret behöver hanteras och även reflekteras kring i praktiken.

²⁰⁶¹ Inom det s.k. WE-Care-konsortiet på EU-nivå verkade man för att avgränsa möjliggörare (enablers). Se WE Care Consortium. Healthcare innovations and improvements in a financially constrained environment. Strategy Plan and R&D Roadmap (Ett projekt finansierat av EU FP7). För en sammanfattning se Ekman m.fl., Health-care improvements in a financially constrained Environment.

KAPITEL 18

PERSONCENTRERING OCH PATIENTENS RÄTT

18.1 Personcentrering som begrepp, etik och norm

I detta kapitel ska vi utvärdera hur patientens rätt och även personcentrering översätts som normer inom hälso- och sjukvården som system. Detta perspektiv innebär att vi kommer att utveckla hur man kan förstå samspelet mellan det personcentrerade förhållningssättet och implementeringen av patientens rätt enligt patientlagen. Vi menar att en första normativ uppgift bör vara att tydliggöra hur man kan, och t.o.m. bör, förstå samspelet mellan personcentrering som begrepp, etik och normer. Personcentrering är enligt flera förespråkare en handlingsetik. Samtidigt verkar numera begreppet som normer i olika avseenden. Exempelvis används begreppet flitigt i det omfattande reformarbete som bedrivs avseende god och nära vård såväl som avseenden kunskapsstyrningen. I detta sammanhang är det frågan om att översätta begreppet i olika normer. Intressant ur detta perspektiv är också standarden SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård.

Den forskningsfråga som analyseras och normativt diskuteras i detta kapitel är således hur innebörden av begreppet personcentrerad hälso- och sjukvård verkar normerande och hur personcentrerad hälso- och sjukvård kan förstås som normer, t.o.m. som rättsliga normer. När det gäller utvecklingen av personcentrerad vård som rättsliga normer är det som sagt särskilt intressant att fokusera på implementeringen av reglerna i patientlagen m.fl. lagar. Vi kommer också att utvärdera hur standarden om patientdelaktighet och personcentrering kan användas i sammanhanget. Denna första nivå i ramverket är som framgått den minst avancerade och riktar sig till alla som är intresserade av hur man med utgångspunkt i patientens rätt enligt bl.a. patientlagen kan verka för personcentrerad vård. Ambitionen är att ringa in vad som kan beskriva som fundamentala personcentreringsnormer som alla inom hälso- och sjukvården behöver förhålla sig till.

18.1.1 Begreppet personcentrerad vård och dess normerande innebörd

Det har ovan konstaterats ett antal gånger att det inte föreligger någon entydig begreppsbildning i förhållande till vad som menas med personcentrering. I arbetets tredje kapitel har vi beskrivit hur personcentrerad hälso- och sjukvård kan förstås utifrån ett antal olika perspektiv. Av framställningen i kapitlet framgår också att det är ett begrepp som har olika normerande innebörd. Det är numera ett begrepp som används både lokalt och internationellt inom ramen för hälso- och sjukvårdens praktik såväl som policy. Begreppet används för att påvisa vad som förväntas av dem som verkar inom hälso- och sjukvården. Begreppet används också som underlag för utformandet av indikatorer i olika avseenden. Vidare är det ett begrepp som kontinuerligt appliceras och utvecklas genom forskning. Det är följaktligen begrepp med en omfattande normerande verkan. Exakt vad denna normerande verkan består i är dock inte uppenbart. Då begreppet i sig inte är entydigt är det inte heller uppenbart hur det kan förstås som normer.

En viktig fråga då man diskuterar personcentrering som normer är vem/vilka som är adressat. På ett begreppsplan behöver vi fråga oss i förhållande till vem/vilka verkar begreppet normerande. Centrala adressater är läkaren, sjuksköterskan eller annan person inom hälso- och sjukvårdens professioner.²⁰⁶² Följande definition från Storbritannien är belysande i sammanhanget:

“In person-centred care, health and social care professionals work collaboratively with people who use services. Person-centred care supports people to develop the knowledge, skills and confidence they need to more effectively manage and make informed decisions about their own health and health care. It is coordinated and tailored to the needs of the individual. And, crucially, it ensures that people are always treated with dignity, compassion and respect.”²⁰⁶³

Det är uppenbart att begreppet verkar normerande i förhållande till hälso- och sjukvårdspersonalen. Normer som kan utläsas för personalen är: 1) att patienten behandlas med värdighet, omtanke och respekt, 2) att patienten ges tillgång till information och kunskap för att kunna fatta underbyggda beslut om sin egen hälsa och hur man ska agera i förhållande till hälso- och sjukvården, 3) att patienten utifrån sina egna önskemål och förutsättningar erbjuds att vara delaktig i hälso- och sjukvården. Genom att tydliggöra vad som kan förstås som normer för personalen blir det genast tydligt hur personcentrering är direkt förbundet med de skyldigheter som följer av patientlagen. Ett tydliggörande exempel är hur man i Socialstyrelsens utfärdade kunskapsstöd för rehabilitering och sjukskrivning beskriver vad som är ett personcentrerat förhållningssätt.

”Patienten är den viktigaste aktören i den egna sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Patientlagen (2014:821), PL syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Det innebär bland annat att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska vara personcentrerad och utgå från patientens behov genom att

- ta tillvara patientens resurser
- främja patientens delaktighet och det egna ansvaret
- säkerställa att löpande information är anpassad till patienten
- utgå från patientens förutsättningar.”²⁰⁶⁴

En begreppsprecisering som ofta har lyfts fram inom ramen för det reformarbete som nu bedrivs avseende god och nära vård, samt även avseende kunskapsstyrningen, är den som gjordes av Vårdanalys i rapporten ”Från mottagare till medskapare”:

”Personcentrering innebär att utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – innan, under, mellan och efter ett vårdmöte eller kontakt. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering

²⁰⁶² Se Nolte, Merkur and Anell, Person-centredness: exploring its evolution and meaning in the health system context s. 23–24.

²⁰⁶³ The Health Foundation. Person-centred care made simple – What everyone should know about person-centred care s. 3.

²⁰⁶⁴ Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd s. 13.

handlar också om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, men även i utformningen av hälso- och sjukvården... En personcentrerad hälso- och sjukvård ska ges inom ramen för de krav som ställs i lagstiftningen. Det innebär bland annat att vården ska ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och att prioriteringar ska göras utifrån vem som har störst behov av hälso- och sjukvård. En personcentrerad hälso- och sjukvård tar också hänsyn till olika individers varierande förutsättningar och önskemål om att vara delaktiga.”²⁰⁶⁵

Även utifrån denna begreppsbeskrivning kan vi utläsa ett antal normer riktade till primärt hälso- och sjukvårdspersonalen. Exempelvis har man som företrädare för hälso- och sjukvårdsprofessionen att utgå från individens behov, preferenser och resurser då man verkar. Samtidigt är det enligt denna begreppsbeskrivning tydligt att begreppet har en normerande verkan också mot andra aktörer inom hälso- och sjukvården. Utläsbara normer som att det ska föreligga enkla kontaktvägar in i vården och att vården ska ge stöd till egenvård förutsätter att vårdgivare såväl som huvudmän är adressater. Av särskilt intresse är det normerande tydliggörandet att personcentrerad vård ska ges inom ramen för de krav som ställs i lagstiftning. Betraktat som norm kan detta förstås som att när bl.a. patientlagen implementeras ska man inta ett personcentrerat förhållningssätt. Exempelvis kan rättsregeln om delaktighet överföras till rättsliga normer genom det personcentrerade förhållningssättet. Härigenom kan vi också diskutera hur personcentrering kan förstås som rättsliga normer.

En särskilt intressant adressat är just patienten. Det är också när man diskuterar patienten som adressat för personcentrering som kopplingen till ”patientens rätt” tydliggörs. I den internationella diskursen är det förkommande att lyfta fram betydelsen av att vara en ”empowered patient”. Med utgångspunkt i patientlagens bestämmelser kan frågan om ”patient empowerment” ses som något av en brygga i förhållande till utvecklingen av personcentrerad hälso- och sjukvård. Den s.k. ”Patient Empowerment and Centredness Committee”, en gruppering i anslutning till EU:s parlament, gör följande definition. Patienter som är ”empowered”:

- “have the necessary knowledge, skills, attitudes and self-awareness about their condition to
- understand their lifestyle and treatment options and make informed choices about their health;
- have the capacity to become ‘co-managers’ of their condition in partnership with healthcare professionals, with the aim of managing their condition when necessary and also to the extent they wish to do so, because choosing to not be empowered is also considered as a form of patient empowerment;
- have control over the management of their condition in their daily life;
- ideally, have the capacity to develop the self-confidence, self-esteem and coping skills needed to manage the physical, emotional and social impacts of their disease or condition in everyday life.”²⁰⁶⁶

Med ett fokus på att ”empower” patienten blir det tydligt att det handlar just om att omvandla patientlagen till en för individen rättslig status och kompetens i hälso- och sjukvården som systembygge. Ett närliggande synsätt är det som

2065 Vårdanalys, Rapport 2018:8. Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för mer personcentrerad hälso- och sjukvård s. 8.

2066 The Patient Empowerment and Centredness Committee – European Health Parliament, Patient empowerment and centredness s. 2.

utvecklats av WHO avseende ramverket för ”an integrated and people-centred approach”. Med denna ansats tydliggörs även hur patientens rättsliga kompetens måste utvecklas i en systemkontext:

- **“Equity in access:** For everyone, everywhere to access the quality health services they need, when and where they need them.
- **Quality:** Safe, effective and timely care that responds to people’s comprehensive needs and are of the highest possible standards.
- **Responsiveness and participation:** Care is coordinated around people’s needs, respects their preferences, and allows for people’s participation in health affairs.
- **Efficiency:** Ensuring that services are provided in the most cost-effective setting with the right balance between health promotion, prevention, and in- and-out patient care, avoiding duplication and waste of resources.
- **Resilience:** Strengthening the capacity of health actors, institutions and populations to prepare for, and effectively respond to, public health crises.”²⁰⁶⁷

Det är i sammanhanget uppenbart att patientens rättsliga kompetens måste sättas i ljuset av den rättsliga kompetens, ansvarsfördelning m.m. som i systembygget utvecklas i samspelet mellan hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och huvudmän för hälso- och sjukvården. Sammantaget framträder en relativt sofistikerad bild av hur personcentrerad hälso- och sjukvård rimligen måste översättas som normer på hälso- och sjukvårdens mer eller mindre samtliga systemnivåer.

Slutsatsen att det finns behov av ett mer utvecklat förhållningssätt till hälso- och sjukvården som system är vi på intet sätt ensamma om:

”We have highlighted that there is a need to move to a more complex model of engagement that considers people’s values and preferences at each level of the system; from the individual patient–professional relationship (micro level) to the organizational (meso) and the governance, finance and wider societal (macro) levels in order to systematically implement person-centred strategies... This means that we have to challenge the traditional approach to organizing and governing health care and systems by moving away from the profession- and expert led approach towards enabling and participatory strategies which emphasize respectful and enabling partnership working. Thus, if we accept this challenge and are committed to taking a broader perspective that recognizes people’s social context within which they live and make decisions, we need to reconsider the ‘boundaries’ between service providers and service users and people more broadly.”²⁰⁶⁸

Det krävs enligt vår mening ett mer normbaserat perspektiv på hälso- och sjukvård.

18.1.2 ”Möjliggörare” av personcentrerad hälso- och sjukvård

Inom ramen för forskningen om, och utvecklingen av, personcentrerad hälso- och sjukvård har det bedrivits policyorienterade projekt där man analyserar och diskuterar vad som utgör ”enablers” (möjliggörare) av personcentrerad hälso- och sjukvård.²⁰⁶⁹ Vi har med utgångspunkt i bl.a. detta arbete utvärderat vad som utgör s.k. möjliggörare när det gäller utvecklingen av personcentrering på

²⁰⁶⁷ WHO:s webbsida, Integrated people-centred care.

²⁰⁶⁸ Nolte and Anell, Achieving person-centred health systems: levers and strategies s. 86.

²⁰⁶⁹ Inom det s.k. WE-Care-konsortiet på EU-nivå verkade man för att avgränsa möjliggörare (enablers). Se WE Care Consortium, Healthcare innovations and improvements in a financially constrained environment, Strategy Plan and R&D Roadmap. För en sammanfattning se Ekman m.fl., Health-care improvements in a financially constrained Environment.

systemnivå. Exempel på möjliggörare som ringats in är struktur/organisation, kontrakt, kvalitetsparametrar, incitament och informationsteknologi. Ur vårt perspektiv är detta komponenter i vad som kan förstås som kvalitetssystem enligt ovan. Arbetet med möjliggörare av personcentrerad vård har för oss varit ett viktigt normativt underlag för hur man kan gå vidare med en mer omfattande ansats där personcentreringsnormer är en del av hälso- och sjukvårdens kvalitetsnormer, vilka tillämpas och även utvecklas inom ramen för den konkreta hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Även i andra sammanhang har olika möjliggörare ringats in. Inom ramen för standarden om personcentrering och patientdelaktighet lyfter man i artikel 7.2 fram ett antal möjliggörande aktiviteter:

”a) ett interprofessionellt förhållningssätt för kvalitetsförbättring på operativ och strategisk utvecklingsnivå, inklusive deltagande av ombud för patient, b) en strukturerad utvärdering och uppföljning av patientrapporterade resultatmätningar (PROM), såsom symtom, funktionell kapacitet, livskvalitet, hälsostatus och patientrapporterade erfarenhetsmätningar (PREM) under och efter vårdperioderna, c) stöd för och tillhandahållande av nödvändiga resurser och strukturer för patientdelaktighet på organisations- och systemnivå, samt vid behov inrättande av patientorganisationer, d) utbildning och fortbildning i patientdelaktighet som en del av utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal, e) skapande av strukturer och policyer för systematisk kvalitets- och säkerhetsförbättring beträffande patientdelaktighet, f) periodisk uppföljning av dokumenterade vårdplaner som inkluderar patientens mål och delat beslutsfattande. Om de fastställda målen inte uppfylls ska en förbättringsplan utvecklas, genomföras och utvärderas inom det följande året.”

Standarden är, som redan redovisats ovan, ett viktigt underlag för det ramverk som utvecklas i detta kapitel. Det är vår ambition att standardens implementering ska vara en integrerad del i hur man utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv kan utveckla hälso- och sjukvården.

18.1.3 Ett ramverk för att utveckla personcentrerad vård utifrån samspelet mellan handlingsetik och normer

I detta kapitel ska vi som sagt beskriva ramverkets första nivå. Tillspetsat består nivån i ett program för hur man med rättsliga normer kan möjliggöra personcentrerad vård. Ramverket riktar sig som framgått till dem som bedriver hälso- och sjukvård. Det riktar sig primärt till vårdgivaren och personalen, samt i viss utsträckning till huvudmannen. Utmärkande är igen att det fokuserar på kvalitetsutveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv.

Som grundval för programmet utvecklas en struktur för hur man kan förstå och även hantera personcentrerad hälso- och sjukvård utifrån ett normperspektiv. Utgångspunkten för ramverket är att personcentrerad hälso- och sjukvård ska förstås och hanteras som handlingsetik. Detta är själva kärnan. Genom ramverket är ambitionen att påvisa hur denna kärna kan, och måste, kompletteras med normer och t.o.m. rättsliga normer. Av särskild betydelse är *tydliggörandet av hur patientlagens regler och andra centrala regler kan implementeras som ”personcentreringsnormer”*. Vi skiljer som sagt mellan innehållet i lagarna som rättsregler i förhållande till hur de implementeras som rättsliga normer inom ramen för hälso- och sjukvårdens handlingssystem. Utmärkande för ramverket är följaktligen att vi erkänner den

handlingsetiska kärnan då vi implementerar patientens rätt, samtidigt som vi har ett personcentrerat perspektiv på den rättsliga implementeringsprocessen.

Ramverket baseras på överväganden av hur olika normer samspelar inom ramen för ett systembygge. Ramverket består av normerade frågor, vilka påvisar vad som behöver utvärderas såväl som hanteras då man avser att tillhandahålla och möjliggöra personcentrerad vård. Frågorna är paketerade så att de kan hanteras stegvis.

FIGUR 69.

Ramverkets första nivå – ett program för personcentrerad vård och implementering av patientens rätt.



Inom ramen för denna första ambitionsnivå kommer vi att ringa in det möjliga när det gäller hur man kan förstå personcentrerad vård som normer. Härvidlag är som framgått ambitionen att påvisa hur normbildning kompletterar det handlingsetiska förhållningssättet. Ramverket består av frågor avseende hur personcentrering kan implementeras som kvalifikationsnormer, kompetensnormer, handlingsdirigerande normer och målnormer. Ambitionen är att påvisa att personcentrerad vård som olika normer inte leder till kolliderande synsätt med ökad komplexitet som konsekvens, utan tvärtom är viktigt för att åstadkomma ett mer koherent och ändamålsenligt systembygge.

Ramverket baseras som sagt på en analys av vilka rättsregler i patientlagen som är centrala och t.o.m avgörande för att möjliggöra personcentrerad vård. Frågan är hur dessa ska översättas till rättsnormer inom ramen för hälso- och sjukvården som rättslig ordning och hur personcentreringsbegreppet verkar normerande. Denna utvärdering lägger själva grunden för utformandet av ramverket. Utifrån denna har vi uppställt ett antal normativa ambitioner avseende ramverket. Ambitionen är att ramverket i denna del ska möjliggöra:

- det handlingsetiska förhållningssättet,
- implementering av patientlagens m.fl. lagars bindande rättsregler som ett led i utvecklandet av personcentrerad vård,

- implementeringen av standarden för personcentrering och patientdelaktighet.

När det gäller hur ramverket är tänkt att användas finns i denna första del klara paralleller till tanken bakom standarden. Utmärkande för ramverket är dock att det tar utgångspunkt i vad som följer av lag. Ambitionen är följaktligen att ramverket parallellt ska möjliggöra att patientens rätt implementeras på ett personcentrerat sätt och det ges utrymme för det handlingsetiska perspektivet. Ur detta perspektiv är standarden av central betydelse. I standardens första artikel förklaras att standarden kan användas före, under och efter den aktuella vård som vårdpersonalen tillhandahåller. Det är följaktligen ett normerande dokument som kan användas då man planerar en vårdåtgärd, då man utför den och då man utvärderar hur den genomförts. Vidare förklaras att standarden kan användas på strategisk nivå ”för kvalitetssäkring och kvalitetsförbättring, för upphandling, utbildnings- och tillsynsändamål och som ett vägledande dokument för forsknings- och utvecklingsprojekt samt implementeringsprojekt av personcentrerad vård.”²⁰⁷⁰

Utmärkande för ramverket är således att vi tillämpar ett nedifrån och upp-perspektiv på hur hälso- och sjukvården utvecklas som rättsliga normer. Vi uppställer därför *frågor som man har att besvara då man utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv utvecklar normer* i den specifika verksamheten. Vi utgår som sagt från vad som utgör centrala rättsregler i patientlagen och frågar oss hur dessa ska utvecklas som rättsliga normer inom den specifika hälso- och sjukvården. Det kan vara frågan om att tydliggöra hur patientens rätt till delaktighet ska implementeras i ett specifikt sammanhang. Vi menar att det handlar om att utveckla och tillämpa personcentrerad vård som kvalitetsnormer, vilka i det här fallet kan härledas till patientlagens rättsregler och implementeras som normer med stöd av standarden. På detta sätt kan mycket väl forskningsresultat och annat utvecklingsarbete avseende vad som utgör personcentrerad vård översättas som rättsliga normer – dvs. det är ett led i att med utgångspunkt i föreliggande evidens utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Handlingsetik – Vad är det etiska ansvaret i mötet med och i relationen till patienten?

Det centrala momentet i ramverket är handlingsetik som arbetssätt inom hälso- och sjukvården. I enlighet med vad som redan sagts menar vi att det handlingsetiska förhållningssättet är kärnan vad gäller personcentrering. Detta är ett förhållningssätt som i stor utsträckning är förknippat med hälso- och sjukvårdens professioner och deras arbetssätt. Samtidigt är det ett arbetssätt som måste möjliggöras. Mer konkret handlar det om att det handlingsetiska förhållningssättet bör, och t.o.m. måste, kompletteras med normer.

²⁰⁷⁰ SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård.

Kvalifikationsnormer – Vad krävs och vilka kriterier ska vara uppfyllda för att vården ska vara personcentrerad?

När det gäller att utvärdera hur personcentrerad vård kan förstås som normer är kvalifikationsnormerna av särskilt intresse. I ramverket uppställer vi frågor som tvingar oss att reflektera över hur detta kan göras. Vi frågar oss vad som krävs och vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att vården ska vara personcentrerad. Central i detta sammanhang är analysen av vilka rättsregler i patientlagen som lägger grunden till en personcentrerad hälso- och sjukvård. Vi kommer att utvärdera hur centrala rättsregler i patientlagen kan implementeras som kvalifikationsnormer. I detta sammanhang kommer vi även att analysera standarden om personcentrering och patientdelaktighet. En viktig skillnad är som framgått att standarden inte är rättsligt bindande på samma sätt som patientlagen. Det är följaktligen först då standardens regler implementeras genom ingående av avtal eller organisatoriska beslut som de kan betecknas som rättsliga normer.

Kompetensnormer – Vem/vilka är ansvariga för att vården är personcentrerad och vilken formell och reell kompetens måste dessa ha?

En andra kategori av normer att utvärdera är hur personcentrerad vård kan implementeras som kompetensnormer. På motsvarande sätt uppställer vi i ramverket frågor som tvingar oss att reflektera över hur de rättsregler, som vi avgränsat som avgörande för möjliggörandet av personcentrerad vård, kan implementeras som kompetensnormer. Frågorna inriktas på vem/vilka som har ansvar för att vården är personcentrerad och vilken förmåga som krävs för att vården är personcentrerad. Intressant i detta sammanhang är också i vilken utsträckning det finns behov av att olika aktörer inom ramen för hälso- och sjukvården ska använda personcentrering som kvalifikationsnormer vad gäller den egna ställningen, dvs. vad innebär det att vara en läkare eller sjuksköterska som har förmåga att agera personcentrerat.

Handlingsdirigerande normer – Vilka konkreta åtgärder måste utföras, bör utföras och ska undvikas då vården är personcentrerad?

En tredje kategori att utvärdera är hur personcentrerad vård kan implementeras som handlingsdirigerande normer. I ramverket preciserar vi frågor kring hur de avgränsade rättsreglerna ska översättas till handlingsdirigerande normer för olika aktörer inom hälso- och sjukvården. Detta är normer som i mer detalj preciserar vad som ska utföras i praktiken. Även här lyfter vi fram hur standarden kan användas inom ramen för detta nedifrån och upp-perspektiv på vårdens utveckling.

Målnormer – När är vården personcentrerad och vilka indikatorer etc. ska vara uppfyllda?

En sista kategori av normer att utvärdera är målnormerna. Det är genom målnormerna som vi uppställer förväntningar på vad hälso- och sjukvården ska

åstadkomma. Det har visat sig vara närliggande att översätta rättsregler i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som målnormer. Centralt i sammanhanget är att de inte endast får översättas till abstrakta målnormer, då risken är uppenbar att de inte kommer att förverkligas. Däremot är det givetvis annorlunda om man kompletterar kvalifikationsnormer och handlingsdirigerande normer med mer konkreta och avgränsade målnormer, särskilt om dessa är förknippade med mätbara indikatorer.

18.2 Personcentrerad vård som handlingsetik

Vad är det etiska ansvaret i mötet med och i relationen till patienten?

Det första steget består i tydliggörandet av att personcentrerad vård i sin kärna handlar om en handlingsetik. Centralt är att överväga hur det handlingsetiska förhållningssättet till personcentrering möjliggörs. Vi utgår här ifrån Ricoeurs handlingsetik. Som utgångspunkt är det personalen som ska agera handlingsetiskt i patientmötet. Det handlingsetiska agerandet baseras på ett förhållningssätt. Som sådant behöver det inte baseras på normer. Samtidigt är det rimligt att fråga sig vad som är personcentrerad vård utifrån ett normperspektiv. Även utifrån ett normperspektiv är det rimligt att komma till slutsatsen att det i slutändan alltid handlar om en handlingsetik. I relationen till den specifika patienten frågar vi oss vad som krävs av oss i förhållande till hens situation och behov.

18.2.1 Ricoeurs medicinska etik – i gränssnittet mellan agerande och norm

När det gäller att förstå kärnan i det handlingsetiska förhållningssättet får man se bortom normerna och fokusera på bakomliggande drivkrafter för handlande.²⁰⁷¹ Det är som konstaterades inte nödvändigtvis normerna som styr individens agerande.²⁰⁷² I enlighet med vad som kan ses som Ricoeurs medicinska etik är det viktigt att lyfta fram individens etiska intention. Vid tillämpning av normerna har man som beslutsfattare en egen etisk ”intention” som styr agerandet – en etisk kompass. “Let us define “ethical intention” as aiming at the “good life” with and for others, in just institutions.”²⁰⁷³ Ricoeur menar att vi alla innerst inne strävar efter att göra ett så bra jobb som möjligt, vilket han beskriver som “aiming at the good life”. Han konstaterar i detta sammanhang att: “The major advantage of entering into the ethical problematic by way of the notion of the “good life” is that it does not refer directly to selfhood in the figure of self-esteem.”²⁰⁷⁴ Strävandet efter att ta ansvar sker enligt Ricoeur alltid i samspel med andra. Det egna etiska strävandet sker alltid i relation till andra – ”with and for

²⁰⁷¹ Ricoeur konstaterar om sitt eget arbete “One of my theses in my little ethics in Oneself as Another was that the ethical intention, at its deepest level of radicality, is articulated in a triad wherein the self the nearby and the distant are equally honored: to live well, with and for others in just institutions.” Ricoeur, *Reflections on the Just* s. 56.

²⁰⁷² Se bl.a. Kristensson Ugglå som i sin läsning av Ricoeur lyfter fram att: “however, in the end, a morality of obligations cannot “solve” the conflicts and dilemmas generated in the moral field.” Kristensson Ugglå, *A just allotment of memory and a just distance – Paul Ricoeur on Memory and Justice* s. 252.

²⁰⁷³ Ricoeur, *Oneself as Another* s. 172.

²⁰⁷⁴ a.a.

others”.²⁰⁷⁵ Att agera med och för andra avser enligt Ricoeur fysiska personer, men även i förhållande till institutioner. Det är här de rättvisa institutionerna kommer in.²⁰⁷⁶ Det etiska strävandet om ansvarstagande, måste följaktligen sättas in i en samhällelig kontext.

18.2.2 Normer för ett etiskt ansvarstagande

Utifrån detta perspektiv handlar personcentrering om att hälso- och sjukvårdspersonalen ska följa sin etiska intention och kompass och tillsammans med patienten verka för vad som är bäst för patienten. En central slutsats i detta arbete är att den lagstiftning som föreligger på hälso- och sjukvårdsområdet ställer, om inte direkt så i vart fall indirekt, krav på att hälso- och sjukvårdspersonal strävar efter ett sådant etiskt ansvarstagande. Viktigt i sammanhanget är att hälso- och sjukvården som system och ordning måste möjliggöra för personalen att verka handlingsetiskt. Slutsatsen i detta sammanhang är att det både krävs normer som tydliggör vad som är viktigt att förhålla sig till då man verkar handlingsetiskt och normer som möjliggör för individen att verka handlingsetiskt, exempelvis genom att ha tillräckligt med tid, resurser och stöd.

Intressant i sammanhanget är Ricoeurs medicinska etik som innehåller tydliga normerande delar. För Ricoeur är kärnan i den medicinska etiken etablerandet av ett vårdgivandeavtal.²⁰⁷⁷ Detta har påtagliga likheter i förhållande till det personcentrerade partnerskapet och även det patientavtal som införts i och med reformen för god och nära vård. Än mer intressant är Ricoeurs normbaserade fundamentet som består i tre kolumner. I enlighet med denna etik har den som ska fatta beslut om en viss vårdinsats att tillämpa vad som kan beskrivas som medicinska normer, hälso- och sjukvårdspolitiska normer och patientnormer (personcentreringsnormer).²⁰⁷⁸ En målnorm i detta sammanhang skulle följaktligen föreskriva ett strävande om att möjliggöra för hälso- och sjukvårdens personal att

²⁰⁷⁵ Jfr följande beskrivning av Ricoeurs arbete: “While Ricoeur emphasizes the importance of the first person perspective and the notion of personal responsibility, his is no philosophy of the radical individual. He emphasizes that we are “mutually vulnerable”, and so the fate (self-esteem) of each of us is tied up with the fate of others. This situation has a normative dimension: we have an indebtedness to each other, a duty to care for each other and to engender self-respect and justice, all of which are necessary to the creation and preservation of self-esteem. While duty runs deep, Ricoeur argues that it is nevertheless preceded by a certain reciprocity. In order to feel commanded by duty, one must first have the capacity to hear and respond to the demand of the Other.” Internet Encyclopedia of Philosophy webbsida, Paul Ricoeur.

²⁰⁷⁶ Kristensson Ugglar konstaterar också att för Ricoeur “justice is mainly associated with the institutional dimension of human life.” Kristensson Ugglar, A just allotment of memory and a just distance – Paul Ricoeur on Memory and Justice s. 252.

²⁰⁷⁷ Ricoeur, Reflections on the Just s. 213.

²⁰⁷⁸ “The agreement to give care concluded between a physician and a patient can be placed under different sorts of rules. In the first place are those moral rules assembled in the code of medical ethics. There we read such rules as the obligation to preserve privacy, the right of the sick to know the truth about his or her case, the requirement for informed consent before undertaking a risky treatment, and so on. Next come rules stemming from biological and medical knowledge, which the treatment in a particular clinical situation puts to the test reality. Finally, there are administrative rules operating at the level of public health that govern the social treatment of disease. Such is the threefold framework for the concrete medical act leading to a concrete decision, the prescription and, in moving from one plane to another, the medical judgment or phronesis.” a.a. s. 55.

ha tillgång till normöverbäganden enligt dessa kategorier, för att i slutändan agera handlingsetiskt. Ricoeur lyfter fram de patientrelaterade normöverbägandena som överordnade.²⁰⁷⁹ En viktig uppgift är följaktligen att tydliggöra vad som bör lyftas fram som de centrala och överordnade patientnormerna – eller som vi kommer att beteckna dem ”personcentreringsnormerna”. Detta är följaktligen normer som är direkt relaterade till det handlingsetiska arbetssättet och kan härigenom anses vara viktiga för att möjliggöra personcentrerad vård såsom en praktik.

I sammanhanget kommer vi som sagt även lyfta fram standarden SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården – Minimikrav för personcentrerad vård. I standardens första artikel förklaras att dokumentet innehåller minimikrav på patientdelaktighet i hälso- och sjukvårdstjänster i syfte att skapa gynnsamma strukturella villkor för personcentrerad vård. Detta kan tolkas så att standarden innehåller kvalifikationsnormer för patientdelaktighet. Det är utifrån denna tolkning möjligt att se det personcentrerade arbetssättet som en handlingsetik, medan standarden föreskriver de normer som behöver vara uppfyllda för att skapa gynnsamma strukturella villkor. En närmare genomläsning tydliggör att standarden också kan tolkas som kvalifikationsnormer i förhållande till vad som är personcentrerad vård. Vår slutsats är att det, med tanke på allt det normerande tryck som skapats avseende vad som krävs för personcentrerad vård, i princip är ofrånkomligt att personcentrerad vård utvecklas som normer.

Vad vi sammantaget kan konstatera är att om vi tydliggör att personcentrerad vård är ett handlingsetiskt förhållningssätt är det naturligt att tala om handlings-system och normer som möjliggör personcentrerad vård. Är det i stället så att vi ser personcentrering som en viss typ av vårdförlopp och vårdinsatser är det mer närliggande att tänka i termer av att det är hälso- och sjukvårdssystemet som ska vara personcentrerat.

18.3 Personcentrerad vård som kvalifikationsnormer för hälso- och sjukvården

Vilka normbaserade kriterier ska vara uppfyllda för att en specifik vårdinsats ska uppfylla kravet på att vara personcentrerad?

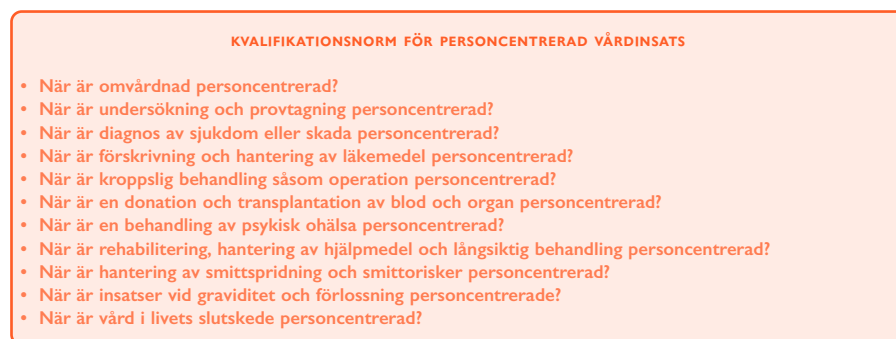
Ett andra steg är att avgränsa vad som kan förstås som personcentreringsnormer. Vi frågar oss hur vi kan implementera det personcentrerade förhållningssättet som kvalifikationsnormer. Ju mer begreppet personcentrering utvecklas och i ju fler olika sammanhang som personcentrering appliceras, desto mer omfattande normutveckling sker. I dagsläget är det utifrån ett deskriptivt perspektiv nödvändigt att beskriva personcentrering som så mycket mer än en handlingsetik. Som vi beskrivit i kapitel 3 används personcentrering som normer i det reformarbete som i dag bedrivs inom hälso- och sjukvården. Vidare finns som sagt en standard för personcentrering av hälso- och sjukvården.

²⁰⁷⁹ Innebörden och det beslutsbaserade samspelet mellan dessa och de medicinska respektive hälso- och sjukvårdspolitiska normer har vi diskuterat i avsnitt 4.3.

Som normkategori har kvalifikationsnormerna stor potential. En kvalifikationsnorm kan beskrivas som kriterier och krav för att ett objekt, subjekt eller annat institutionellt fenomen ska föreligga. I detta sammanhang är det intressant att diskutera kvalifikationsnormerna för att det ska föreligga personcentrerad vård som ett kvalitativt tillstånd. Vad som är så intressant i sammanhanget är att utvärderingen möjliggör en konkretion både av vad som är personcentrering i sammanhanget och hur patientlagens regler ska implementeras för att hälso- och sjukvården ska bli personcentrerad.

När man diskuterar hur man ska kvalificera vad som utgör en personcentrerad vård är det närliggande att ta utgångspunkt i handlingssystem för omvårdnad. Då detta är vårdåtgärder som i stor utsträckning är integrerade i andra vårdåtgärder är det i sig ändamålsenligt att börja diskutera kvalificeringskrav i detta sammanhang. Samtidigt är det viktigt att det personcentrerade arbetssättet genomsyrar alla vårdåtgärder, dvs. utgör normer för alla sammanhang där personal agerar i förhållande till patient.

FIGUR 70.
Personcentrering som kvalificerande krav på vårdåtgärder.



Utifrån ovan analys i del 2 och 3, samt de relativt omfattande normativa överväganden som gjorts inför denna del, kan man avgränsa tre centrala personcentreringsnormer. Dessa normer är enligt vår mening fundamentala kvalitetsnormer som måste användas i samband med att vårdpersonal fattar beslut om vilken vårdåtgärd som ska utföras. Utmärkande är som sagt att det handlar om rättsliga normer avseende den konkreta vårdinsatsen, dvs. de normer som hälso- och sjukvårdspersonal ska tillämpa då de möter en patient. Viktigt är att det är normer som är möjliga att härleda till patientlagens rättsregler och på så vis kommer att resultera i att centrala delar av patientlagen kommer att implementeras i konkret hälso- och sjukvård. Det är också normer som, enligt vår mening, är centrala i förhållande till den personcentrerade handlingsetiken. När man tydliggör och tillämpar dessa normer så skapas också utrymme för det handlingsetiska förhållningssättet. Vidare är det normer som möjliggör implementeringen av SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården – Minimikrav för personcentrerad vård. Standarden är, enligt vår mening, ett viktigt dokument för att ge normerna sitt innehåll inom ramen för hälso- och sjukvårdens handlingssystem.

KVALIFIKATIONSNORM AVSEENDE RESPEKT OCH OMTANKE

Vad utgör den vårdinsats som tillgodoser patientens behov av respekt och omtanke?

KVALIFIKATIONSNORM AVSEENDE INFORMERAT DELAKTIGHET

Vad utgör den vårdinsats som kan utföras utifrån patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet?

KVALIFIKATIONSNORM AVSEENDE INFORMERAT SAMTYCKE

Vad utgör den vårdinsats som patienten kan acceptera?

FIGUR 71.
Personcentreringsnormer i
form av kvalifikationsnor-
mer.

Vi menar således att detta är tre fundamentala personcentreringsnormer som alltid ska vara närvarande i all form av hälso- och sjukvård. Då det är frågan om implementering av rättsregler i patientlagen är det följaktligen rättsliga normer. Standarden SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården – Minimikrav för personcentrerad vård är i sig inte rättslig bindande, i vart fall inte förrän dess den specifika huvudmannen eller vårdgivaren har fattat beslut om att tillämpa standarden.

18.3.1 Normen om respekt och omtanke som krav på vården

Vad utgör den vårdinsats som tillgodoser patientens behov av respekt och omtanke?

En central norm som rimligen tillämpas i alla sammanhang är den att patienten ska behandlas med respekt och värdighet. I den konkreta vårdssituationen kan den förstås som en målnorm som behöver följas upp, men också en kvalifikationsnorm för vad som är god vård. Beträktat som norm skapar den också utrymme för en personcentrerad handlingsetik för hälso- och sjukvårdspersonalen. Genom att ställa oss frågan om vad som utgör den vårdinsats som tillgodoser patientens behov av respekt och omtanke så tvingas vi att reflektera över vad som utifrån ett kvalitativt perspektiv är en god vård i detta avseende. Utifrån det handlingsetiska perspektivet är det självklart att normtillämpningen ska ta utgångspunkt i den specifika patientens behov och berättelse. Lika självklart, eftersom normen kan härledas till konkreta rättsregler i patientlagen, är att man har att följa av vad som följer av bindande rättsregler. Utifrån ovan diskuterade nedifrån och upp-perspektiv kan det dessutom, genom vetenskap och beprövad erfarenhet, ha utvecklats kunskap om och evidens för vad som typiskt är en vårdåtgärd då den är respektfull och tillgodoser behovet av omtanke. Denna evidensbaserade kvalitetsutveckling kan ha skett avseende specifika kliniska tillstånd, men kan också vara av mer generella. Ur vårt perspektiv måste detta ses som en normbildningsprocess, vilken man också har att beakta då man tillämpar dessa personcentreringsnormer.

18.3.1.1 Respekt och värdighet som kvalifikation av en vårdåtgärd

I 1 kap. 6 § 2 st. patientlagen föreskrivs att vården ska ges med respekt för den enskilda människans värdighet och alla människors lika värde. Även detta andra stycke återfinns i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.²⁰⁸⁰ Rättsregler om människors lika värde och respekten för värdighet är rättsregler som typiskt sätt följer av vad som ofta beskrivs som humanistisk grundsyn.²⁰⁸¹ Reglerna ger uttryck för grundläggande människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciper som riksdagen ställt sig bakom – principer som ska genomsyra all hälso- och sjukvård.²⁰⁸²

Det är enligt vår mening rimligt att implementera dessa rättsregler som kvalifikationsnormer avseende vårdåtgärden i sig. Säkerställandet av respekt, värdighet och omtanke är rimligen ett aktivt inslag i vårdåtgärden. Viktig i sammanhanget är också 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen där det föreskrivs att patienten ska visas omtanke och respekt.

18.3.1.2 Patientberättelse som formellt kvalifikationskrav på respekt och värdighet

Vi menar att ett konkret sätt att utveckla kraven på respekt, värdighet och omtanke som kvalifikationsnormer är att ställa krav på att vårdåtgärder föregås av patientens berättelse och sjukdomsupplevelse. Detta är ett beprövat sätt att synliggöra personen och få denna att uppleva sig respekterad. Det är också ett beprövat sätt att visa omtanke. I standardens artikel 4 förklaras att patientberättelsen ”är avgörande när det gäller att identifiera patientens åsikter som sina mål, behov, preferenser och resurser samt uppfattningen av sin egen roll i vården.” När det gäller hur patientens berättelse och sjukdomsupplevelse kan fungera som kvalifikationsnormer är följande stadgande i artikel 4 belysande:

”För att underlätta patientdelaktighet i hälso- och sjukvårdstjänster bör följande fokusområden för patientens berättelse och sjukdomsupplevelse beaktas som vägledning för vårdprocessen:

- interprofessionellt och personcentrerat förhållningssätt,
- respekt för värderingar, preferenser och uttryckta behov,
- fysisk komfort,
- emotionellt stöd.”

När det gäller själva kravet på innehållet i en patientberättelse stadgas i standarden (se artikel 4.2.2) att den ska innehålla orsaken till att patienten söker hjälp eller

²⁰⁸⁰ Jfr även 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen där det föreskrivs att patienten ska visas omtanke och respekt.

²⁰⁸¹ Viktig och även tydliggörande utifrån ett systemperspektiv är regeringsformen 1 kapitlet 2 § som föreskriver att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Kopplingen till grundlagen påvisar hur normerna om patientens behov, likabehandling och individuell värdighet är av den karaktären att de ligger till grund för hela hälso- och sjukvården som system. Det är normer som ska ligga till grund för systemutvecklingen som sådan, såväl som för den konkreta vårdinsatsen.

²⁰⁸² Prop. 2013/14:106 patientlag s. 112.

råd, hur vardagen påverkas, patientens känsla av välbefinnande, samt patientens mål, motivation och förväntningar angående vårdprocessen och vårdresultaten. Här konstateras också att i fall där det inte är möjligt att få en berättelse ska det finnas alternativa metoder för att inhämta den information som behövs.

18.3.2 Normen om informerat samtycke som krav på vården

Vad utgör den vårdinsats som patienten kan acceptera?

En annan central norm som ska implementeras i förhållande till samtliga vårdåtgärder är kravet på integritet och att patienten ska ge sitt samtycke. Konkret innebär det att varje vårdinsats ska accepteras av patienten och utföras med beaktande patientens behov av integritet. Betraktat som norm är den särskilt intressant i förhållande till vad som kan ses som ett personcentrerat arbetssätt.

18.3.2.1 Integritet och informerat samtycke som kvalifikation av en vårdåtgärd

I kapitel 2 beskrev vi vad som föreskrivs avseende integritet och samtycke. I patientlagens 4 kap. 1 § stadgas att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. I 2 § tydliggörs att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Det anges också att patienten ska få information enligt 3 kap. innan samtycke inhämtas. Vidare anges att patienten kan lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller ”genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.” Om patient avstår från viss vård eller behandling, ska denne få information om vilka konsekvenser detta kan medföra. Viktigt är också att patienten när som helst får ta tillbaka sitt samtycke.

Utgångspunkten är att det är patienten själv som bestämmer om vård överhuvudtaget ska ges.²⁰⁸³ Detta gäller om man ska kontakta vården överhuvudtaget och därefter om man ska samtycka till de vårdinsatser som föreslås av företrädare för hälso- och sjukvården. Vi konstaterade att självbestämmandet inte avser vårdåtgärdens innehåll, utan endast om den ska utföras eller inte. Ansvar att bestämma innehållet i vårdinsatser åvilar hälso- och sjukvården.²⁰⁸⁴ Samtidigt säger det sig själv att det inte är frågan om svart eller vitt, utan att det krävs ett mer nyanserat och utvecklat förhållningsätt.

Kraven på integritet och att det föreligger samtycke bör, enligt vår mening, hanteras som kvalifikationsnorm i förhållande till vad den specifika vårdinsatsen innebär. Innebörden är att den specifika vårdinsatsen ska utformas så att den säkerställer patientens behov av integritet och att patientens samtycke inhämtas på erforderlig nivå. Viktigt när det gäller säkerställande av samtycke är vilken information som måste lämnas och hur den ska lämnas. Att det krävs ett personcentrerat förhållningssätt tydliggörs i propositionen där det sägs att patienten ska få sådan information på ett hänsynsfullt sätt och med respekt för hens självbestämmande och integritet.²⁰⁸⁵ En central fråga är också i vilken utsträckning det krävs explicita respektive implicita samtycken. Enligt propositionen ska

2083 Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m. s. 50.

2084 a.a. s. 118.

2085 Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 57.

patienten få stöd och tillräckligt underlag av vårdpersonalen för att kunna utöva sitt självbestämmande och även förstå innebörden av sitt beslut.²⁰⁸⁶ Centralt är att varje typ av vårdåtgärd kommer att kräva specifik eftertanke både vad gäller informationsgivning och hur man säkerställer själva samtycket. Viktigt är också hanteringen om inte samtycke lämnas.

18.3.2.2 Dokumentation som formellt kvalifikationskrav

Ett sätt att formalisera kvalifikationen är dokumentation. I kapitel 2 konstaterade vi att man i propositionen övervägde, med hänvisning till patientmaktsutredningen, i vilken utsträckning det skulle föreskrivas en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att aktivt dokumentera patientens samtycke.

“Utredningen har övervägt om det ska införas en skyldighet att i alla fall dokumentera patientens samtycke till hälso- och sjukvård i patientjournalen. Det kan förefalla självklart att så ska ske men det kan dock uppstå osäkerhet om vad som ska dokumenteras. Enligt utredningens mening är emellertid patientens rätt att neka till vård eller när som helst ta tillbaka ett samtycke centralt i sammanhanget... Utredningen anser därför att patientens nekande till att ta emot viss vård eller behandling alltid ska dokumenteras i patientjournalen och föreslår en bestämmelse om detta i patientdatalagen. Regeringen ställer sig bakom utredningens bedömning, men föreslår en annan språklig utformning av bestämmelsen.”²⁰⁸⁷

Vi konstaterade också att det i 3 kap. 6 § 6 p. patientdatalagen stadgas att det i patientjournalen ska införas en ”uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling”. Man har följaktligen i utgångspunkt valt en lydelse där det är patientens beslut att avstå som ska journalföras och inte hälso- och sjukvårdens inhämtande av samtycke. Samtidigt föreligger en skyldighet för vårdgivaren att säkerställa att samtycken och återkallade samtycken i förekommande fall dokumenteras i journalen, vilket följer av Socialstyrelsens bindande föreskrifter.²⁰⁸⁸ Det finns därtill i sig inget som hindrar att man när man implementerar kraven på samtycke väljer att gå längre när det gäller dokumentation och i vissa enstaka sammanhang ska samtycke mycket riktigt dokumenteras i journalen, exempelvis vid organ donation och etikprövning.²⁰⁸⁹

18.3.3 Normen om informerad delaktighet som krav på vården

Vad utgör den vårdinsats som kan utföras utifrån patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet?

Ett ytterligare grundläggande rättsanspråk för patienten, vilket behöver implementeras som normer inom ramen för hälso- och sjukvården är rätten till delaktighet. Det säger sig själv att denna rätt är av central betydelse när det gäller personcentrering. Det är följaktligen frågan om att implementera normer som möjliggör för patienten att ha en aktiv och involverad roll i sin vårdprocess. Betraktat som

²⁰⁸⁶ a.a. s.76.

²⁰⁸⁷ a.a. s. 57.

²⁰⁸⁸ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, 5 kap. 5 § p. 9.

²⁰⁸⁹ Lag (1995:831) om transplantation m.m., 6 §. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, 17 §.

kvalifikationsnorm är ambitionen att etablera ett partnerskap av särskilt intresse. Vi har här också valt att koppla samman anspråket på delaktighet till anspråket på information. Utmärkande för delaktighet är att det ska ske utifrån patientens önsksningar och förutsättningar, vilket förutsätter att patienten är informerad.

18.3.3.1 Informerad delaktighet och partnerskap som kvalifikation av en vårdåtgärd

I kap. 5 patientlagen uppställs bestämmelser om rätt till samråd i 1 § och om rätt att själv utföra vård och behandlingsåtgärder i 2 §. Vidare innehåller kapitlet också bestämmelser om närstående rätt till delaktighet i 3 §. I 5 kap. 1 § föreskrivs att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Motsvarande bestämmelse finns också uttryckt som en tydlig skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen i 6 kap. 1 § 3 p. patient-säkerhetslagen. I 2 § anges att en patients delaktighet genom egenvård ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Själva egenvården ska hanteras i enligt lagen om egenvård.

Det är enligt vår mening rimligt att implementera dessa bestämmelser som kvalifikationsnormer i förhållande till den specifika vårdåtgärden. Vi menar att det är ändamålsenligt att fokusera på det, inom diskursen om personcentrering, flitigt diskuterade partnerskapet som kvalifikationsgrund för delaktighetskravets implementering. En vårdåtgärd ska utföras som ett etablerat partnerskap, vilket bl.a. har kraven på delaktigheten i kap. 5 patientlagen som kvalifikationsnormer. Partnerskapet behöver som ett normbaserat fenomen vara relativt välutvecklat. Vi har i kapitel 2 beskrivit att det i propositionen tydliggörs i sammanhanget att patienten aldrig själv kan bestämma vilken vård som ska ges.²⁰⁹⁰ Patientens rätt till samråd får enligt propositionen aldrig innebära att man eftersätter kraven på att vård ska ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det ska alltid vara möjligt att avstå från rätten till samråd och att överlämna beslutsfattandet till den som är medicinskt ansvarig.

Även vad gäller implementeringen av normen om informerad delaktighet kan vi använda oss av standarden. I standarden lyfter man särskilt fram betydelsen av partnerskapet. Ett partnerskap innebär enligt 5.1 i standarden att ett interprofessionellt och personcentrerat förhållningssätt används under hela vårdprocessen. Det är relationer där patienten är en partner i gruppen och deltar i de vårdrelaterade besluten. Viktiga aspekter är informationen och kommunikationen. Utifrån vad som sägs om partnerskapet i standardens 5.2.2 är det möjligt att ytterliga konkretisera kvalifikationen av partnerskapet. Centralt är att patienten och vårdpersonalen har en gemensam och ömsesidig förståelse vad gäller vården, påverkan på symtom och möjliga biverkningar, inklusive de förutsebara konsekvenserna av brist på vård. Viktigt är också att patientens motivation, förväntningar och mål är en del i beslutsprocessen.

²⁰⁹⁰ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 72.

18.3.3.2 Dokumenterad överenskommelse och vårdplan som formellt kvalifikationskrav

Det föreligger redan en relativt utbredd skyldighet att använda sig av dokumenterad överenskommelse (som nämnt, tidigare kallat patientkontrakt). Som instrument för dokumentation bygger det, i enlighet med vi diskuterat i kapitel 3, på tankarna om personcentrering. Normen om dokumenterad överenskommelse följer visserligen inte av lagstiftning, men är en tydlig del av den statliga styrningen och de krav som ställs på hälso- och sjukvårdens huvudmän avseende reformen avseende god och nära vård. Det har också fattats organisatoriska beslut om att tillämpa dokumenterad överenskommelse, varför det föreligger åtagande om implementering som rättsnorm.

Den dokumenterade överenskommelsen kan också användas i förhållande till den dokumentation av partnerskapet som föreskrivs i standarden. I avsnitt 5.2.2 stadgas att det ska säkerställas att ”en gemensam överenskommelse upprättas om patientens och vårdpersonalens ansvar i den överenskomna vårdplanen upprättas för den aktuella vårdepisoden, och vid behov även för hela vårdkontinuiteten.” I avsnitt 6 i standarden stadgas vidare att dokumentation kan ha formen av en vårdplan, antingen med hjälp av digitala eller traditionella medier. Vårdplanen ska användas för att ge information om patientens mål, preferenser och värderingar med beaktande av patientsekretessen. Vårdplanen ska enligt standarden diskuteras och revideras vid behov tillsammans med patienten under hela vårdprocessen. I standarden konstateras också att användningen av en strukturerad vårdplan har vad gäller patientdelaktighet resulterat i positiva resultat i en rad olika sjukhusmiljöer och genom hela vårdprocessen.

18.4 Personcentrerad vård som kompetensnormer för hälso- och sjukvårdens aktörer

Vem har ansvaret för att vårdinsatsen är personcentrerad och vilka förmågor krävs för att insatsen ska vara personcentrerad?

Ett tredje steg är att utvärdera hur personcentrad vård implementeras som kompetensnormer för hälso- och sjukvårdspersonal. Vi menar att det är ändamålsenligt att göra en distinktion mellan kvalifikationsnormerna för hälso- och sjukvården i sig, i förhållande till kvalifikationsnormerna för hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Personcentrering kan också vara en kvalifikationsnorm för rättssubjekt och andra aktörer. Som kommer att framgå är dock distinktionen inte alltid uppenbar mellan vad som är kvalifikationsnormer för subjekt i förhållande till vad som utgör kompetensnormer. Kompetensnormer är normer där det ställs krav på ansvar och kompetens hos rättssubjekten. Till skillnad från kvalifikationsnormerna är det inte frågan om krav eller kriterier för att man ska kunna ikläda sig rollen i sig, utan snarare krav som följer av att man iklätt sig rollen. I praktiken behöver det, som konstaterats, inte nödvändigtvis vara en så stor skillnad mellan de två kategorierna av normer.

I enlighet med vad som sagts i del 1 och 2 är kompetensnormerna de som ligger närmast till hands att fokusera på vad gäller personcentrering. Som

kompetensnormer kan vi diskutera personcentrering som förmåga och även ansvar. Intressant i detta sammanhang är behovet av resurser och stöd för att utveckla sin förmåga och ta sitt ansvar. Sådillvida är det rimligt att ta med även dessa faktorer då vi diskuterar vilka kompetensnormer som föreligger i förhållande till specifika roller.

KOMPETENSNORMER AVSEENDE RESPEKT OCH OMTANKE

Vem/vilka har ansvar för att vårdinsatsen ska tillgodose patientens behov av respekt och omtanke, samt vilken formell respektive reell kompetens krävs?

KOMPETENSNORMER AVSEENDE INFORMERAT SAMTYCKE

Vem/vilka har ansvar för att vårdinsatsen tillgodoser patientens behov av integritet och att den sker med informerat samtycke, samt vilken formell respektive reell kompetens krävs?

KOMPETENSNORMER AVSEENDE INFORMERAD DELAKTIGHET

Vem/vilka har ansvar för att vårdinsatsen utförs utifrån patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet, samt vilken formell respektive reell kompetens krävs?

FIGUR 72.

Personcentrering som krav på hälso- och sjukvårdens aktörer.

När det gäller kompetensnormer så handlar det i stor utsträckning om att uppställa krav på hälso- och sjukvårdssystemets aktörers förmåga att stärka patienten och dennes förmåga.

KOMPETENSNORM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅDENS PERSONAL

* Vilket ansvar har personalen för att vården ska vara personcentrerad och vilken förmåga krävs för att ta detta ansvar?

KOMPETENSNORM FÖR VÅRDGIVARE

* Vilket ansvar har vårdgivaren för att vården ska vara personcentrerad och vilken förmåga krävs för att ta detta ansvar?

KOMPETENSNORM FÖR HUVUDMÄN

* Vilket ansvar har huvudmannen för att vården ska vara personcentrerad och vilken förmåga krävs för att ta detta ansvar?

FIGUR 73.

Personcentreringsnormer i form av kompetensnormer.

18.4.1 Personcentrering som kompetensnorm för hälso- och sjukvårdens personal

Vilket ansvar har personalen för att vården ska vara personcentrerad, samt vilken förmåga behöver personalen för att kunna fullfölja sitt ansvar?

Intressant är också i vilken utsträckning förmågan att tillhandahålla personcentrerad vård ska utgöra en kvalifikationsnorm till hälso- och sjukvårdspersonal generellt. Mer intressant är kanske att relatera kvalifikationsnormen om förmåga till personcentrerad vård till de specifika professionerna och legitimationen av dessa.

Hälso- och sjukvården är en verksamhet som är beroende av starka professioner med auktoritet och autonomi att säkerställa medicinsk kvalitet och patientsäkerhet. Mycket av ansvaret för den konkreta sjukvården är placerat på den individuella läkaren, sjuksköterskan m.fl. Det har redan framgått att mycket av diskussionen om personcentreringsbegreppets normerande verkan handlar om innebörden för just hälso- och sjukvårdens professioner utifrån ett kompetens- och ansvarsperspektiv. Om kompetensnormer avseende patienten är närliggande patientens rätt, så är kompetensnormer för personalen närliggande de skyldigheter som följer av motsvarande bestämmelser i patientlagen m.m. Även i detta sammanhang är det intressant att diskutera professionernas resursbas och stöd, inte minst i förhållande till vårdgivaren.

18.4.1.1 Kravet på respekt och omtanke som kompetensnorm för personalen

Vad innebär personalens ansvar för att vårdinsatsen ska tillgodose patientens behov av respekt, värdighet och omtanke?

Att uppställa allmänna krav på att hälso- och sjukvårdspersonal har förmåga att i förhållande till patienterna visa respekt och omsorg faller sig säkerligen naturligt inom ramen för hälso- och sjukvården. Konkretiseringen i detta avseende är högst troligen mer utmanande. Möjligen är det så att det är den totala avsaknaden av förmåga i detta avseende som tenderar att uppmärksammas inom ramen för verksamheten.

Ett sätt att konkretisera kravet på förmåga är att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha förmåga att inhämta och agera på patienternas berättelse. Enligt artikel 4 i standarden är det vårdpersonalens ansvar att ”förstå patientens mål, kunskap, egenförmåga och självförtroende, att stärka dessa aspekter vid behov och att se till att relevanta interventioner och stödtjänster finns tillgängliga.” Vårdpersonalen ska enligt standarden säkerställa att patienterna är beredda och ges möjlighet att förmedla sin berättelse vid varje vårdkontakt.

Av standarden följer att personalen behöver ha förmåga att både kommunicera och lyssna på en relativt avancerad nivå. När det gäller förmågan att kommunicera konstateras vidare att ”det är viktigt att inse att t.ex. sensoriska eller kognitiva funktionsnedsättningar samt skillnader i utbildning, språk eller kultur kan hämma kommunikationen mellan patienten och vårdpersonalen.” När det gäller lyssnandet konstateras att vårdpersonalen genom att lyssna ska förstå den enskilda individens behov av hälso- och sjukvårdstjänsten.

”Det kan handla om en begäran om förebyggande vård eller vara kopplat till patientens sjukdomsupplevelse. Sjukdomar och tillstånd kan beskrivas enligt olika kriterier, men för att förstå vad sjukdom innebär i det vardagliga livet bör vårdpersonalen lyssna noga till varje patients berättelse.”

Det är så klart viktigt i sammanhanget att hälso- och sjukvårdspersonalen har erforderlig utbildning, tid och ges stöd vid svåra situationer. Detta är särskilt tydligt då det inte är möjligt att få till stånd en patientberättelse, utan det handlar om att använda sig av en alternativ metod.

18.4.1.2 Kravet på informerat samtycke som kompetensnorm för personalen

Vad innebär personalens ansvar för att vårdinsatsen ska ske med informerat samtycke?

I kapitel 2 konstaterades att reglerna om integritet och informerat samtycke primärt bör implementeras som kompetensnorm för hälso- och sjukvårdspersonalen. Ett viktigt inslag är förmågan till att ge patienten erforderlig information, på ett sådant sätt att patienten har tillräcklig kunskap för att kunna ta ställning till om man ska ge sitt samtycke eller inte. Beträktat som kompetensnorm bör även hälso- och sjukvårdens personal ha förmåga att inhämta samtycke, såväl som att avgöra när patienten inte har förutsättningar att ge sitt samtycke. I propositionen till patientlagen förklaras:

”Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har fungerade rutiner för hur informationen ska lämnas, hur man försäkrar sig om att patienten har förstått informationen samt hur man därefter ber om patientens ställningstagande. Föreskrifter om bedömningen av huruvida ett lämnat eller vägrat samtycke ska anses giltigt, med hänsyn till exempelvis patientens psykiska tillstånd, bör utarbetas.”²⁰⁹¹

Det är tydligt att personalen i olika avseenden är behov av stöd. I propositionen konstateras att den omständigheten:

”att en patient har rätt att tacka nej till hälso- och sjukvård eller ta tillbaka sitt samtycke till fortsatt vård kan i många fall väcka svåra etiska frågor. Det är viktigt att det för hälso- och sjukvårdspersonalens del finns möjlighet till ytterligare vägledning i form av exempelvis föreskrifter och allmänna råd.”²⁰⁹²

Även när det gäller att ge vård utan samtycke krävs det att personalen besitter särskild kompetens. I enlighet med vad som diskuterats i kapitel 2 handlar det om sådan vård som behövs för att avvärja en fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa. Det ska enligt propositionen bara vara fråga om ”sådan nödvändig vård som inte kan anstå tills en patient eventuellt själv kan ta ställning till åtgärden.”²⁰⁹³ Detta är en bedömning som förutsätter omfattande kompetens.

²⁰⁹¹ Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 60. I propositionen s. 57 konstateras vidare att: ”Regeringen delar utredningens bedömning att föreskrifter om hur samtycke i praktiken ska inhämtas får vara att anse som verkställighetsföreskrifter. Regeringen återkommer i frågan huruvida sådana föreskrifter bör tas fram...”

²⁰⁹² a.a. s. 56.

²⁰⁹³ a.a. s. 120–121.

En central fråga, utifrån ett personcentrerat perspektiv, är i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonalen kan förutsätta att patienten ger samtycke och agera utifrån den premissen tills patienten aktivt nekar ett samtycke. Detta är en relevant fråga vad gäller den rättsliga implementeringen av relevanta rättsregler. Det är också en relevant fråga utifrån ett handlingsetiskt perspektiv.

18.4.1.3 Kravet på informerad delaktighet som kompetensnorm för personalen

Vad innebär personalens ansvar för att vårdinsatsen ska utföras utifrån patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet?

I enlighet med vad som diskuterats i kapitel 2 är det rimligt att primärt implementera kraven på delaktighet enligt kapitel 5 i patientlagen som kompetensnormer för hälso- och sjukvårdspersonalen. Konkret handlar det bl.a. om hur hälso- och sjukvårdspersonalen utvecklar förmågan till samråd och att uppnå ett samförstånd med patienten. Denna förmåga är som konstaterats nära integrerad med förmågan att säkerställa att patienten är välinformerad om sitt hälsotillstånd och de olika behandlingsalternativ som kan stå till buds. Detta ska enligt propositionen ske utifrån patientens livssituation och personliga förhållanden.²⁰⁹⁴ Viktig är förmågan att vara lyhörd när det gäller vilken information och vilket inflytande patienten önskar. Patienten måste som sagt alltid ha möjlighet att överlämna beslutsfattandet till den som är medicinskt ansvarig. Patienter som gör detta val måste mötas med lika stor respekt som patienter som aktivt vill medverka i vården.²⁰⁹⁵ I enlighet med vad som diskuterades i kapitel 2 betyder detta att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver besitta den professionella förmågan att aldrig kompromissa med vad som krävs för att en insats ska ske i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, samtidigt som patienten ges ett individanpassat utrymme till samråd och delaktighet utifrån dennes önskningar och behov.

Även betraktat som kompetensnorm kan man hämta stöd i standarden avsnitt 5.2.2. I standarden tydliggörs att vårdpersonalen, för att kunna utveckla partnerskap med patienter m.fl., ska ha förmåga att säkerställa att patienten och vårdpersonalen har en gemensam och ömsesidig förståelse av vårdbehov, symtom, möjliga biverkningar, samt konsekvenser av att vård uteblir. Detta förutsätter förmåga till både informationsinhämtande och kommunikation. Vidare ska vårdpersonalen enligt standarden ha förmåga att ”säkerställa att patientens motivation, förväntningar och mål diskuteras, och strategier för patientens resurser, mål, önskningar och behov införlivas i vårdplanen”. Ett tydligt inslag i partnerskapet är dokumentationen i vårdplanen – i dagens läge, den dokumenterade överenskommelsen. I standarden lyfter man i detta sammanhang fram diskussion med patienten om oro och rädsla, samt hur de gemensamma strategierna för att minska oro och rädsla ska införlivas i vårdplanen.

²⁰⁹⁴ a.a. s. 72.

²⁰⁹⁵ a.a. s. 72.

18.4.2 Personcentrering som kompetensnorm för vårdgivare

Vilket ansvar har vårdgivaren för att vården ska vara personcentrerad och vilken förmåga behöver vårdgivaren för att kunna fullfölja sitt ansvar?

Möjligen är det mer aktuellt att lyfta fram personcentrering i förhållande till kvalificeringen av vad som är en vårdgivare. Närliggande i förhållande till vad som sagts ovan kan vi fråga oss vad som krävs av en primärvårdsaktör avseende god och nära vård-reformen. Exempelvis skulle man kunna uppställa krav och kriterier i en avtalsöverenskommelse med en extern vårdgivare. Det kan exempelvis handla om krav avseende personcentrering inom ramen för krav på lednings- och kvalitetssystem för att utgöra en vårdgivare som kan aktualiseras för finansiering.

Mycket talar för att den aktör som i allt högre grad kommer att bli föremål för normutveckling avseende personcentrering är vårdgivaren. Vårdgivaren är antingen en del av regionen som rättssubjekt eller ett privat rättssubjekt. När man diskuterar kompetensnormer avseende aktörer som dessa är det i första hand frågan om att tydliggöra kraven på organisatoriska förmåga och ansvar. I detta sammanhang kommer det, vad gäller personcentrering, säkerligen att bli allt vanligare att ställa krav på systemutveckling från vårdgivarens sida. Det kommer särskilt att gälla avseende kunskapsstyrning, kunskapsstöd och andra digitala lösningar. Det säger sig självt att detta är organisatorisk förmåga som behöver tillhandahållas av vårdgivare och även av huvudman.

18.4.2.1 Kravet på respekt och omtanke som kompetensnorm för vårdgivaren

Vad innebär vårdgivarens ansvar för att vårdinsatsen ska tillgodose patientens behov av respekt och omtanke?

Det är vårdgivaren som i stor utsträckning har att säkerställa att vårdpersonalen har tillräcklig förmåga när det gäller att inhämta och hantera patientberättelser. Här innefattas rimligen den organisatoriska förmågan att tillse att det finns erforderligt utrymme i arbetsscheman, att personalen har den utbildning som behövs och möjligen även att det finns rutiner m.m. för hur arbetet ska utföras. Frågan om stödverktyg är självfallet central. Vårdgivare behöver vad som kan beskrivas som organisatorisk förmåga att möjliggöra detta för vårdpersonalen.

18.4.2.2 Kravet på integritet och informerat samtycke som kompetensnorm för vårdgivaren

Vad innebär vårdgivarens ansvar för att vårdinsatsen ska ske med informerat samtycke?

Det är rimligt att kravet på integritet och informerat samtycke implementeras som kompetensnorm för vårdgivaren. Vårdgivaren måste ha organisatorisk förmåga att stödja sin personal. Utifrån detta perspektiv är det rimligt att vårdgivare utvecklar egna rutiner m.m. Särskilt viktigt är tillgången till erforderligt informationsunderlag, vilket personalen kan använda sig. Det kan finnas behov av tillgång till tolkar och andra personer som bidrar till att information lämnas

på ett ändamålsenligt sätt för den individuella patienten. Ett centralt system är det avseende patientjournaler. I patientjournalen ska uppgifter som krävs för en god vård finnas med, såsom ställd diagnos, planerade vårdåtgärder etc., se 3 kap. 2 § och 6 § patientdatalagen.

18.4.2.3 Kravet på informerad delaktighet som kompetensnorm för vårdgivaren

Vad innebär vårdgivarens ansvar för att vårdinsatsen ska utföras utifrån patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet?

Även vad gäller den informerade delaktigheten är det ändamålsenligt att vid implementeringen lyfta fram kompetensnormer för vårdgivaren. Detta följer också av standarden. I avsnitt 5.2.1 tydliggörs att organisationen ska säkerställa att det finns rutiner som gör det möjligt för patienten att vara delaktig. Vårdgivaren måste följaktligen ha förmåga att utveckla och tillgängliggöra rutiner. Vidare följer av standarden att vårdgivaren ska ha förmåga att inom ramen för verksamheten säkerställa att tid avsätts för vårdpersonalen för att upprätta partnerskap. Även för detta ska vårdgivaren ha förmåga att tillse att det finns rutiner.

18.4.3 Personcentrering som kompetensnorm för huvudmän

Vilket ansvar har huvudmannen för att vården ska vara personcentrerad?

Det är på motsvarande sätt möjligt att lyfta fram personcentrering som kvalifikationsnorm för huvudmannen. I detta sammanhang är det förmodligen mer närliggande att fokusera på möjliggörandet av personcentrerad vård. Vilka krav ska uppställas för att en huvudman ska kunna tillhandahålla personcentrerad vård?

På motsvarande sätt kan vi diskutera hur personcentrering utgör ett kravställande på huvudmannens organisatoriska förmåga. Även på denna nivå kommer säkerligen kunskapsstyrning, som utvecklingen av exempelvis personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, vara viktig att hantera som organisatorisk förmåga. Förmåga att erbjuda förutsättningar för digitalt baserad egenvård kommer säkerligen vara ett område där personcentrering utgör kompetensnormer.

Huvudmannen har som sådan det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt område. Häri innefattas rimligen förmågan att ställa krav på och möjliggöra för vårdgivare att dessa säkerställer att deras personal:

- respekterar och visar omsorg för patienterna,
- värnar om patienternas integritet och inhämtar informerade samtycken, och
- möjliggör informerad patientdelaktighet.

Det är i detta sammanhang rimligt att huvudmannen tar ansvar för att det utvecklas kunskapsstöd.

18.5 Personcentrerad vård som handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvårdens aktörer

Vilka konkreta åtgärder måste, bör, får och får inte vidtas för att vården ska vara personcentrerad?

Ett fjärde steg är att utvärdera hur personcentreringsnormerna ska förstås och utvecklas som handlingsdirigerande normer. Det är såklart dessa normer som i stor utsträckning konkretiserar den personcentrerade insatsen. Vad är det som konkret måste göras, bör göras, kan göras, får göras och inte får göras? I större eller mindre utsträckning kommer normtillämpning enligt ovan också vara beroende av att man tillämpar handlingsdirigerande normer. På motsvarande sätt som ovan uppställer vi frågor som tvingar oss att utvärdera och reflektera över hur personcentreringsnormerna måste utvecklas som handlingsdirigerande normer. Särskilt när det gäller de handlingsdirigerande normerna finns, enligt vår mening, ett behov av kontinuerlig normutveckling. Ny forskning och evidensskapande vad gäller konkreta handlanden resulterar i ytterligare handlingsdirigerande normer, vilka behöver inkluderas i kunskapsstyrning m.m.

HANDLINGSDIRIGERANDE NORMER OM RESPEKT OCH OMTANKE

Vilka konkreta åtgärder måste, bör, får och får inte vidtas för att vården ska tillgodose patientens behov av respekt och omtanke?

HANDLINGSDIRIGERANDE NORMER OM INFORMERAT SAMTYCKE

Vilka konkreta åtgärder måste, bör, får och får inte vidtas för att patienten ska ha givits tillräcklig information och förutsättningar för att kunna ta ställning till om samtycke ska ges?

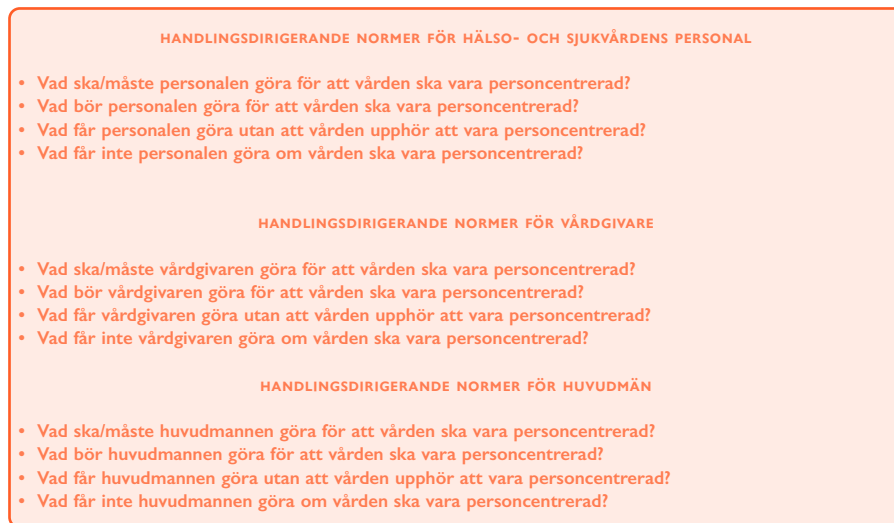
HANDLINGSDIRIGERANDE NORMER OM INFORMERAD DELAKTIGHET

Vilka konkreta åtgärder måste, bör, får och får inte vidtas för att vårdinsatsen ska ske i enlighet med patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet?

FIGUR 74.
Personcentreringsnormer i form av handlingsdirigerande normer.

Utifrån patientens perspektiv handlar det i första hand om att hälso- och sjukvårdens olika aktörer ska tillämpa handlingsdirigerande normer. Det är i stor utsträckning hälso- och sjukvårdspersonalen som har att agera. Samtidigt är det givetvis viktigt att kunna tydliggöra vilka anspråk m.m. som patienterna kan göra vad gäller delaktighet, tillgång till information, respekt m.m. I detta sammanhang är kopplingen till implementeringen av patientlagen m.m. särskilt tydlig. Det är givetvis rimligt att även precisera var det råder förbud för egna ageranden. Även när det gäller de handlingsdirigerande normerna är det följaktligen ändamålsenligt att fokusera på patienterna i förhållande till hälso- och sjukvårdens olika nivåer, dvs. mikro-, meso- och makronivå.

FIGUR 75.
Handlingsdirigerande nor-
mer på mikro-, meso- och
makronivå.



18.5.1 Handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvårdens personal

Vad ska, bör, får och får inte hälso- och sjukvårdspersonalen göra för att vården ska vara personcentrerad?

Det är särskilt vad gäller personalen, dvs. i förhållande till fysiska rättssubjekt, som det blir särskilt konkret att diskutera de handlingsdirigerande normerna. Vilka konkreta ageranden krävs, bör vidtas, kan vidtas och får inte vidtas för att en undersökning, ett ställande av en diagnos, en förskrivning av läkemedel, en kroppslig behandling, en transplantation, en behandling av psykisk ohälsa, en rehabilitering, behandlingen i livets slutskede o.s.v. ska vara personcentrerad? Mycket talar för att den ökade fokuseringen på personcentrering och kunskapsstyrning kommer att resultera i en omfattande normutveckling.

18.5.1.1 Kravet på respekt och omtanke som handlingsdirigerande normer för personalen

Hur ska personalen utföra vårdinsatsen så att den tillgodoser patientens behov av respekt och värdighet?

Det är rimligt att det utvecklas handlingsdirigerande normer vad gäller hur man som vårdpersonal ska uppvisa respekt och omtanke. Återigen finns det anledning att understryka att detta inte ersätter det handlingsetiska arbetssättet. Rent konkret handlar det säkerligen om handlingsdirigerande normer att förhålla sig till i svåra situationer. Av vad som sagts avseende att inhämta och använda sig av patientens berättelse är det tydligt att detta kan vara förknippat med utmaningar och det säkerligen finns behov av mer detaljerade normer för hur handhavandet ska ske i praktiken. Uppenbara situationer är i enlighet med vad som ovan konstaterats då patienten har sensoriska eller kognitiva funktionsnedsättningar, samt då det föreligger skillnader i utbildning, språk eller kultur.

18.5.1.2 Kravet på integritet och informerat samtycke som handlingsdirigerande normer för personalen

Hur säkerställer personalen att patienten givits tillräcklig information och förutsättningar för att kunna ta ställning till om samtycke ska ges?

Av vad som redan sagts avseende implementeringen av skyldigheten att värna om integritet och att inhämta samtycke, tydliggörs att det finns ett stort behov av att denna implementeras som mer detaljerade handlingsdirigerande normer. Utifrån ett handlingssystemsperspektiv är det tydligt att patientens kompetens till samtycke är nära sammankopplad med rätten till information, då patienten behöver information för att kunna samtycka, alternativt avstå från att samtycka.²⁰⁹⁶ Patienten ska få sådan information på ett hänsynsfullt sätt och med respekt för hens självbestämmande och integritet.²⁰⁹⁷ I kompetensen innefattas också att patienten ska få stöd och tillräckligt underlag av vårdpersonalen för att kunna utöva sitt självbestämmande och även förstå innebörden av sitt beslut.²⁰⁹⁸ För att patientens samtyckeskompetens ska realiseras som en rättslig ordning i hälso- och sjukvården förutsätts följaktligen en relativt omfattande utveckling av såväl hälso- och sjukvårdspersonalens individuella kompetens, som det organisatoriska möjliggörandet av denna kompetens. Mycket talar för att det finns omfattande behov av utveckling av mer detaljerade riktlinjer, råd, rutiner m.m.

18.5.1.3 Kravet på informerad delaktighet som handlingsdirigerande normer för personalen

Hur utför personalen vårdåtgärden så att den sker i enlighet med patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet?

När det gäller patientens delaktighet finns det numera, inte minst när det gäller förutsättningarna för egenvård, detaljerade regler som behöver implementeras som handlingsdirigerande normer. När det gäller egenvården föreligger mer specifika krav. Ansvarig personal ska göra individuella bedömningar om förutsättningarna för egenvård, analysera skaderisker m.m., samråda och planera åtgärderna med de patienter m.fl. som berörs, samt göra nya bedömningar om förutsättningarna ändras.²⁰⁹⁹

Även standarden innehåller en hel del som behöver implementeras som handlingsdirigerande normer. Vårdpersonalen ska bl.a. säkerställa att patientens förståelse av ett delat beslutsfattande bedöms och att patientens preferenser dokumenteras. Personalen ska säkerställa att det föreligger en gemensam och ömsesidig förståelse vad gäller vården, påverkan på symtom, möjliga biverkningar och konsekvenser av att vård inte utförs. I enlighet med vad som redan

²⁰⁹⁶ I propositionen sägs att ett samtycke eller nekande till samtycke är giltigt endast om patienten har fått den information som krävs för att kunna fatta ett informerat beslut. Prop. 2013/14:106 Patientlag s. 57 och 119.

²⁰⁹⁷ a.a. s. 57.

²⁰⁹⁸ a.a. s. 76.

²⁰⁹⁹ Se Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 6/2013.

beskrivits ska personalen i dialog med patienten inhämta patientens motivation, förväntningar och mål. Dessa ska dokumenteras i vårdplanen. Personalen ska vidare diskutera och dokumentera planer för att hantera oro och rädsla. För att underlätta egenvård ska personalen säkerställa att resurser, inklusive utbildning och information, tillhandahålls till patienten.

18.5.2 Handlingsdirigerande normer för vårdgivare

Vad ska, bör, får och får inte vårdgivare göra för att vården ska vara personcentrerad?

Handlingsdirigerande normer kan också rikta sig till region, kommun och företag. I slutändan är det en representant för respektive organisation som har att utföra eller avstå från att utföra handlingen. Personcentrerad systemutveckling, exempelvis avseende sammanhållna vårdförlopp, kräver regelmässigt relativt omfattande handlingsdirigering. Ju fler detaljer och mer systematisk komplexitet, desto mer handlingsdirigering behöver vara på plats. I enlighet med vad som sagts i kapitel 3 kommer kraven på ledningssystem och andra kvalitetssystem kopplade till digitaliseringen att kontinuerligt öka.

När det gäller vårdgivarens ansvar att möjliggöra för personalen att visa respekt och omsorg finns det ett tydligt behov av handlingsdirigerande normer. I standarden avsnitt 4.2.1 finns beträffande möjliggörandet av att inhämta och använda patientberättelsen ett antal förslag i detta avseende. Enligt standarden ska organisationen avsätta tid för vårdpersonal för diskussion om, och utforskande av, patientens berättelse. Vidare ska organisationen verka för att det utvecklas en miljö som underlättar inhämtningen och delandet av patientens berättelse, samtidigt som behovet av integritet beaktas. Organisationen ska också se till att vårdpersonalen utbildas till att inhämta patienters berättelse. Organisationen ska även, med beaktande av patientsekretessen, säkerställa att patientens berättelse kan delas bland parterna i en interprofessionell arbetsgrupp.

Beträffande patientdelaktighet och partnerskap tydliggörs i standarden avsnitt 5.2.1 att organisationen ska säkerställa att det finns erforderliga rutiner som gör det möjligt för patienten att kontinuerligt delta och för att det avsätts tid för vårdpersonalen. Vidare föreskrivs i avsnitt 6.2.1 att organisationen ska säkerställa att det finns rutiner för att personalen ska granska vårdplanen och för att patienterna alltid ska ha tillgång till vårdplanen. Dessutom preciseras i avsnitt 5.2.1 en särskild skyldighet att i situationer där ett partnerskap inte är möjligt på grund av patientens kognitiva eller fysiska status, språkbarriärer eller andra aspekter av kommunikation, ska beslut som fattas av vårdpersonalen dokumenteras noggrant och utvärderas så snart som möjligt tillsammans med patienten.

18.5.3 Handlingsdirigerande normer för huvudmän

Vad ska, bör, får och får inte hälso- och sjukvårdens huvudmän göra för att vården ska vara personcentrerad?

Även på huvudmannanivå finns det mycket som talar för en omfattande utveckling av handlingsdirigerande normer. Som framgått i kapitel 3 har huvudmännen en central roll i kunskapsstyrning och digitalisering. Det finns säkerligen även ett behov att åtgärder på huvudmannanivå.

18.6 Personcentrerad vård som målnormer för resultatstyrning

Ett femte och sista steg är att utvärdera hur personcentreringsnormerna ska förstås och utvecklas som målnormer. På motsvarande sätt som ovan kommer vi att utvärdera hur de som tillhandahåller vård, dvs. vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal kan använda sig av målnormer som ett led i kvalitetsutvecklingen av hälso- och sjukvården.

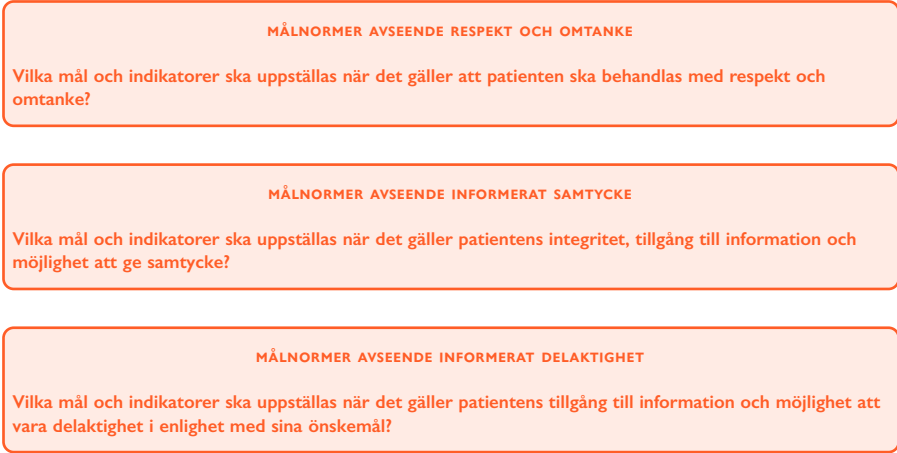
18.6.1 Målnormer avseende personcentrerad vård och patientens rätt

När är vården personcentrerad och vilka indikatorer etc. ska vara uppfyllda?

Det är att betrakta som ett misslyckande om det enda normerande resultatet av alla utvecklingsinsatser och annat arbete med personcentrerad vård är en icke förpliktigande målnorm. Detta har visat sig vara en generell hotbild vad gäller patientlagens implementering. I värsta fall är det endast då hälso- och sjukvården ska skriva övergripande visions- och strategidokument som det är självklart att lyfta fram begrepp som personcentrering, respekt, omtanke, delaktighet o.s.v. Det finns dock inget som säger att målnormer är icke-förpliktigande. Tvärtom är användandet av målnormer ett viktigt inslag i ett förpliktigande kvalitetsarbete och har dessutom stor socio-legal potential när det gäller implementering av lagstiftning. Ett viktigt sätt att göra målnormer förpliktigande är att uppställa krav på resultat och att dessutom utvärdera/mäta i vilken utsträckning måluppfyllelse sker. Vi kommer att lägga särskild vikt vid hur målnormer kan och bör kompletteras med indikatorer som möjliggör utvärdering av måluppfyllelse.²¹⁰⁰

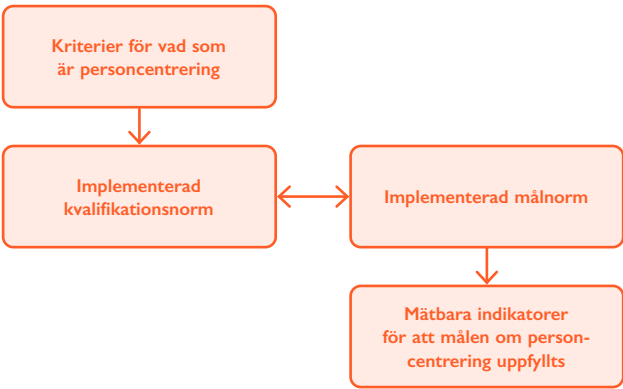
²¹⁰⁰ Socialstyrelsens arbete med uppföljning och granskning av mål med hjälp av indikatorer innefattar en mängd olika områden. Exempelvis har Socialstyrelsen tagit fram förslag på indikatorer som kan användas för att granska olika bedömningsområden inom hälso- och sjukvården. Där har myndigheten ett särskilt ansvar eftersom vissa av de framtagna indikatorerna bygger på datakällor som Socialstyrelsen förvaltar som därmed kunnat kvalitetsgranska arbetet. Inom ramen för arbetet i denna del har Socialstyrelsen publicerat rapporter som rör indikatorer för uppföljningar av regionernas arbete med fast läkarkontakt, primärvård, omställning till en mer nära vård. Det är även så att Socialstyrelsen tittat på indikatorer avseende tillämpning av digital vård i regionerna. För översikt och mer information se Socialstyrelsens webbsida, Uppföljning av omställningen till god och nära vård.

FIGUR 76.
Personcentreringsnormer i
form av målnormer.

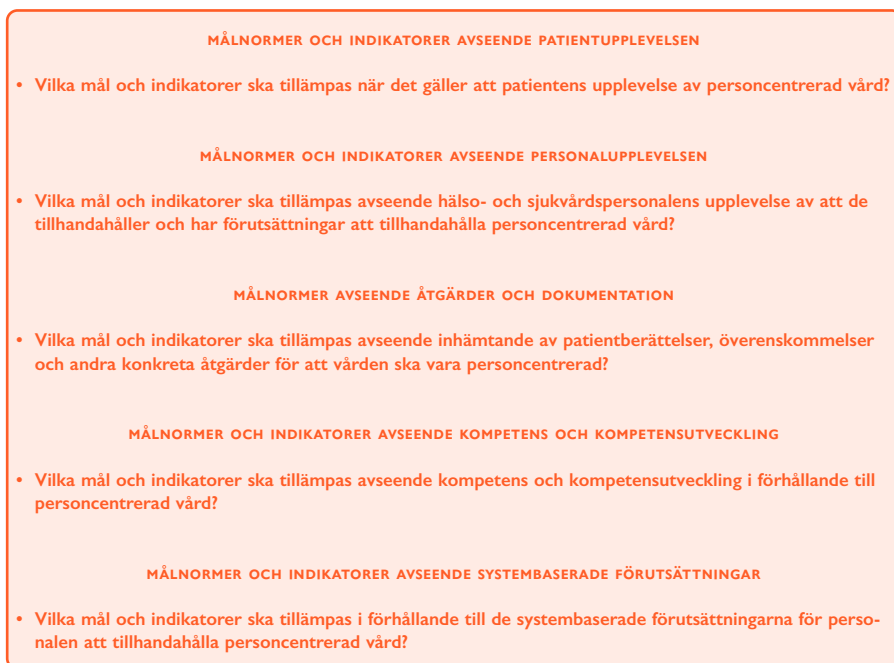


I ramverket utgår vi även här från de s.k. personcentreringsnormerna och frågar oss hur dessa kan förstås som målnormer. Vi menar som sagt att för att möjliggöra personcentrerad vård ska dessa ha implementerats. På motsvarande sätt menar vi att vi utifrån ett antal frågor behöver utveckla mer konkreta normer. Det är ur vårt perspektiv särskilt viktigt att koppla målnormerna till kvalifikationsnormerna och de övriga normerna. Utvärderingen i detta avseende är direkt relaterad till en utvärdering av implementeringen av rättsreglerna som kvalitetsnormer.

FIGUR 77.
Dynamiken mellan mål och
kvalifikationsnormer.



Överhuvudtaget är det en central uppgift enligt vår mening att med hjälp av målnormer verka för patientlagens implementering och möjliggörande av personcentrerad vård. Ambitionen med förevarande ramverk är således att uppställa målnormer som är direkt relaterade till implementeringen av patientens rätt och möjliggörandet av personcentrerad vård. Vidare är ambitionen att det ska vara möjligt att utvärdera graden av måluppfyllnad med uppställda indikatorer. På detta sätt kommer tillämpningen av indikatorerna och utvärderingen av måluppfyllnad också verka normerande vad gäller implementeringen av patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård.



FIGUR 78.
Målnormer som möjliggör
utvärdering av personcentrerad vård.

För varje målnorm kommer vi således att tydliggöra ett antal indikatorer. Socialstyrelsen som har givits ett särskilt ansvar att utvärdera hälso- och sjukvården uppställer ett antal kriterier för vad som ska utmärka en indikator. I detta arbete kommer vi att utveckla hur indikatorer kan vara en integrerad del i en sociolegal utvärdering av hur lagar implementeras nedifrån och upp inom ramen för vårdens kvalitetsarbete. Särskilt intressant för detta arbete är att Socialstyrelsen ser arbetet med indikatorer som ett inslag i kunskapsstyrningen och utvärderingen av hälso- och sjukvårdens kvalitet.²¹⁰¹ Socialstyrelsen uppställer vad som kan beskrivas som ett antal kvalifikationsnormer för vad som utgör en indikator.²¹⁰² En indikator ska:

- ange en riktning
- vara relevant
- vara valid
- vara vedertagen
- vara påverkbar
- vara mätbar

²¹⁰¹ Socialstyrelsen förklarar på sin hemsida att den som är beslutsfattare i omsorg och hälso- och sjukvård kan använda indikatorer för att följa upp och utveckla sin verksamhet. De kan enligt Socialstyrelsen även använda dem för att följa upp och jämföra processer, resultat och kostnader över tid. De kan följaktligen också användas för att förbättra kvalitet och effektivitet. Socialstyrelsens webbsida, Indikatorer i nationella riktlinjer.

²¹⁰² Socialstyrelsen, Handbok för utveckling av indikatorer – För god vård och omsorg s. 7.

Det första kravet att en indikator ska ange en *riktning* innebär att hög eller låga värden betyder att kvaliteten är antingen bra eller dålig. Att indikatorn ska vara *relevant* betyder att indikatorn ska belysa ett kvalitetsområde som är viktigt för verksamheten att förbättra. Kravet på att indikatorn ska vara *valid* innebär att den ska mäta det den avser att belysa och att mätningen sker på ett tillförlitligt sätt. Intressant i sammanhanget är kravet på att indikatorn ska vara *vedertagen* och bygga på kunskap. Kravet kan enligt Socialstyrelsen exempelvis baseras på nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren). Kravet på *påverkbarhet* betyder att det ska vara möjligt för den som är föremål för indikatorn att påverka indikatorns utfall. Det sista kravet är att indikatorn ska vara *mätbar*, vilket är någorlunda självförklarande.²¹⁰³

Utifrån ett sociolegalt perspektiv är dessa krav relevanta både i förhållande till uppställandet av målnormer och i förhållande till de indikatorer som ska tillämpas då man utvärderar om målen uppfylls. Målnormer och indikatorer kan, när det gäller hur personcentreringsnormerna utgör ett inslag i kvalitetsarbete, betraktas som två sidor av samma mynt.²¹⁰⁴ Detta blir tydligt också när det gäller hur Socialstyrelsen delar in indikatorer i olika kategorier. Även denna indelning är relevant för målnormer. Användbart är också hur Socialstyrelsen delar in indikatorer i olika grupper beroende på om de avser *struktur*, *process*, *resultat* eller *utveckling*. En strukturindikator avser enligt Socialstyrelsen förutsättningar för att bedriva vård och omsorg enligt riktlinjerna. Även vad gäller målnormer kan dessa avse strukturer. Utifrån vår terminologi avser dessa målnormer förekomsten och tillämpningen av normer. En processindikator speglar enligt Socialstyrelsen vad som görs, när, var och hur. Det är så klart rimligt att uppställa mål beträffande aktiviteter. Särskilt intressant ur vårt perspektiv är agerande som avser tillämpning av personcentreringsnormerna. En resultatindikator avser följaktligen resultatet av vården och omsorgen. Att det är intressant med målnormer i detta avseende säger sig självt. Vad som är en utvecklingsindikator är inte lika självklart. Enligt Socialstyrelsen speglar dessa rekommendationer något som de bedömer är viktigt att följa upp, men där data saknas. Att uppställa målnormer för behovet av normbildning är i sig viktigt.

18.6.2 Målnormer och indikatorer avseende patientupplevelsen

Vilka mål och indikatorer ska tillämpas när det gäller patientens upplevelse av personcentrerad vård?

Den mer abstrakta och icke förpliktande målnormen är att vården ska vara personcentrerad. Frågan är följaktligen hur denna norm ska översättas i förpliktande målnormer som på ett någorlunda effektivt sätt kan följas upp och t.o.m. mätas. Av vad som sagts ovan följer att den sociolegala utmaningen är att

²¹⁰³ Socialstyrelsen, Handbok för utveckling av indikatorer – För god vård och omsorg s. 7.

²¹⁰⁴ I relation till patientsäkerhet så har Socialstyrelsen tagit fram en rapport om indikator baserad uppföljning baserad på den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Se Socialstyrelsen, En indikatorbaserad uppföljning för säker vård; Utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården – Agera för säker vård.

utforma målnormer som verkar normerande och förpliktigande när det gäller tillämpningen av personcentreringsnormerna som kvalifikations- och kompetensnormer, samt handlingsnormer. Det är därefter denna normtillämpning som ska utvärderas och mätas med indikatorer. Samtidigt är det återigen viktigt att understryka att kärnan är det handlingsetiska arbetssättet och att även detta måste innefattas både vad gäller målnormerna och indikatorerna. Vidare säger det sig självt att det är slutändan är själva patientupplevelsen som är avgörande.

Ett första område som vårdgivare bör fokusera på är följaktligen patientens upplevelse. Den normerande frågan bör enligt vår mening delas upp i följande, mer rättsligt orienterade, frågor:

- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas när det gäller patientens upplevelse av respekt och omtanke?
- Vilka mål och indikatorer ska uppställas när det gäller patientens upplevelse av integritet, tillgång till information och möjlighet att ge samtycke?
- Vilka mål och indikatorer ska uppställas när det gäller patientens upplevelse av tillgång till information och möjlighet att vara delaktig i enlighet med sina önskemål?

Målnormen att man visas respekt och omtanke i vården kan göras generell, men kan även göras mer specifik. Den kan göras mer specifik såtillvida att det ska vara ett visst antal eller en viss procent som upplever respekt och omtanke. Den kan också göras specifik i förhållande till specifika vårdåtgärder, exempelvis att vissa undersökningar och behandlingsmetoder ska upplevas ges med respekt och omtanke. Motsvarande gäller formulerandet av målnormer i förhållande till de andra två personcentreringsnormerna.

För en vårdgivare är det rimligen allt mer viktigt att följa upp patienternas upplevelse i detta avseende. Detta kan givetvis också göras utifrån olika ambitionsnivåer. När det gäller indikatorer för patientupplevelser har det också utvecklats s.k. patient-reported experience measures (PREMs). Detta är uppföljningar som primärt görs i förhållande till större patientgrupper.

18.6.3 Målnormer och indikatorer avseende personalupplevelse

Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av att de tillhandahåller och har förutsättningar att tillhandahålla personcentrerad vård?

Ett andra område att utveckla målnormer och indikatorer för är avseende personalens upplevelse. I detta sammanhang behöver man utvärdera vad som är mål vad gäller personalens upplevelse av att kunna tillämpa ett handlingsetiskt perspektiv där man fokuserar på patienten och dennes behov. Lika intressant är målen för upplevelsen av att man givits förutsättningar i detta avseende. Den normerande frågan bör, på motsvarande sätt, delas upp i följande tre frågor:

- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av att de tillhandahåller och har förutsättningar att tillhandahålla vård som ges med respekt och omtanke?
- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av att de tillhandahåller och har förutsättningar att tillhandahålla vård som tillgodoser patientens behov av integritet och information för att samtycke ska ges?
- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av att de tillhandahåller och har förutsättningar att tillhandahålla vård som tillgodoser patientens behov av information och där patienten har möjlighet att vara delaktig i enlighet med sina önskemål?

På motsvarande sätt som ovan kan målnormer avseende personalupplevelse göras mer specifika. Man kan uppställa ett mål om en procentandel av personalen. I förhållande till personalen kan det vara särskilt intressant att fokusera på specifika vårdåtgärder som är mer utmanande och krävande. Indikatorer förutsätter även här ett empiriskt underlag i form av en personalenkät eller motsvarande.

18.6.4 Målnormer avseende åtgärder och dokumentation

Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende inhämtande av patientberättelser, överenskommelser och andra konkreta åtgärder för att vården ska vara personcentrerad?

Ett tredje område att fokusera på när det gäller att utveckla målnormer och indikatorer är i förhållande till kvalifikationsnormerna och de handlingsdirigerande normerna. Vilka mål ska uppfyllas avseende konkreta åtgärder som måste vidtas? Vi delar här upp den normerande frågan i följande tre delar:

- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende inhämtande av patientberättelser och andra konkreta åtgärder för att patienten ska uppleva respekt och omtanke?
- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende dokumentation och andra konkreta åtgärder för att informerat samtycke ska inhämtas på ett erforderligt sätt?
- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende ingående av dokumenterad överenskommelse och andra konkreta åtgärder för att informerad delaktighet ska möjliggöras?

När vi utformar målnormer för i vilken utsträckning tillämpliga kvalifikationsnormer och handlingsnormer ska tillämpas i praktiken, blir det tydligt hur målnormerna verkar förpliktigande och kompletterar övriga normer. Efterhand som det utvecklas fler kvalifikationsnormer och handlingsdirigerande normer kan vi också utforma målnormer avseende dessa. Det är i förhållande till dessa mål relativt lätt att utforma en indikator för måluppfyllelse, särskilt om det föreligger ett krav på dokumentation.

18.6.5 Målnormer och indikatorer avseende kompetens och kompetensutveckling

Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende kompetens och kompetensutveckling i förhållande till personcentrerad vård?

Ett fjärde område där man bör överväga i vilken utsträckning man ska uppställa målnormer och indikatorer är i förhållande till kraven på kompetens och kompetensutveckling. Målnormer i detta avseende kan fokusera på att personalen ska ha viss formell kompetens och genomgått specifik utbildning. De kan också handla om att uppställa mål för att personalen ska ha genomgått intern kompetensutveckling etc.

- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende kompetens och kompetensutveckling beträffande respekt och omtanke i vården?
- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende kompetens och kompetensutveckling beträffande integritet och informerat samtycke?
- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas avseende kompetens och beträffande informerad delaktighet?

För att det ska vara relevant att uppställa målnormer i dessa avseenden förutsätter det givetvis att det finns tillgång till relevant utbildning, program för kompetensutveckling o.s.v. Om så inte är fallet, är det också föga relevant att uppställa några målnormer. Motsvarande gäller avseende indikatorer. I detta sammanhang blir det följaktligen tydligt hur nära sammanflätad normutvecklingen är i förhållande till den digitalt utvecklade kunskapsstyrningen och kunskapsstödet.

18.6.6 Målnormer och indikatorer avseende systembaserade förutsättningar

Vilka mål och indikatorer ska tillämpas i förhållande till de systembaserade förutsättningarna för personalen att tillhandahålla personcentrerad vård?

Ett sjätte område är följaktligen också det som avser själva de systembaserade förutsättningarna för vården. Vilka mål ska vårdgivare och kanske t.o.m. huvudmän uppfylla för att personalen ska kunna tillhandha personcentrerad vård. Vi delar in den övergripande frågan enligt följande:

- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas i förhållande till de systembaserade förutsättningarna för personalen att tillhandahålla vård baserad på respekt och omtanke?
- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas i förhållande till de systembaserade förutsättningarna för personalen att lämna erforderlig information och inhämta samtycke?
- Vilka mål och indikatorer ska tillämpas i förhållande till de systembaserade förutsättningarna för personalen att lämna erforderlig information och möjliggöra önskad delaktighet?

På motsvarande sätt är dessa målnormer relaterade till de övriga normer som riktar sig till vårdgivare och huvudmän. Föreligger det explicita krav på att utveckla utbildning, rutiner och andra kompetensförstärkande åtgärder kan det utvecklas målnormer i förhållande till dessa. Viktigt i sammanhanget är också mål i förhållande till personalens tid och arbetsmiljö. Särskilt intressant är målnormer i förhållande till behovet av normutveckling i sig. Med ett nedifrån och upp-perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling blir det tydligt att verksamheten och dess kvalitet utvecklas genom normbildning. Tillämpningen av de centrala bestämmelserna i patientlagen kopplade till hälso- och sjukvårdens kvalitet handlar om en kontinuerlig normbildning.

KAPITEL 19

PERSONCENTRERAD VÅRD SOM KVALITETSNORMER

19.1 Normer för hälso- och sjukvårdens kvalitet

I detta kapitel ska vi utvärdera och diskutera hur de personcentreringsnormer som beskrivits i föregående kapitel kan och bör inkluderas i den normtillämpning och även normbildning som ligger till grund för hälso- och sjukvårdens kvalitet. I detta sammanhang blir betydelsen av det medikolegala perspektivet än mer tydligt. Utifrån ett rättsligt perspektiv är hälso- och sjukvårdens kvalitet nära kopplad till vad som är att betrakta som ”god vård”. Kärnan i bedömningen av utförandet av god vård är att vården ska baseras på vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet. Som normkonstruktion är denna avgörande när det gäller såväl hälso- och sjukvårdens bedrivande, som dess utveckling. Det föreligger också en kritik såväl mot regelkonstruktionen i sig, som dess tillämpning som normer.²¹⁰⁵ En del av kritiken avser bristen på precisering, medan en annan del avser bristen på en mer tydlig metodik etc. när man tillämpar normerna. Den normativa ambitionen i detta kapitel är att, genom nivå två i ramverket, bidra till en utveckling i båda dessa avseenden. Detta särskilt med beaktande av den kunskapsstyrning som just nu bedrivs. I och med den ökande tillgängligheten av digital data och digitala lösningar att hantera denna data, skapas nya förutsättningar till en mer sofistikerad och normbaserad kvalitetsutveckling.

19.1.1 Personcentreringsnormer och andra kvalitetsnormer

Normativt är vi särskilt intresserade av att tydliggöra den fundamentala dynamiken mellan *personcentreringsnormer* och vad som kan förstås som *medicinska normer* och *hälso- och sjukvårdspolitiska normer*. Enligt vår mening kan dessa tre kategorier av normer betraktas som hälso- och sjukvårdens grundläggande kvalitetsnormer. Utmärkande är att det är normer som ofta kommer att behöva preciseras och utvecklas för specifika vårdåtgärder och sjukdomstillstånd. För att detta ska ske krävs en utvecklad metodik. Vi är därför intresserade av hur de som svarar för hälso- och sjukvårdens kvalitet bör förhålla sig till normtillämpning och normbildning i hälso- och sjukvården som praktik. Ambitionen i kapitlet är att utveckla en nivå två i ramverket där vi riktar oss till alla dem som har till uppgift att utveckla och säkra vårdens kvalitet. En viktig målgrupp är som sagt läkare, sjuksköterskor och andra professioner som har uppgiften att tillhandahålla god vård. Samtidigt är det i sammanhanget tydligt att hälso- och sjukvårdens professioner, i enlighet med citatet av Ricoeur, behöver vara mer öppna i sitt förhållningssätt till hälso- och sjukvårdens kvalitet och inkludera andra aktörer.²¹⁰⁶

²¹⁰⁵ Se bl.a Garland, Testing the Bounds of Lawful Medicine in Sweden: Vetenskap och beprövad erfarenhet as a legally enforceable standard of care s. 84–85. Wahlberg och Sahlin, Om icke vedertagna behandlingsmetoder och kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet s. 48–65.

²¹⁰⁶ Se citatet ovan efter kapitelrubriken där Ricoeur lyfter fram att “medical ethics has too often been treated as a closed domain.” Ricoeur, Reflections on the Just s. 213.

Detta blir särskilt tydligt då man följer utvecklingen vad gäller kunskapsstyrning och digitalisering av hälso- och sjukvården.

Ramverket på denna andra nivå fokuseras således på vad som kan anses utgöra hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem. Konkret handlar det om hur personcentrering blir en konkret del av kvalitetsutvecklingen såväl som kvalitetshandlingen av vårdåtgärder, vårdprocesser och vårdförlopp. Vårt medikolegala perspektiv innebär att vi är intresserade av hur kvalitetsnormer utvecklas och hanteras för specifika hälsotillstånd. Det sociolegala perspektivet gör att vi också strävar efter att ramverket ska fånga hur kvalitetsutveckling såväl som kvalitetshandling sker utifrån ett systemperspektiv. Sociolegalt skiljer vi mellan *system för tillämpning av kvalitetsnormer* och *system för normbildning avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet*.

19.1.2 Kvalificering av ”god vård” – hälso- och sjukvårdens fundament

Det är inte uppenbart hur man för hälso- och sjukvårdens olika aktörer ska tydliggöra de rättsliga kraven på hälso- och sjukvårdens kvalitet. Även om man begränsar analysen till gällande lagstiftning kan vi konstatera att det föreligger en rad begrepp som är relevanta vad gäller kraven på vårdens kvalitet. Det begrepp som ligger närmast till hands att fokusera på är begreppet god vård. Betraktat som kvalifikationsnorm ska vården, för att kunna tillhandahållas, uppfylla kravet på god vård.

19.1.2.1 Patientlagens bestämmelse om vårdens kvalitet

Startpunkten för analysen i detta kapitel är kravet på god vård enligt patientlagen. I 1 kap. 7 § patientlagen föreskrivs 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*. Detta är den lite mer avgränsade definitionen av vad som kan anses förstås med god vård. Här är den kvalitativa aspekten av vad som är god vård tydligt kopplad till vad som är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Som utgångspunkt är de rättsliga kvalifikationsnormer. För att vårdinsatsen ska ha god kvalitet, utifrån ett medicinskt perspektiv, ska den antingen baseras på vetenskaplig evidens eller på evidens utifrån beprövad erfarenhet.

19.1.2.2 Patientlagens och sjukvårdslagens krav på god vård

Av 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen följer som tidigare beskrivet en mer utvecklad kvalifikationsnorm avseende när en vårdåtgärd utgör god vård. Inledningsvis stadgas att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär enligt paragrafen att vården särskilt ska:

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Flera av dessa kan, när de implementeras i hälso- och sjukvården, beskrivas som medicinska kvalifikationsnormer. Detta gäller kravet på god hygienisk standard. Så är fallet även avseende kravet på säkerhet. I övrigt innefattar bestämmelsen ett antal krav som är centrala för en personcentrerad vård. Anspråk på respekt, självbestämmande, integritet m.m. utgör integrerade inslag i vad som utgör personcentrerad vård. Att vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal för att vara god vård är åtminstone inte väsensskilt från ett krav på partnerskap. Intressant i sammanhanget är även att vården ska vara lätt tillgänglig för att vara god vård. Alla dessa är normer som vi, vilket kommer att utvecklas, förknippar med personcentrering.

19.1.3 God vård som kvalitetskrav

Utmärkande för analysen i förvarande kapitel är att vi fokuserar på hur god vård kan förstås som kvalitetsnormer inom ramen för vårdgivarens kvalitetssystem.

19.1.3.1 Socialstyrelsens kvalitetsområden

Ett för detta arbete intressant sätt att närma sig vad som är god vård gjordes i Socialstyrelsens handbok *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*.²¹⁰⁷ Socialstyrelsen utgår från de krav som uppställs i lagstiftning och menar att dessa sammantaget resulterar i sex kvalitetsområden att förhålla sig till då man tillhandahåller en vård som är god. Detta är en indelning som enligt Socialstyrelsen förekommer internationellt. Socialstyrelsen delar in god vård i följande kvalitetsområden:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.
- säker hälso- och sjukvård.
- patientfokuserad hälso- och sjukvård.
- effektiv hälso- och sjukvård.
- jämlik hälso- och sjukvård.
- hälso- och sjukvård i rimlig tid.

För att vården ska vara *kunskapsbaserade och ändamålsenlig* ska den enligt Socialstyrelsen bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, samt utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Härvidlag får man anta att det är de medicinska behoven som avses.²¹⁰⁸ Att vården ska vara *säker* innebär att vårdskador ska förhindras.²¹⁰⁹ Dessa två kvalitetsområden avser medicinska överväganden, vilka som sagt kan förstås som medicinska normer.

²¹⁰⁷ Detta är en s.k. handbok för handläggning från 2006 och ska komplettera Socialstyrelsens författningar. Handboken avsåg en tidigare version av kvalitetsledningssystem för vård och omsorg, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

²¹⁰⁸ Beträktat som kvalitetsområde kan det lagstiftningsmässigt härledas till bl.a. 1 kap. 5 § patientlagen.

²¹⁰⁹ Detta kvalitetsområde regleras i patientsäkerhetslagen.

Kvalitetsområdet avseende patientfokuserad hälso- och sjukvård är närliggande det personcentrerade.²¹¹⁰ Socialstyrelsen menar att det är ett uttryck för att vården ska ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar. Dessa ska dessutom vägas in i de kliniska besluten. Intressant i sammanhanget är innebörden av att hälso- och sjukvården ska vara *effektiv*.²¹¹¹ ”Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.” Att hälso- och sjukvården ska vara *jämlig* innebär, enligt Socialstyrelsen, att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.²¹¹² Det sista kvalitetsområdet avseende hälso- och sjukvård *i rimlig tid* är ett krav på att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid.²¹¹³

19.1.3.2 Kvalitetsaspekter enligt den europeiska standarden för kvalitetsledning

Ett annat intressant sätt att avgränsa vad som utgör hälso- och sjukvårdens kvalitet görs i den europeiska och även svenska standarden SS-EN 15224:2017 Ledningssystem för kvalitet – EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården. I standarden 8.2.2 identifierar man elva basala kvalitetsaspekter som man har att beakta då man utvecklar kvalitetsledningssystem:

- ändamålsenlighet;
- åtkomlighet (tillgång till);
- kontinuitet i den enskilde patientens vård;
- verkningsfullhet;
- kostnadseffektivitet;
- jämlikhet;
- evidensbaserad/kunskapsbaserad vård;
- patientfokuserad vård inkluderande fysisk, psykisk och social integritet (ICF);
- patientdelaktighet;
- patientsäkerhet;
- tillgänglighet (i rimlig tid).

Detta är kvalitetsaspekter som, enligt standarden, baseras på klinisk erfarenhet och är kända för att vara relevanta för hälso- och sjukvård. Om man förhåller sig till dessa kommer man enligt standarden att regelmässigt täcka in de huvudsakliga kvalitetskraven inom hälso- och sjukvården.²¹¹⁴ I den utsträckning den som tillämpar standarden väljer att utesluta någon av aspekterna ska detta motiveras.²¹¹⁵

²¹¹⁰ Lagstiftningsmässigt är detta ett kvalitetsområde som i stor utsträckning är kopplat till patientlagens bestämmelser om värdighet (1 kap. 6§), information (3 kap.), samtycke (4 kap.) och delaktighet (5 kap.).

²¹¹¹ I 4 kap. 1 § stadgas att offentligt hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektiviteten.

²¹¹² Detta kvalitetsområde kan lagstiftningsmässigt härledas till 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Se även 1 kap. 6 § patientlagen.

²¹¹³ Beträffande detta kvalitetsområde se bl.a. 2 kap. patientlagen.

²¹¹⁴ SS-EN 15224:2017 Ledningssystem för kvalitet – EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården s. 11.

²¹¹⁵ I bilaga D beskrivs respektive aspekt närmare.

19.1.4 Ett ramverk för hälso- och sjukvårdsprofessionen att besluta om vad som utgör en vårdåtgärd som uppfyller kravet på god vård

Det ramverk som utvecklas i detta kapitel riktar sig till dem som svarar för hälso- och sjukvårdens kvalitet, vilket i princip är alla aktörer som är delaktiga i de kliniska processerna.

19.1.4.1 Skyldighet att tillhandahålla god vård inom ramen för hälso- och sjukvård som rättslig ordning

Det är alltid någon specifik person, ofta en läkare eller någon annan från en av sjukvårdsprofessionerna, som har ansvaret för själva åtgärden eller insatsen. Ett viktigt inslag i en ordning eller handlingssystem för vårdens kvalitet är att det är en person med rätt utbildning och kompetens som innehar det specifika ansvaret. Det är följaktligen rimligt att uppställa specifika krav på kompetens i förhållande till hälso- och sjukvårdens olika roller, s.k. kompetensnormer. Av tradition är följaktligen hälso- och sjukvården uppbyggd kring olika professioner med krav på legitimation. Beroende på vilka konkreta vårdåtgärder som ska utföras uppställer vi krav på ansvarstagande och kompetens. Kraven på kompetens kan uppställas generellt, men också specifikt i förhållande till konkreta vårdåtgärder. Inom ramen för ramverket utgår vi från kvalifikationsnormen om vad som är god vård avseende de specifika vårdåtgärderna, för att därefter tydliggöra kompetensnormen. Vi frågar oss vem eller vilka som har ansvaret för den specifika vårdåtgärdens kvalitet och vilken formell respektive reell kompetens de måste ha.

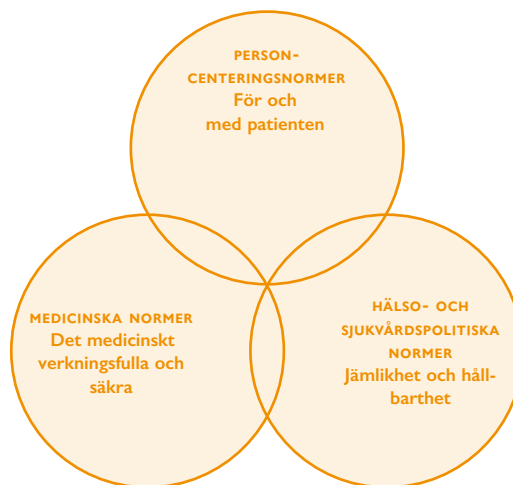
Kvalitetsarbetet är, som vi kommer att diskutera, beroende av ett relativt väl utarbetat samspel mellan olika aktörer. När en läkare eller annan inom hälso- och sjukvården ska utföra vårdåtgärder är de beroende av utrustning, in-vitro-tester, läkemedel m.m. Viktiga inom detta samspel är följaktligen personer verksamma på läkemedelsföretag och företag som utvecklar medicintekniska produkter och läkemedel. Viktiga är också de som köper in medicintekniska produkter och läkemedel. Det är deras roll att säkerställa att vårdåtgärder håller god kvalitet. De har till uppgift att säkerställa att de produkter m.m. som de tillhandahåller är av god kvalitet.

Viktiga är också personer som utformar föreskrifter, råd och annan kunskapsstyrning avseende vårdåtgärder. Dessa personer har en central uppgift att följa den vetenskapliga utvecklingen för att säkerställa att specifika vårdåtgärder utförs på ett kvalitativt erforderligt sätt. På motsvarande sätt har de som säkerställer att det i förhållande till hälso- och sjukvårdspersonalen finns tillgång till kunskapskällor med hög kvalitet en central roll i samspelen. Redan genom att lyfta fram detta relativt begränsade samspel kan vi konstatera att det inom hälso- och sjukvården finns ett omfattande behov av kvalitetsnormer, enligt vilka det uppställs krav på inte bara personers kompetens, utan på produkter, läkemedel och annat som används och t.o.m. utgör specifika vårdåtgärder. Det blir tydligt att det krävs kvalitetsnormer för alla vårdåtgärder.

19.1.4.2 Tre kategorier av kvalitetsnormer

En viktig forskningsuppgift har således varit att avgränsa vad som är de centrala kvalitetsnormerna för hälso- och sjukvården. Vi menar att det i förhållande till hälso- och sjukvårdens kvalitet och vad som utgör god vård är ändamålsenligt att dela in rättsnormerna i tre kategorier – medicinska normer, personcentreringsnormer och hälso- och sjukvårdspolitiska normer. Kategorierna kan nödvändigtvis inte hållas helt isär från varandra, utan är i viss utsträckning överlappande. Respektive kategori av rättsnorm har dock sin egen handlingslogik.

FIGUR 79.
Tre överlappande kategorier
av rättsnormer för hälso- och
sjukvårdens kvalitet.

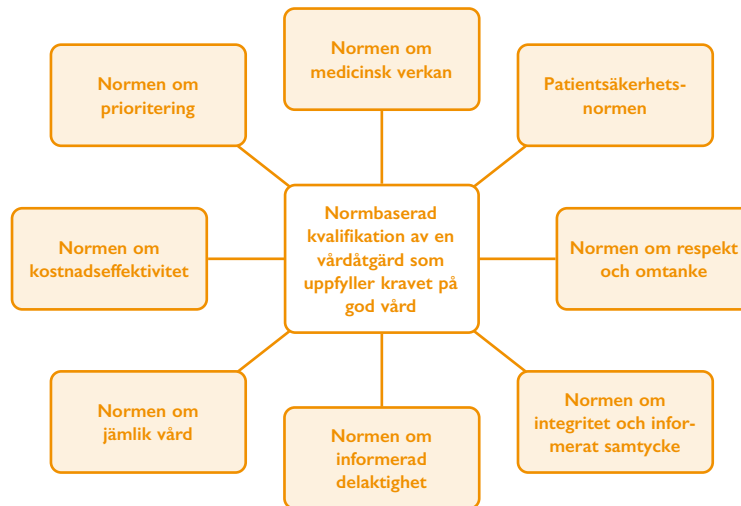


Ramverket kan förklaras som en medikolegal modell för hur man ska implementera den lagstiftning som föreligger avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det kan också förklaras som processer för hur man utifrån ett medikolegalt perspektiv säkerställer kvalitet vid specifika vårdåtgärder. Vid varje vårdåtgärd, oavsett vad den avser, har man som utgångspunkt att tillämpa ett antal kvalitetsnormer. Detta är normer som går att utläsa redan genom att diskutera innebörden av de sex kvalitetsområden som Socialstyrelsen lyfter fram avseende kvaliteten på hälso- och sjukvården. Vi har, vad gäller den rättsteoretiska grundvalen för de olika kvalitetsnormerna, valt att lägga särskild vikt vid Ricoeurs handlingsetik och de tre pelarna som hälso- och sjukvårdspersonalen har att förhålla sig till. Detta inte minst för att handlingsetiken tar utgångspunkt i den praktiska kontext de som verkar inom hälso- och sjukvården har att hantera. I enlighet med Ricoeurs tre pelare är det möjligt att skapa en normerande modell som hälso- och sjukvårdspersonalen har att tillämpa, med utgångspunkt i sin egen etiska kompass.

19.1.4.3 Vårdåtgärder och vårdförlopp baserade på kvalitetsnormer

Ramverket fokuserar specifikt på att tydliggöra hur vårdåtgärder och även vårdförlopp baseras på normer. Ur vårt perspektiv är det de olika kvalitetsnormerna som ska ligga till grund för vad som är den specifika vårdåtgärden eller vårdinsatsen. De olika kvalitetsnormerna ska särskilt tillämpas då man utreder och beslutar om

vilken behandling som ska ske, men även då man bestämmer vilken utredning etc. som ska göras. Kvalitetsnormer tillämpas också då man utför själva vårdåtgärden. Huvudtanken bakom ramverket är således att en vårdåtgärd konstrueras utifrån ovan åtta kvalitetsnormer i tre kategorier. De olika normerna ska som utgångspunkt ligga till grund för alla vårdåtgärder, men kommer att aktualiseras i olika grad beroende på vilken vårdåtgärd det är frågan om.



FIGUR 80.
Vårdåtgärder och vårdförlopp
baserade på tillämpning av
kvalitetsnormer.

En vårdåtgärd baserad på en kvalifikationsnorm som preciseras genom kompetensnorm och handlingsdirigerande normer

Startpunkten är som sagt att kvalitetsnormerna, i enlighet med ovan figur, är kvalifikationsnormer. Detta innebär att normerna uppställer krav på själva vårdåtgärden, vilka när de tillämpas kommer att resultera i kvalitetsegenskaper. Kvalifikationsnormerna behöver regelmässigt, vilket redan förklarats, översättas till kompetensnormer, handlingsdirigerande normer och även målnormer. Kompetensnormerna tydliggör vilka personer som har ansvar för vårdåtgärdens utförande och vilken kompetens de specifikt behöver ha. De handlingsdirigerande normerna tydliggör vad vårdåtgärden konkret består i. Med målnormer ställer vi upp krav på utfallet av den specifika vårdåtgärden. Ju mer kunskap som utvecklas avseende vårdåtgärder, desto mer utförliga tenderar normerna att bli. Utvecklingen av normerna kommer också att skilja sig åt beroende på vilken kvalitetsnorm som avses. Det är givetvis mer närliggande att utveckla de medicinska normerna jämfört med övriga normer. Vi menar att det finns ett stort behov av att utveckla normer inom ramen för både personcentreringsnormerna och de hälso- och sjukvårdspolitiska normerna.

Personcentrerade vårdåtgärder och personcentrerade vårdförlopp

En ytterligare central utgångspunkt för ramverket är att vårdåtgärder i förhållande till en specifik sjukdom eller hälsotillstånd kan systematiseras som vårdförlopp.

Det samlade behovet av vårdåtgärder lägger grunden för vårdförloppet. När vi överblickar normerna för de vårdåtgärder som krävs kan vi också tydliggöra normer för vårdförloppen.

Vi har i kapitel 3 beskrivit strävan om att vårdförlopp ska vara sammanhållna och personcentrerade. Personcentreringsnormerna är relevanta både när det gäller vårdåtgärden och vårdförloppen. I den statliga överenskommelsen med SKR uppställs som sagt kriterier för vad som utgör personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Allmänt föreskrivs att personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska omfatta en större del av vårdkedjan. Här innefattas tid till upptäckt, uppföljning och rehabilitering. Själva kriterierna består i att vårdförloppen ska:

- inbegripa flera specialiteter,
- kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser,
- kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar,
- kunna främja hälsa i hela förloppet,
- utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd, samt
- kunna utformas på ett sådant sätt att de kan följas i de informationssystem som används i regionerna.²¹¹⁶

I överenskommelsen föreskrivs vidare att innehållet i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ska vara sammanhållet med annan nationell styrning så att de olika styrmedlen kompletterar och förstärker varandra inom ramen för ett kunskapsstyrningssystem. I överenskommelsen föreskrivs bl.a. att för att säkerställa en sammanhållen kunskapskedja är det viktigt att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen följer kunskapsstöd från myndigheter i syfte att stödja implementeringen.²¹¹⁷ Inom ramen för den s.k. kunskapsstyrningen talar vi numera om standardiserade vårdförlopp, vilka godkänts av nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS). Kunskapsstyrningen tydliggör vikten av att överblicka vilka vårdåtgärder som aktualiseras och hur de samspelar inom ramen för en process. Kunskapsstyrningen i detta avseende är ett viktigt inslag i en nationell informationsinfrastruktur.

19.1.4.4 Från generella kvalitetsnormer till beslut om konkreta kliniska vårdåtgärder

Ramverket är som sagt normativt till sin natur. Samtidigt baseras det på en omfattande rättslig utvärdering av bindande rättsregler och även föreskrifter. Särskilt viktig är som förklarats analysen av de föreskrifter och även standarder som används inom ramen för kvalitetsledning och annat kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård. Vårt fokus har varit på hur krav i lagar, föreskrifter och standarder översätts till kvalitetsnormer som vårdpersonal har att tillämpa som när de beslutar om vilka vårdåtgärder man ska utföra. Ramverket fokuserar på hur

²¹¹⁶ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Sammanhållen, jämlik och säker vård 2023. Bilaga till regeringsbeslut 2023-01-26 nr II:4 s. 22.

²¹¹⁷ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Sammanhållen, jämlik och säker vård 2023. Bilaga till regeringsbeslut 2023-01-26 nr II:4 s. 21.

dess kvalitetsnormer stegvis görs, och kan göras, alltmer precisa i förhållande till den kliniska verksamheten.



FIGUR 81.
Ramverkets andra nivå.

Utmärkande för ramverket i denna del är följaktligen vårdpersonalens beslutsprocesser. Det är i förhållande till de konkreta besluten om vårdåtgärd och verkställighet av dessa som kvalitetsarbetet är som mest avgörande. Det är också precis i dessa sammanhang som det är avgörande att man har kunskap om och tillämpar kvalitetsnormer – särskilt de som följer av rättsliga krav. När man som vi tillämpar ett medikolegalt perspektiv blir det samtidigt tydligt hur det är hälso- och sjukvårdsprofessionernas egna kompetensnormer som möjliggör utvecklingen av kliniskt tillämpliga kvalitetsnormer. Vi utgår också i ramverket från hur det konkreta beslutsfattandet sker och borde ske inom ramen för de kliniska processerna.

Tydliggör och tillämpa de generella kvalitetsnormer som i princip alltid måste vara närvarande då man beslutar om vårdåtgärd

En första del i ramverket är som redan förklarats att avgränsa vilka centrala kvalitetsnormer man har att tillämpa då man beslutar om vad som utgör den vårdåtgärd som krävs. Detta är normer som all beslutande vårdpersonal har att tillämpa i alla sammanhang då en vårdåtgärd behöver sättas in. Sätillvida är det normer som rimligen all vårdpersonal kan utantill och utvärderar kontinuerligt. Vi menar följaktligen att de normer vi ovan valt att beskriva som personcentreringsnormer ska innefattas bland dessa.

Ambitionen med denna första del är att med normerande frågor påvisa hur rättsregler och föreskrifter översätts till konstituerande normer, dvs. till normer vilka ligger till grund för själva vårdåtgärden i sig. Det medikolegala perspektivet påvisar att det är med tillämpning av kvalitetsnormerna som man kan konkretisera vilka moment en vårdåtgärd ska bestå i. Här frågar vi oss bl.a. vad som utgör en personcentrerad vårdinsats – i förhållande till vad som utgör en verkningsfull, patientsäker, jämlik, kostnadseffektiv och prioriteringsbar vårdinsats.

Genomför erforderliga källstudier för att precisera diagnosspecifika kvalitetsnormer

I takt med att vårdbehovet utreds och diagnostisering sker kommer tillämpningen av normerna att behöva göras mer diagnosspecifik. I detta sammanhang har man att, utifrån ett medikolegalt perspektiv, genomföra ett antal källstudier och möjligen även andra studier. Det blir i detta sammanhang aktuellt att utvärdera

i vilken utsträckning exempelvis Socialstyrelsen redan beslutat om tillämpliga, mer diagnosspecifika, föreskrifter. Måhända har den egna regionen utvecklat diagnosspecifika vådrutiner. Särskilt viktigt är, som framgått, att utvärdera vad som följer av vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är också inom ramen för det diagnosspecifika som normbildning sker nedifrån och upp, dvs. det är i stor utsträckning de kliniskt verksamma som genom forskning och praktisk verksamhet utvecklar vad som är vårdåtgärder som uppfyller kvalitetskrav.

Med den andra delen av ramverket är således ambitionen att påvisa hur kvalitetsnormer görs mer specifika genom strukturerade studier av vad som utgör god vård. Det är här som vi medikolegalt fördjupar oss hur normtillämpning och normbildning sker inom ramen för klinisk verksamhet. Vi menar följaktligen att även de s.k. personcentreringsnormerna ska göras mer diagnosspecifika. Det föreligger också en hel del forskning om hur ett personcentrerat arbetssätt kan utvecklas avseende specifika sjukdomstillstånd etc. Vi menar att även dessa normer ska preciseras genom vetenskap och beprövad erfarenhet.

Tydliggör de kliniska beslutsprocesserna och påvisa hur de olika kompetensnormerna används vid beslut, verkställighet av beslutet och uppföljning av beslutet

När vi har inhämtat kunskap om vad som utgör de mer diagnosspecifika kvalitetsnormerna är det frågan om att tillämpa dessa inom ramen för de specifika kliniska processerna. Här kommer vi att mer i detalj utvärdera hur kvalitetsnormer används i de beslutsfattanden som klinisk verksamhet består i. Hälso- och sjukvårdspersonal tillämpar kvalitetsnormer då man: 1) beslutar om vad vårdåtgärden består i, 2) verkställer besluten i konkreta åtgärder och 3) då man följer upp vad de vidtagna åtgärderna resulterat i.

Med denna tredje del av ramverket fördjupar vi vår medikolegala förståelse av hur kliniska processer måste förstås och hanteras som beslutsprocesser. Vi menar följaktligen att de s.k. personcentreringsnormerna ska tillämpas på motsvarande sätt som de medicinska normerna i det kliniska beslutsfattandet. Samtidigt är det i det kliniska beslutsfattandet som det i slutändan är frågan om att tillämpa ett handlingsetiskt förhållningssätt. Det kan mycket väl vara så att personalen med utgångspunkt i den specifika patientens behov kommer att göra särskilda överväganden om vad som är kvalitativt god vård. Det är samtidigt i det konkreta beslutsfattandet som man måste ha förvissats om att beslutet är kvalitativt underbyggt och verkställs på ett kvalitativt sätt.

19.2 Normer för vad som är god vård

I kapitlet kommer vi således att förhålla oss till god vård som övergripande norm för hälso- och sjukvårdens kvalitet. En huvuduppgift är att tydliggöra vilka kvalitetsnormer som ligger till grund vad som är god vård. Vi menar att det är möjligt att avgränsa ett antal rättsliga kvalitetsnormer som ska tillämpas i samband med i princip alla vårdåtgärder. Det är enligt vår mening möjligt att gå så långt att hävda att det är tillämpningen av dessa normer som ska ligga

till grund för vad som är själva vårdåtgärden, dvs. det är möjligt att tydliggöra ett antal kvalifikationsnormer som ska tillämpas när man bestämmer vad den konkreta undersökningen, behandlingen, rehabiliteringen etc. ska bestå i. Det är vid tillämpningen av dessa rättsnormer i praktiken som hälso- och sjukvården utvecklas utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv.

När vi normativt tydliggör vilka dessa kvalitetsnormer är kommer vi att förhålla oss till de avgränsade kvalitetsområdena och kvalitetsaspekterna. Även om det inte är lagtekniskt uppenbart så är det ändå rimligt att tolka lagstiftningen i enlighet med just dessa. Detta är särskilt fallet med beaktande av den socio-legala ambitionen att tydliggöra vilka rättsnormer som ska ligga till grund för i princip alla beslut om vad som utgör kvalitativa vårdåtgärder. Särskilt intressant för detta arbete är att det är just i förhållande till kvalitetsledningssystem som områdena och aspekterna lyfts fram.²¹¹⁸ Återigen är det viktigt att understryka skillnaden mellan rättsreglerna i lagstiftning m.m. och hur man inom ramen för den organisatoriska beslutsordningen tydliggör de normer man har att tillämpa. En central uppgift i detta sammanhang är att patientlagens centrala bestämmelser ska implementeras som rättsliga kvalitetsnormer. Detta är också nyckeln till att personcentrerad vård blir ett naturligt inslag i vad som är god vård och därmed också i hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling.

19.2.1 Kvalitetsnormer – i dynamiken mellan kvalitetskrav, kvalitetsegenskaper och kvalitetsbeslut

Det är som sagt vår uppfattning att det finns behov av ett mer normorienterat ramverk avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet. Utmärkande för vad som är god vård är att det är kontinuerligt föränderligt. Inom och i anslutning till hälso- och sjukvården som organisation sker ett kontinuerligt nyskapande. Forskning och innovation resulterar i nya undersökningsmetoder och utrustning, diagnoser, metoder och produkter för kirurgi och andra ingrepp, läkemedel, lösningar för långsiktig behandling och rehabilitering o.s.v. För att de ska användas inom ramen för hälso- och sjukvården krävs dock att de uppfyller erforderliga kvalitativa krav. Det är följaktligen i dessa sammanhang som det krävs rättsliga kvalifikationsnormer. Vad som är så intressant i sammanhang är att den nya kunskapen och lösningarna i sig kan betraktas som normbildningsprocesser. Ny kunskap med vetenskaplig evidens kan mycket väl komma att utgöra en nybildad medicinsk norm som kommer att ersätta tidigare medicinska normer om hur man ska genomföra en undersökning, behandling, rehabilitering o.s.v.

Vi menar att vad som är kvalitetsnormer måste förstås i ljuset av vad som utgör kvalitetskrav, kvalitetsegenskap och kvalitetsbeslut. Den europeiska standarden om ledningssystem för kvalitet SS-EN 15224:2017 är tydliggörande. Ett krav definieras i artikel 3:14 som behov eller förväntningar som är angivna, underförstådda eller obligatoriska. I den utsträckning kraven följer av lagstiftning och andra bindande rättsregler så är kraven obligatoriska. I samband med planeringen av en klinisk process identifieras kvalitetskraven. Kvalitetskrav på vårdåtgärder (hälso- och sjukvårdsaktivitet) förstås enligt vår terminologi som kvalifikationsnormer, dvs.

²¹¹⁸ Se vidare om betydelsen av ledningssystem i nästa avsnitt 15.3 och 20.1-2..

det är krav som måste uppfyllas för att vara god vård. Det är följaktligen normer som måste tillämpas då en läkare eller annan ansvarig person har att identifiera och besluta om vilka undersökningar och behandlingar som ska utföras. Kvalitetsnormerna ligger till grund för beslutet av vad som är god vård. Kvalitet inom hälso- och sjukvård definieras på så vis i artikel 3.11 som den ”grad till vilken hälso- och sjukvård uppfyller krav relaterade till definierade kvalitetsaspekter”.

När normerna applicerats på en specifik vårdåtgärd kommer den tillämpade normen att tydliggöra vad som utgör specifika kvalitetsegenskaper i vårdåtgärden. En kvalitetsegenskap är enligt artikel 3.15 en inneboende egenskap hos ett objekt, relaterat till ett krav. Med vår terminologi är det en egenskap i en vårdåtgärd som följer av tillämpningen av en kvalitetsnorm som kvalificeringsnorm. Detta är också kärnan i den medikolegala förståelsen av hur vårdåtgärder utvecklas.

FIGUR 82.
Åtta kvalitetsnormer att applicera stegvis.



För varje kategori kan vi i enlighet med bl.a. de olika kvalitetsområdena tydliggöra ett antal övergripande normer att förhålla sig till då man är inblandad i tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Detta är normer som kan härledas till de centrala kvalitetsrelaterade rättsreglerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det är också normer som, enligt vår mening, täcker in de krav som följer av Socialstyrelsens föreskrifter avseende kvalitetsledningssystem. Vi menar att det också är normer som innefattar de kvalitetsaspekter som ringats in den europeiska standarden om kvalitetsledning. På motsvarande sätt som beträffande ramverkets första nivå formulerar vi inom denna del normerande frågor som hjälper oss att utvärdera och tillämpa vad som är god vård.

Frågorna är fokuserade på vad som kan beskrivas som kvalitetsnormer, vilka vi menar kan implementeras stegvis. Det är som vi ser det rimligt att utgå från de medicinska normerna i steg ett, för att därefter relatera dem till

personcentreringsnormerna i steg två. Det tredje steget handlar om att relatera de överväganden som gjorts i de två tidigare stegen till de hälso- och sjukvårdspolitiska normerna.

Ramverket i denna del består således i åtta frågor vi har att tillämpa i förhållande till en specifik vårdåtgärd. Genom att ställa dessa åtta frågor, och härigenom tillämpa de åtta konstitutiva kvalitetsnormerna, konstrueras stegvis vad som utgör den vårdåtgärd som ska vidtas. Först börjar vi med att utvärdera vad som är den vårdåtgärd med bäst medicinsk verkan för den specifika patienten. Därefter utvärderas vad som är den patientsäkra vårdåtgärden. Härigenom utreds vad som är god vård utifrån ett medicinskt perspektiv. Ett nästa steg är att utvärdera vad som i övrigt är god vård utifrån patientens perspektiv. Här frågar vi oss först vad som är den vårdåtgärd som tillgodoser patientens behov av respekt och omtanke. På motsvarande sätt som beträffande de medicinska normerna är således detta en kvalitetsnorm som tillämpas för att besluta om vad som utgör den konkreta vårdåtgärden. En nästa fråga är vad som utgör den vårdåtgärd som tillgodoser patientens behov av integritet och som utgör den vårdåtgärd som patienten samtycker till. När det gäller personcentreringsnormerna är det tydligt att patienten behöver involveras i den beslutsprocess som kommer att resultera i vårdåtgärden. Därmed inte sagt att patienten är medansvarig för beslutet. En tredje fråga vad gäller personcentreringsnormerna är vad som utgör den vårdåtgärd som kan utföras utifrån patientens förutsättningar och önskan till delaktighet. När vi kommit så här långt i själva konstruktionen av vad som utgör vårdåtgärden har vi i huvudsak uttömt vad som utgör vårdåtgärden utifrån patientens behov. Den tredje delen avser primärt överväganden som ligger i samhällets intresse, vilket i sig också kan uttryckas med att det är överväganden i förhållande till patientens intresse som skattebetalare. I denna del börjar vi med vad som utgör den jämlika vårdåtgärden. Här är det som utgångspunkt frågan om att utvärdera vad som utgör den vårdåtgärd som kan tillhandahållas alla som befinner sig i motsvarande vårdssituation. Ett nästa steg är att utvärdera vad som är den kostnadseffektiva vårdåtgärden. Detta är ett övervägande som också ska vara en del i beslutet om vad vårdåtgärden konkret består i. Den sista frågan avser vad som utgör den vårdåtgärd som kan tillhandahållas utifrån ett prioriteringsbehov. Även om en vårdåtgärd är kostnadseffektiv, kan det utifrån annan form av resursbrist blir aktuellt att göra ytterligare överväganden avseende vad den konkreta vårdåtgärden ska bestå i. Inte minst covidpandemin tydliggjorde behovet av prioriteringsöverväganden i detta avseende.

Vi menar att detta är frågor som alltid måste vara närvarande hos hälso- och sjukvårdspersonalen, dvs. det är frågor som hälso- och sjukvårdspersonalen kan utantill och som det alltid reflekteras över. Därmed inte sagt att varje vårdåtgärd alltid kräver denna stegvisa utvärdering. Många gånger är existerande vårdrutiner etc. redan utarbetade i enlighet med dessa överväganden – åtminstone i vissa delar. När det gäller personcentreringsnormerna och de sjukvårdspolitiska normerna är dock så inte nödvändigtvis fallet. När det gäller dessa krävs det är särskilt ansvarstagande från personalens sida. Framåtriktat, menar vi, att samtliga åtta kvalifikationsnormer ska inkluderas i arbetet med rutinskapande m.m. I det fortsatta avsnittet ska vi närmare utveckla innebörden de åtta kvalitetsnormerna.

19.2.2 Medicinska normer

Vad är god vård utifrån ett medicinskt perspektiv?

Medicinska normer kan i enlighet med Ricoeur beskrivas som normer om hur vård ska utföras baserat på medicinskt och annat kunskapssökande.²¹¹⁹ Som framgått menar vi att det är viktigt att tydliggöra vad som är de medicinska normerna och förutsätter en medicinsk kunskapsordning. Detta gäller, som vi kommer att diskutera, både då medicinska normer bildas och då de tillämpas. I enlighet med Socialstyrelsens indelning i kvalitetsområden kan vi skilja mellan medicinska normer som tillämpas för att uppnå en god medicinsk verkan etc. och normer som tillämpas för att undvika vårdskador, dvs. som tillämpas av patientsäkerhetsskäl. Det betyder att vi avgränsat följande två medicinska kvalitetsnormer:

- normen om medicinsk verkan
- patientsäkerhetsnormen

Det är framför allt avseende de medicinska normerna som vi utvecklar kunskapsstyrning m.m. I förlängningen baseras varje behandling, undersökning, diagnos o.s.v. på en medicinsk kvalifikationsnorm. Vi menar dock att alla kvalitetsnormer bör innefattas i kvalitetsstyrningen, såväl som i utvärderingen av vad som har evidens enligt vetenskapen och det erfarenhetsbaserade beprövandet.

19.2.2.1 Normen om medicinsk verkan

Vad utgör den vårdåtgärd med bäst medicinsk verkan för patienten?

I den europeiska standarden om ledningssystem för kvalitet för hälso- och sjukvården SS-EN 15224:2017 lyfter man fram kravet på *verkningsfullhet*. Härmed menas att:

”hälso- och sjukvårdsaktiviteter som utförs ökar möjligheterna för ett förväntat positivt resultat (har en positiv inverkan på hälsostatus hos patienten) jämfört med inga eller andra utredningar eller behandlingar. Positiva resultat kan representeras av förbättringar avseende observerade tillstånd.”²¹²⁰

Tillsammans med kraven på evidens är det, enligt vår mening, möjligt att bestämma normen som ett krav på bästa medicinska verkan. Kravet på medicinsk verkan är intimt förknippat på kravet om god vård. Sedan ett antal år tillbaka talar man i detta sammanhang om vad som utgör en evidensbaserad medicin och praktik.²¹²¹ Socialstyrelsen understryker när de beskriver vad som är evidensbaserat att vad som är god vård ska baseras på objektiva data och att det i detta avseende finns ett kontinuerligt behov av vetenskaplig kunskap.

²¹¹⁹ Ricoeur, Reflections on the Just s. 215.

²¹²⁰ Se krav d) i bilaga D. Kvalitetskrav och kvalitetsegenskaper inom hälso- och sjukvård.

²¹²¹ Det förekommer ett antal olika begrepp. Ett av dessa är evidensbaserad praktik (EPB), vilket används som övergripande begrepp för evidensbaserad medicin, evidensbaserad vård, evidensbaserad psykoterapi, evidensbaserat socialt arbete m.m. Socialstyrelsen. Om evidensbaserad praktik s. 5.

”Begreppet evidensbaserad metod används ofta felaktigt som att en viss metod antingen har evidens eller saknar det. I stället handlar det om graden av tillförlitlighet i ett omdöme om en metods effekter.”²¹²²

I vissa fall föreligger redan formulerade normer om vad som utgör god vård, utifrån tidigare genomförda kliniska prövningar och andra vetenskapliga studier, medan det i andra sammanhang kan vara frågan om att ta till sig ny kunskap och utveckla normer för vad som i det specifika sammanhanget utgör god vård.²¹²³

19.2.2.2 Patientsäkerhetsnormen

Vad utgör den patientsäkra vårdåtgärden för patienten?

Utifrån ett normperspektiv är det enligt vår mening rimligt att göra en distinktion mellan vad som, utifrån vetenskapligt perspektiv och klinisk erfarenhet, är åtgärden med den bästa medicinska potentialen, i förhållande till vad som utgör en patientsäker vårdåtgärd. Det är visserligen fullt möjligt att se detta som en kvalifikationsprocess, dvs. att frågan om patientsäkerhet är en integrerad del i bestämmandet av normen för vad som är vetenskapligt och erfarenhetsmässigt beprövat. Patientsäkerhet är i enlighet med 1 kap. 6 § patientsäkerhetslagen skyddet mot vårdskada. En vårdskada är enligt 1 kap. 5 § lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Utifrån dessa rättsliga definitioner är det följaktligen frågan om att utveckla normer för vad som är en vårdåtgärd som har erforderligt skydd mot vårdskada. Kravet på patientsäkerhet definieras i standarden enligt följande:

”risker i samband med hälso- och sjukvårdstjänster ska vara identifierade, styrda och all undvikbar skada för patienten ska förebyggas. Utförande av kliniska processer som resulterar i att ingen skada uppstår och utan icke behövda aktiviteter (med tillkommande risker och tidsåtgång för patienter) betraktas som en kvalitetsegenskap för kliniska processer.”²¹²⁴

Denna negativa kvalifikation av patientsäkerhet måste följaktligen översättas till en positiv kvalifikation, dvs. till vad som utgör en vårdåtgärd som är patientsäker. Både den kvalificerade åtgärden med bästa medicinska verkan och den patientsäkra åtgärden utgör i enlighet med standarden kvalitetsegenskaper inom ramen för vårdåtgärden.²¹²⁵ De är båda egenskaper som i så stor utsträckning som möjligt ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

²¹²² a.a. s. II.

²¹²³ Ett ledande namn inom området är David Sackett – ”(EBM) [evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systemic research.” Sackett m.fl., Evidence based medicine: How to practice and teach EBM s. 3.

²¹²⁴ Se krav j) i bilaga D. Kvalitetskrav och kvalitetsegenskaper inom hälso- och sjukvård.

²¹²⁵ I standarden lyfter man även fram kravet på en ändamålsenlig och korrekt vård. ”Behovsbedömningar för utredningar och behandlingar bör baseras på noggrann anamnes, fysikalisk undersökning och observationer med acceptabel risk för negativa händelser, komplikationer eller bieffekter. Utförda aktiviteter (utredningar och behandlingar) bör inte vara fler än de som bedömts behöva.” Se Bilaga D krav a). Detta krav, särskilt beaktat som tillämpad kvalitetsegenskap, konsumeras enligt vår mening av de två övriga kraven. I vart fall motiverar det inte en egen kvalitetsnorm, motsvarande de övriga.

19.2.3 Personcentreringsnormer

Vad är god vård i övrigt utifrån patientens perspektiv?

Den andra kategorin av rättsnormer är den som vi valt att beteckna personcentreringsnormer. I huvudsak är det rättsnormer som enligt Socialstyrelsens kvalitetsområden avser den patientfokuserade hälso- och sjukvården. Det är således dessa som vi ringat in inom ramen för ramverkets första nivå. I enlighet med Ricoeur är detta normer som ligger det handlingsetiska agerandet särskilt nära då det är frågan om att tydliggöra patientens behov.²¹²⁶ Utifrån ovan analys av vad som utgör de centrala bestämmelserna i patientlagen i förhållande till personcentrerad vård har vi som sagt avgränsat följande kvalitetsnormer:

- normen om respekt och omtanke
- normen om integritet och informerat samtycke
- normen om informerad delaktighet

Det är som framgått numera vedertaget att lyfta fram personcentreringsaspekten i kvalitetsarbetet. I den europeiska standarden om ledningssystem för kvalitet för hälso- och sjukvården SS-EN 15224:2017 uppställer man följande krav avseende patientcentrerad vård:

”hälso- och sjukvårdstjänster ska tillhandahållas med respekt för patientens värderingar, preferenser och personliga situation, utföras med patientens informerade samtycke och med bibehållande av dennes fysiska och psykiska integritet. Dessa aspekter kallas ofta ”personcentrerad vård”.²¹²⁷

Dessutom lyfter man fram kravet på patientens delaktighet i ett separat krav:

”patienten är informerad, rådfrågad samt närhelst möjligt aktivt deltagande i alla beslut och hälso- och sjukvårdsaktiviteter som görs/utförs. Patientens engagemang betraktas som synonymt med patientens delaktighet.”²¹²⁸

Vi kan följaktligen konstatera att utvärderingen av vad som utgör centrala rättsregler i patientlagen för att möjliggöra personcentrerad vård som kvalitetsprocess, ligger väl i linje med vad som på europeisk nivå lyfts fram som kvalitetskrav.

²¹²⁶ Ricoeur, Reflections on the Just s. 214.

²¹²⁷ Se krav h) i Bilaga D. Kvalitetskrav och kvalitetsegenskaper inom hälso- och sjukvård. I kraven sägs även att ”(n)är hälsobehov definieras bör komponenterna för hälsa från den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) från WHO användas för att kategorisering och specificering av kvalitetskrav. Hälsobehov baserade på ICF kan specificeras av patienten och/eller av hälso- och sjukvårdsprofessionella aktörer vilka interagerar i kliniska processer.”

²¹²⁸ Se krav i) i Bilaga D. Kvalitetskrav och kvalitetsegenskaper inom hälso- och sjukvård.

19.2.3.1 Normen om respekt och omtanke

Vad utgör den vårdåtgärd som tillgodoser patientens behov av respekt och omtanke?

Viktigt i sammanhanget är att vi menar att tillämpningen av dessa personcentreringsnormer, precis som de medicinska normerna, ska generera kvalitetsegenskaper. En vårdåtgärd ska med tillämpningen av normen om respekt och omtanke innefatta en kvalitetsegenskap i detta avseende. Vi tillämpar här 1 kap. 6 § 2 st. patientlagen som föreskriver att vården ska ges med respekt för den enskilda människans värdighet och alla människors lika värde. Detta andra stycke återfinns, som konstaterats, även i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.²¹²⁹ I 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen föreskrivs också att patienten ska visas omtanke och respekt.

Det är som vi utvecklat i kapitel 18 rimligt att implementera dessa rättsregler som kvalifikationsnormer avseende vårdåtgärden i sig. Vi menar att kvalitetsbeslutet avseende vad som utgör en vårdinsats som tillgodoser patientens behov av respekt och omtanke resulterar i att vårdåtgärden också har en kvalitetsegenskap i detta avseende. Kvalitetsbeslutet baseras rimligen på vad som framkommit i dialog med patienten. Samtidigt är det, enligt vår mening, givet att kvalitetsnormer i detta avseende ska vara föremål för vetenskap och beprövad erfarenhet. Även om inte alla individer har samma behov av respekt och omtanke, finns det fortfarande centrala delar som typiskt sett bör innefattas i en vårdåtgärd.

19.2.3.2 Normen om integritet och informerat samtycke

Vad utgör den vårdåtgärd som tillgodoser patientens integritet och som denne samtycker till?

En andra personcentreringsnorm är, som vi utvecklat i kapitel 18, den som avser integritet och informerat samtycke. Vi utgår som sagt ifrån patientlagens 4 kap. 1 § där det stadgas att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Särskilt viktigt är 2 § där det tydliggörs att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Det stadgas också att patienten ska få information enligt 3 kap. innan samtycke inhämtas. Vi menar som sagt att även dessa rättsregler bör översättas som kvalifikationsnorm i förhållande till specifika vårdåtgärder.

Vi har konstaterat att samtyckeskravet primärt uttrycks i att patienten kan neka till den vårdåtgärd som det beslutas om.²¹³⁰ Patienten har inte makt att besluta om vad själva vårdåtgärden ska bestå i, utan endast om den ska utföras eller inte. Ansvar att bestämma innehållet i vårdinsatser åvilar hälso- och sjukvården.²¹³¹ Samtidigt är det, som vi utvecklade, inte frågan om svart eller vitt, utan det krävs ett mer utarbetat förhållningsätt. Innebörden är att den specifika vårdinsatsen ska utformas så att den säkerställer patientens behov av integritet

²¹²⁹ Jfr även 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen där det föreskrivs att patienten ska visas omtanke och respekt.

²¹³⁰ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m. s. 50.

²¹³¹ a.a. s. 118.

och att det inbegriper informationshantering etc. på ett sådant sätt att patientens samtycke kan inhämtas på erforderlig nivå. På detta sätt är det möjligt att även avseende denna norm tala om ett kvalitetsbeslut, vilket resulterar i en särskild kvalitetsegenskap.

19.2.3.3 Normen om informerad delaktighet

Vad utgör den vårdåtgärd som kan möjliggöras utifrån patientens förutsättningar och önskan till delaktighet?

Den tredje personcentreringsnormen är, som också utvecklats i kapitel 18, den om informerad delaktighet. I 5 kap. 1 § föreskrivs att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Motsvarande bestämmelse finns också uttryckt som en tydlig skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen i 6 kap. 1 § 3 p. patientsäkerhetslagen. I 2 § stadgas att en patients delaktighet genom egenvård ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Utmärkande är att även dessa regler kan utvecklats som kvalifikationsnorm avseende en vårdåtgärds kvalitet. Vi frågar oss vad som är vårdåtgärden utifrån patientens förutsättningar och önskan till delaktigheten. Kvalitetsbeslutet i detta avseende gör själva delaktighetsmomentet till en kvalitetsegenskap.

19.2.4 Hälso- och sjukvårdspolitiska normer

Vad är god vård i övrigt utifrån ett hälso- och sjukvårdspolitiskt perspektiv?

En ytterligare kategori av normer, i enlighet med Ricoeurs tre pelare, är normer om prioritering, resursutnyttjande m.m. baserade på politiska överväganden.²¹³² Vi har följaktligen valt att beskriva dessa som hälso- och sjukvårdspolitiska normer. I princip kan denna kategori fastställas motsatsvis, dvs. det är de normer som behöver hanteras i ett kvalitativt sammanhang som inte är medicinska normer eller personcentreringsnormer. Mer ändamålsenligt är att fokusera på att de baseras på politiska överväganden och följer i högre grad en handlingssystemlogik baserad på vad som är önskvärt och möjligt inom ramen för hälso- och sjukvården som system. Utifrån Socialstyrelsens indelning i kvalitetsområden är det frågan om normer relaterade till jämlik hälso- och sjukvård och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. I det mer kontextuella sammanhanget finns dessutom anledning att beakta prioriteringsnormen. Vi har följaktligen uppställt följande tre kvalitetsnormer:

- normen om jämlik vård
- normen om kostnadseffektivitet
- prioriteringsnormen

Vi menar att även dessa tre normer ska hanteras som konstitutiva normer i förhållande till vad som utgör vårdåtgärden. På motsvarande sätt som beträffande de

²¹³² Ricoeur, Reflections on the Just s. 216.

övriga normerna kommer tillämpningen att generera specifika kvalitetsegenskaper hos vårdåtgärden. Vårdåtgärden görs jämlik, kostnadseffektiv och prioriterad.

19.2.4.1 Normen om jämlik vård

Vad utgör den jämlika vårdåtgärden?

Målet med hälso- och sjukvården är, enligt 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. När Socialstyrelsen förtydligar vad som menas med "vård på lika villkor" enligt 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen slår man fast att "vård och behandling ska erbjudas på lika villkor och med gott bemötande till alla, oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning."²¹³³ Det är i sammanhanget viktigt att skilja mellan jämlik vård avseende den specifika vårdåtgärden i förhållande till förekomsten av ett jämlikt hälso- och sjukvårdssystem.²¹³⁴ Med utgångspunkt i den enskilda patientrelationen är det inte uppenbart vad som är en jämlik vård. Något krav på att insatserna ska vara exakt desamma finns inte. Det kan tvärtom konstaterats att en insats utifrån en strävan om jämlikhet mycket väl kan förutsätta särskilda åtgärder. Förekommande är därför att man tar avstamp i de icke motiverbara skillnaderna och olikheterna.²¹³⁵ I de mer allvarliga situationerna kan det vara tal om diskriminering i enlighet med 2 kap. 13 § diskrimineringslagen där det föreskrivs att diskriminering är förbjuden i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet.

I den europeiska standarden om ledningssystem för kvalitet för hälso- och sjukvården SS-EN 15224:2017 uppställer man följande krav avseende jämlikhet:

"alla patienter med samma slags och grad av behov erhåller samma typ av hälso- och sjukvård – oavsett kön, sexuell-, etnisk-, social-, språklig- eller annan bakgrund. Att ingen diskriminering och ingen prioritering ges som inte är relaterad till hälsobehov betraktas som en kvalitetsegenskap för ett hälso- och sjukvårdssystem."²¹³⁶

När normen om jämlik vård tillämpas kommer följaktligen vårdåtgärden behöva utformas så att den har jämlikhet som en inneboende egenskap. På motsvarande sätt som vi diskuterade ovan så är det följaktligen så att ett kvalitetsbeslut måste fattas med utgångspunkt i den enskilda individens behov. Samtidigt finns det ett tydligt behov av att som utgångspunkt tydliggöra vad som utgör den vårdåtgärd som kan tillhandahållas alla som befinner sig i en liknande situation. Jämlikhetsaspekten förtjänar att bli en särskild kvalitetsegenskap i vårdåtgärden.

²¹³³ Socialstyrelsen, Ojämna villkor för hälsa och vård Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården s. 3.

²¹³⁴ Utifrån ett systemperspektiv är det väletablerat att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet lider av omfattande brister när det gäller jämlikhet. Se bl.a. Vårdanalys, Rapport 2014:7. En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande s. 5.

²¹³⁵ Vårdanalys, Rapport 2014:7. En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande s. 8.

²¹³⁶ Se krav f) i Bilaga D. Kvalitetskrav och kvalitetsegenskaper inom hälso- och sjukvård.

19.2.4.2 Normen om kostnadseffektivitet

Vad utgör den kostnadseffektiva vårdåtgärden?

Kravet på kostnadseffektivitet kan rättsligt härledas till 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen där det stadgas att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Vi menar att denna rättsregel ska översättas till rättslig norm också då man beslutar om specifik vårdåtgärd. Det är följaktligen även vad gäller denna kvalitetsnorm centralt att skilja mellan det övergripande kravet på att hälso- och sjukvård ska bedrivas kostnadseffektivt i förhållande till hur man ska utföra konkreta vårdåtgärder. Viktigt avseende vårdåtgärden är att det inte nödvändigtvis handlar om att bestämma i vilken utsträckning en specifik åtgärd överhuvudtaget ska utföras, utan i stället hur den ska utföras på ett kostnadseffektivt sätt.²¹³⁷ Beträffande kravet på kostnadseffektivt sägs följande i standarden:

”det bästa möjliga förhållandet mellan de resultat som uppnås och de resurser som förbrukats (lokaler, utrustning, material och arbetstid) skall föredras. Kostnadseffektivitet betraktas som en kvalitetsegenskap för hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det möjliggör för organisationen att hjälpa fler patienter och därmed öka patienttillfredsställelsen.”²¹³⁸

Vi menar att kravet på kostnadseffektivitet på motsvarande sätt ska realiseras som en specifik kvalitetsegenskap kopplad till vårdåtgärderna i sig.

19.2.4.3 Prioriteringsnorm

Vad utgör vårdåtgärd som kan tillhandahållas utifrån ett prioriteringsbehov och när ska den utföras?

En sista kvalitetsnorm kan lite oförsiktigt beskrivas som prioriteringsnorm. Frågan om prioritering är i sig mycket mer omfattande än vad vi strävar efter att fånga när det gäller själva utformandet av konkret vårdåtgärd.²¹³⁹ På motsvarande sätt som ovan behandlas frågan om prioritering primärt på systemnivå. I hälso- och sjukvårdslagstiftningen föreskrivs att den som har största behovet av hälso- och sjukvården ska ges företräde till vård, 1 kap. 6 § 2 st. patientlagen.

²¹³⁷ Det föreligger en relativt omfattande diskussion avseende hur den s.k. kostnadseffektivitetsprincipen ska användas i samband med prioritering av hälso- och sjukvårdens resurser. I förarbetet uttrycks bl.a. följande: ”Kostnadseffektivitetsprincipen bör endast tillämpas vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom. Vid olika sjukdomar går effekterna inte att jämföra på ett rättvisande sätt... Eftersom behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen skall svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar gå före lindrigare, även om vården av svåra tillstånd drar väsentligt större kostnader. Kostnadseffektivitetsprincipen kan därför inte försvara att man avstår från eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt handikappade eller andra, där vården inte skulle ”löna sig”. Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården s. 54.

²¹³⁸ Se krav e) i Bilaga D. Kvalitetskrav och kvalitetsegenskaper inom hälso- och sjukvård.

²¹³⁹ Det finns ett antal förarbeten gällande prioriteringar i hälso- och sjukvården och kostnadseffektivitet, där den mest centrala är SOU 1995:5 Vårdens svåra val, den s.k. Prioriteringsutredningen. Prioriteringsutredningen bestod av ett första delbetänkande SOU 1993:93 och ett slutbetänkande SOU 1995:5. Utredningen tillsattes 1992.

För inledande skeden stadgas i patientlagen 2 kap. 2 § stadgas att patienten, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Vi är som sagt intresserade av tillämpningen på vårdåtgärdsnivå. Utmärkande för tillämpning på vårdåtgärdsnivå är behovet att utvärdera och hantera konsekvenser av tidsbrist och resursbrist. Denna brist kan, som visades under covid-pandemin, uppkomma även om alla skulle vara överens om att det är en kostnadseffektiv åtgärd. Frågan om tidsbrist och tillgänglig personal är i någon mening alltid aktuell. I den europeiska standarden lyfts kravet på prioritering fram under rubriken vård i rimlig tid: ”Ordningsföljden av aktiviteter vid tillhandahållande av tjänster ska avgöras av bästa möjliga verkningsfullhet, patientens bedömda vårdbehov, prioriteringsgrad, samt svårighet av sjukdomstillstånd oavsett socialt status etc.”²¹⁴⁰ En viktig kvalitetsegenskap hos en vårdåtgärd är följaktligen att den sker inom rimlig tid. Det finns, vilket vi kommer att utveckla nedan, även andra kvalitetsegenskaper som man typiskt sett ska inkludera i både normtillämpning och normbildning inom ramen för kunskapsstyrning m.m.

19.3 Normer för diagnosspecifik tillämpning av kraven på god vård

19.3.1 En strukturerad och normstyrd kunskapsutvecklingsprocess

En central medikolegal insikt är att kvalitetsarbete avseende hälso- och sjukvård är konstant pågående och att det primärt sker på vad som kan beskrivas som en diagnosspecifik nivå. Ambitionen med ramverket i denna del är att fånga hur kvalitetsarbete i vården baseras på inhämtande och tillämpning av rättsligt bindande källmaterial – ett källmaterial som i allt större utsträckning är diagnosspecifik. Nyckeln är, som vi kommer att utveckla, att hantera kunskapsinhämtningen som just normtillämpning och normutveckling. Det är härigenom hälso- och sjukvårdens lärande och kunskapsutveckling kan hanteras som kvalitetssystem inriktade på att säkerställa god vård.

19.3.1.1 Kontinuerlig kvalitetsutveckling baserade på nedifrån och upp-processer

Kärnan i ramverket på denna nivå är den medikolegala förståelsen av hur olika kunskapskällor ska och kan användas vid beslut om diagnosspecifika vårdåtgärder. Ramverket har som sagt ambition att ringa in vad som kan ses som den medikolegala dimensionen i det konkreta utförandet av hälso- och sjukvård. Det finns här en grundläggande medikolegal logik som vi förhåller oss till.

²¹⁴⁰ Se krav k) i Bilaga D. Kvalitetskrav och kvalitetsegenskaper inom hälso- och sjukvård.

FIGUR 83.
Dynamiken mellan normtillämpning och normbildning.



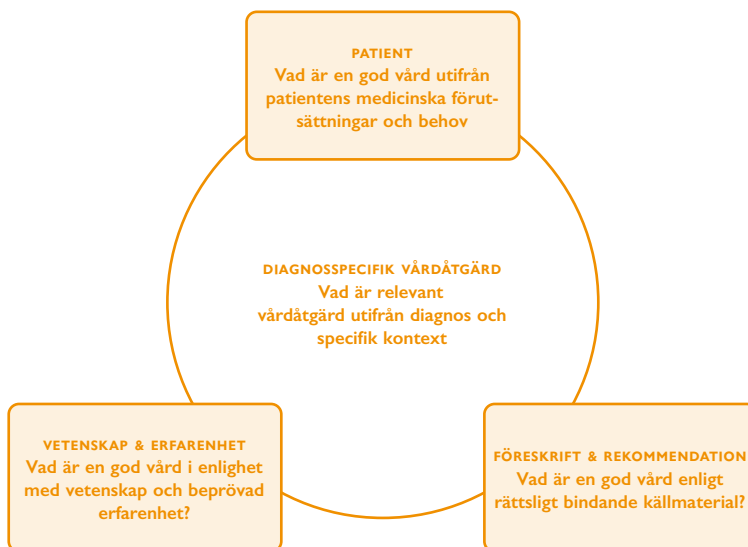
En central medikolegal slutsats, på vilket ramverket vilar, är att normtillämpning och även normbildning sker integrerat i preciseringen av den konkreta vårdåtgärden. Utgångspunkten är rättsreglerna om vad som är god vård i patientlagen och andra lagar. Inom ramen för hälso- och sjukvården behöver dessa rättsregler översättas till övergripande kvalifikationsnormer för de vårdåtgärder som behöver vidtas. Denna tillämpning ställer krav på att vi tillämpar vad som följer utifrån vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet. Ju mer vetenskapliga resultat och beprövad erfarenhet av vad som är det bästa medicinska utfallet, vad som är patientsäkert, vad som är en vårdåtgärd baserad på respekt och omtanke o.s.v. desto mer kommer det utvecklas mer specifika normer för vilka vårdåtgärder som måste vidtas i förhållande till specifika diagnoser. Det säger sig självt att det inte är görbart för varje individ att hantera denna normtillämpning och normbildning. Det är frågan om kollektiva processer som i princip inbegriper alla som behärskar relevant vetenskap och är legitimerad eller behörig att inhämta egen erfarenhet av vårdåtgärder.

En viktig slutsats för detta arbete är att den dynamik som föreligger mellan normtillämpning och normbildning inte enbart är relevant för de medicinska normerna, utan även personcentreringsnormerna och de hälso- och sjukvårdspolitiska normerna. När vi utvärderar och bestämmer vad som ska utgöra den konkreta vårdåtgärden inkluderar vi normer avseende respekt och omtanke för patienten, hantering av integritet och informationsgivande för samtycke och delaktighet. I den utsträckning det finns vetenskaplig kunskap om och beprövad erfarenhet av hur detta ska genomföras avseende specifika vårdåtgärder i förhållande till specifika sjukdomar, hälsotillstånd m.m. så kommer implementeringen av denna rimligen resultera i en normbildning.

19.3.1.2 Kvalitetsnormer baserad på ett sofistikerat system för kunskapssökande

Av vad som sagts ovan följer att vad som är god vård befinner sig i en kontinuerlig utveckling. Ny vetenskap och beprövad erfarenhet genererar nya normer om vad som är god vård i förhållande till specifika diagnoser. Att vi talar om dessa normer som rättsliga baseras på den omständigheten att de är bindande. Denna rättsliga bundenhet uppkommer i sig på olika sätt. Hälso- och sjukvårdspersonalen är bundna av och måste givetvis tillämpa vad som föreskrivs i lag och förordning.

Redan härav följer en skyldighet att följa den vetenskapliga utvecklingen och vad som är beprövad erfarenhet. I den utsträckning Socialstyrelsen och andra myndigheter utfärdat föreskrifter är den som ska fatta beslutet om vårdåtgärd även rättsligt bunden och skyldig att tillämpa dessa. Riktlinjer m.m. som inte är rättsligt bindande föreligger det i sig ingen skyldighet att tillämpa. I den utsträckning som huvudmannen för hälso- och sjukvården och den vårdgivare den vårdanställda jobbar för fattat ett bindande beslut om att specifika riktlinjer ska tillämpas, så uppkommer en bundenhet härigenom.



FIGUR 84.
Processer för att precisera
och tillämpa kvalitetsnormer.

Det är i sammanhanget möjligt att tydliggöra en processbaserad bild för hur man som aktör inom ramen för hälso- och sjukvården har att agera då man i sitt ”kunskapssökande” bestämmer normen för vad som är god vård avseende en specifik vårdåtgärd. På motsvarande sätt som ovan kan vi formulera ett antal normerande frågor som man har att förhålla sig till.

19.3.2 Diagnosspecifik vårdåtgärd

Vad är relevant vårdåtgärd utifrån diagnos och specifik kontext?

Utifrån ett medikolegalt perspektiv är det som sagt rimligt att börja med att precisera vad som är relevant vårdåtgärd. Det finns givetvis många sätt att definiera och kategorisera vad som kan förstås som vårdåtgärder. Inom ramen för arbetet med ramverket strävar vi efter att förstå vårdåtgärder utifrån ett medikolegalt perspektiv. I detta avseende tar vi avstamp i 2 kap. 1 § 1 p. hälso- och sjukvårdslagen där det stadgas att med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.²¹⁴¹ I princip alla åtgärder

²¹⁴¹ Jfr stadgandet i 1 kap. 5 § patientlagen ”Med hälso- och sjukvård avses i denna lag dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter.”

i förhållande till patienter kan följaktligen förstås som vårdåtgärder. Vår ambition i sammanhanget är att avgränsa ett ändamålsunderlag för att genomföra den kunskapssökning som ska ligga till grund det kvalitativa beslutet av vad som utgör god vård. Utmärkande för det medikolegala perspektivet är vi behöver precisera vårdåtgärden på ett sådant sätt att man kan överblicka vad som utgör normrelaterade kunskapskällor. Exempelvis behöver vi en tillräckligt detaljerad bild för att bedöma vad som utgör tillämpliga föreskrifter, rekommendationer och annan kunskapsstyrning.

En viktig medikolegal utgångspunkt är att en vårdåtgärd alltid centreras runt ett specifikt hälsotillstånd. Det är också rimligt att börja med att göra en precisering i detta avseende. Inom ramen för ramverket utgår vi från den internationella klassifikationen av:

- sjukdomar och hälsotillstånd
- funktionshinder och skada på kroppsfunktioner

Ett centralt inslag i vårdprocessens olika steg är diagnosen. Denna är utifrån ett medikolegalt perspektiv en central normkonstruktion. Diagnos som rättslig kvalificeringsnorm bör också förstås utifrån en stegvis process. Det är misstanken om en viss diagnos som utgör underlag i bedömningen av vilken utredning som behöver göras. Utredningen utgör sedan kunskapsunderlag för själva diagnosen. Den gjorda diagnosen är i sin tur bedömningsunderlag för vilka åtgärder som ska vidtas och vilken uppföljning som behöver ske.

Socialstyrelsens har utfärdat en vägledning innefattande anvisningar för användning av ICD-10-SE och klassificering av vårdåtgärder (KVÅ) för diagnos- och åtgärdskodning inom hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen gör en distinktion mellan att ställa och att klassificera en diagnos.

”I det första fallet göra man en bedömning av vilken sjukdom patienten har och formulerar en diagnos. I det senare fallet väljer man vilken eller vilka koder som bäst beskriver den ställda diagnosen med hjälp av ett statistiskt kodverk.”²¹⁴²

Ställandet av diagnos sker följaktligen inom ramen för vårdprocessen. Denna ställda diagnos ska i enlighet med patientdatalagen dokumenteras i patientjournalen.²¹⁴³ Själva diagnostexten kan enligt Socialstyrelsens formuleras helt fritt men ska avspegla den kliniska situationen för den aktuella patienten. Diagnostexten ska enligt Socialstyrelsen inte förväxlas med den textuella benämningen av motsvarande diagnoskod i ICD-10-SE.²¹⁴⁴ Diagnoskoden används för att klassificera diagnosen. Denna klassificering kan användas för en rad syften. Inom ramverket använder vi den för att avgränsa i förhållande till vilken sjukdom och hälsotillstånd det skett och behöver ske normbildning. Detta lägger följaktligen en medikolegal grund för kunskapsstyrning och dokumentation av diagnosspecifika kvalitetsnormer.

²¹⁴² Socialstyrelsen, Anvisningar för diagnos-och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVÅ s. 9.

²¹⁴³ 3 kap. 6 § 2 st. 3 p. patientdatalagen.

²¹⁴⁴ Socialstyrelsen, Anvisningar för diagnos-och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVÅ s. 9.

19.3.2.1 Sjukdomar och hälsotillstånd

Vi frågar oss följaktligen vilken vårdåtgärd som ska rättsligt kvalificeras (konstrueras) utifrån ett kvalitetsperspektiv. För att få en överblick över i förhållande till vilka sjukdomar och hälsotillstånd som vårdåtgärder kan aktualiseras använder vi Socialstyrelsens klassificeringssystem ICD-10.²¹⁴⁵ På en övergripande nivå gör man följande indelning:

- Yttre orsaker till sjukdom och död (V01-Y98)
- Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser (Q00-Q99)
- Sjukdomar i muskulosketala systemet och bindväven (M00-M99)
- Matsmältningsorganens sjukdomar (K00-K93)
- Cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99)
- Sjukdomar i nervsystemet (G00-G99)
- Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar (A00-B99)
- Tumörer (C00-D48)
- Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats (R00-R99)
- Vissa perinatale tillstånd (P00-P96)
- Sjukdomar i urin- och könsorganen (N00-N99)
- Hudens och underhudens sjukdomar (L00-L99)
- Sjukdomar i örat och mastoidutskottet (H60-H95)
- Sjukdomar i ögat och närliggande organ (H00-H59)
- Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunskyddet (D50-D89)
- Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar (E00-E90)
- Graviditet, förlossning och barnsängstid (O00-O99)
- Andningsorganens sjukdomar (J00-J99)
- Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00-F99)

Med utgångspunkt i kartläggningen av alla kända sjukdomar och hälsotillstånd som har klassificerats enligt ovan så har hälso- och sjukvården att tillhandahålla vårdåtgärder. Så långt möjligt bör alltså hälso- och sjukvården med utgångspunkt i de övergripande åtta kvalitetsnormerna ha utvecklat kvalitetsnormer för varje sjukdom och hälsotillstånd.

19.3.2.2 Funktionshinder och skada på kroppsfunktioner

En precisering kan också ske utifrån en diagnostisering av funktionshinder och skador på kroppsfunktioner. Med en funktionsnedsättning menas en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En skada är lidande, kroppslig eller psykisk skada som av någon anledning uppkommer i förhållande till kroppens funktioner. När vi ska närmare precisera för vilka funktionstillstånd

²¹⁴⁵ ICD-10-SE – Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning – Svensk version 2022, del 1–3.

och funktionshinder det vidtas vårdåtgärder utgår vi från ”Vägledning för inmutning (klassificering) av skada eller funktionshinder gällande *kroppsfunktioner*” enligt ICF.²¹⁴⁶ I denna kategoriseras funktioner enligt följande:

- Psykiska funktioner
 - Medvetandefunktioner
 - Orienteringsfunktioner (tid, rum, person)
 - Intellektuella funktioner (inkl. utvecklingsstörning, demens)
 - Energi och driftfunktioner
 - Sömnfunktioner
 - Uppmärksamhetsfunktioner
 - Minnesfunktioner
 - Emotionella funktioner
 - Perceptuella funktioner
 - Högre kognitiva funktioner
 - Språkfunktioner
- Sinnesfunktioner och smärta
 - Synfunktioner
 - Hörselfunktioner
 - Vestibulära funktioner (inklusive balansfunktioner)
 - Smärta
- Röst- och talfunktioner
 - Röstfunktioner
- Hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner
 - Hjärtfunktioner
 - Blodtrycksfunktioner
 - Blodbildningsfunktioner
 - Immunologiska funktioner (allergier, överkänslighet)
 - Andningsfunktioner
- Matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner samt endokrina funktioner
 - Matsmältningsfunktioner
 - Avföringsfunktioner
 - Viktuppehållande funktioner
 - Endokrina funktioner (hormonella förändringar)
- Funktioner i urinorganen samt reproduktiva funktioner
 - Urineringsfunktioner
 - Sexuella funktioner
- Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner
 - Funktioner för rörlighet i leder
 - Muskelkraftsfunktioner
 - Muskeltonusfunktioner
 - Icke viljemässiga rörelser

²¹⁴⁶ Socialstyrelsens webbsida, Klassifikationer. Socialstyrelsens webbsida, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) Svensk version 2022. Socialstyrelsens webbsida, Rekommendation gällande användning av ICF i relation till ICF-CY.

- Funktioner i huden och därmed relaterade strukturer
- Andra kroppsfunktioner

Inom ramen för ramverket utgår vi följaktligen från processen av hur en funktionsnedsättning eller skada diagnostiseras. I relation till denna frågar vi oss därmed hur specifika vårdåtgärder ska medikolegalt konstrueras med utgångspunkt i de åtta övergripande kvalitetsnormerna. En vårdåtgärd kan bestå i en kompensation för en skada eller funktionsnedsättning.²¹⁴⁷ Det kan exempelvis vara frågan om användningen av en medicinteknisk lösning.

19.3.3 Kvalitetsnormernas precisering utifrån föreskrift och rekommendation

Vad är god vård enligt rättsligt bindande källmaterial?

I ramverket fokuserar vi som sagt på det professionella ansvaret att besluta om vårdåtgärder. När den ansvarige avgränsat diagnosspecifik vårdåtgärd är ett nästa steg att utvärdera i vilken utsträckning det finns rättsligt bindande källmaterial och annat som denne måste beakta vid beslut om vårdåtgärd. Vi har, utifrån ett medikolegalt perspektiv, utvecklat en modell att utgå ifrån.

* Vad innebär tillämplig lagstiftning och andra övergripande rättskällor för precisering av vårdåtgärden?

1. I vilken utsträckning föreligger i sig rättsligt bindande myndighetsföreskrifter och annan kunskapsstyrning som är bindande då den preciserar vad som följer av vetenskap och beprövad erfarenhet?
2. I vilken utsträckning föreligger kunskapsstyrning på huvudmannanivå som är rättsligt bindande p.g.a. ens rättsliga relation till huvudmannen och/eller som är bindande då den preciserar vad som följer av vetenskap och beprövad erfarenhet?
3. I vilken utsträckning föreligger kunskapsstyrning på vårdgivarnivå som är rättsligt bindande p.g.a. ens rättsliga relation till vårdgivaren och/eller som är bindande då den preciserar vad som följer av vetenskap och beprövad erfarenhet?

FIGUR 85.

Modell för att tydliggöra vad som är rättsligt bindande källmaterial.

I enlighet med som sagts ovan utgår vi alltid från de generella kvalitetsnormerna och den rättsliga grund som dessa har i lagstiftning och andra rättskällor. Vad utgör den utifrån kravet på god vård utvecklade vårdåtgärden och dess kvalitativa egenskaper när det gäller:

- medicinsk verkan
- patientsäkerhet
- respekt och omtanke
- integritet och informerat samtycke
- informerad delaktighet
- jämlikhet
- kostnadseffektivitet
- prioritering

²¹⁴⁷ Socialstyrelsen, Socialstyrelsens termbank. SNOMED, SNOMED International SNOMED CT Browser. Karolinska Institutet, Tissue Donors. Svenska Akademien, Svenska Akademiens ordlista Psykologiguide, Psykologilexikon.

I brist på annat rättsligt bindande källmaterial kommer det alltid vara frågan om att tolka och tillämpa de generella rättsregler som ligger till grund för dessa kvalitetsnormer. I allt större utsträckning föreligger det dock mer diagnosspecifikt bindande rättsmaterial. Av modellen följer varför det är just rättsligt bindande. Den rättsliga bundenheten baseras antingen på att: a) det är explicit bindande p.g.a. dess rättsliga status, exempelvis myndighetsföreskrifter, b) det är implicit rättsligt bindande då det är en dokumentation av vad som god vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, c) det är rättsligt bindande för den specifika aktörer då det kan härledas till ett för denne rättsligt bindande beslut, d) det är rättsligt bindande för den specifika aktörer då det kan härledas till ett för denne rättsligt bindande avtal.

19.3.3.1 Myndigheternas föreskrifter och kunskapsstyrning

I vilken utsträckning föreligger i sig rättsligt bindande myndighetsföreskrifter och annan kunskapsstyrning som är bindande då den preciserar vad som följer av vetenskap och beprövad erfarenhet?

En första fråga är följaktligen om Socialstyrelsen eller någon av de statliga myndigheterna har utfärdat bindande föreskrifter som är tillämpliga i förhållande till den diagnos som gjorts. Vi är i detta sammanhang även intresserade av om myndigheterna i annat avseende har bidragit till kunskapsstyrning där innehållet är bindande då det beskriver vad som är god vård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Vi utgår regelmässigt ifrån en bedömning av vad som utifrån källmaterialet är vårdåtgärden, när det gäller vad som krävs för den medicinska verkan och vad som krävs för att vårdåtgärden ska vara patientsäker. Det är också framför allt vad gäller det medicinska normerna som det i dagsläget föreligger diagnosspecifika rättskällor. Vi menar att det är rimligt att anta att digitaliseringen och utvecklingen av kunskapsstyrning och kunskapsstöd kommer att resultera i att myndigheterna verkar mer diagnosspecifikt även avseende övriga kvalitetsnormer.

19.3.3.2 Huvudmannens instruktioner, rutiner och kunskapsstyrning

I vilken utsträckning föreligger kunskapsstyrning på huvudmannanivå som är rättsligt bindande p.g.a. ens rättsliga relation till huvudmannen och/eller som är bindande då kunskapen preciserar vad som följer av vetenskap och beprövad erfarenhet?

En andra fråga är om det finns tillämpliga och diagnosspecifika instruktioner, riktlinjer etc. som utfärdats på huvudmannanivå. Även dessa kan vara rättslig bindande. På motsvarande sätt som ovan har man att tillämpa dessa om de preciserar vad som är god vård utifrån vetenskapen och vad som är beprövad erfarenhet. Dessa är bindande oavsett vilken huvudman som utfärdat dem. I övrigt är det frågan om riktlinjer etc. är bindande p.g.a. att det föreligger ett för en bindande beslut eller ett bindande avtal. Är man anställd av en regional vårdgivare har man att tillämpa innehållet i de rättsligt giltiga och bindande beslut som fattats av den regionala huvudmannen. Är man i stället anställd av en extern vårdgivare kan man vara bunden av huvudmannens instruktioner etc. eftersom den privata

vårdgivaren ingått avtal om att tillämpa dem och sedan beslutat om att man som hälso- och sjukvårdspersonal har att tillämpa dem.

19.3.3.3 Vårdgivarens rutiner och kunskapsstyrning

I vilken utsträckning föreligger rutiner och annan kunskapsstyrning på vårdgivarnivå som är rättsligt bindande p.g.a. ens rättsliga relation till vårdgivaren och/eller som är bindande då kunskapen preciserar vad som följer av vetenskap och beprövad erfarenhet?

Utifrån en tredje fråga gör man en bedömning av vilket tillämpligt och diagnosspecifikt material som utvecklats av vårdgivaren. Här gör man samma bedömning som vad gäller material som utvecklats av huvudmannen. Är de rutiner som utvecklats av vårdgivaren rättsligt bindande då de beskriver vad följer av vetenskapen eller vad som är erfarenhetsmässigt beprövat? Om inte så är fallet kan de fortfarande vara bindande för en om vårdgivaren beslutat att man som personal har att tillämpa instruktionerna. I den utsträckning man verkar inom ramen för specialistvård är det rimligt att vårdgivaren tillsammans med personalen kontinuerligt verkar för att utveckla diagnosspecifika normer avseende alla kvalitetsnormer.

19.3.4 Kvalitetsnormernas precisering utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet

Vad är god vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet?

Vi har ett antal gånger redan konstaterat hur viktigt det professionella ansvaret är när det gäller att följa vetenskapen och vad som följer av det erfarenhetsmässiga. Det är som vi konstaterat denna normkonstruktion som gör att hälso- och sjukvården kontinuerligt utvecklas utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv.

* Vad följer av andras och egna vetenskapliga studier, samt egen beprövad erfarenhet när det gäller att precisera vårdåtgärden?

1. Vad är en god vård enligt andras vetenskapliga studier?

2. Vad är en god vård enligt egna vetenskapliga studier och beprövad erfarenhet?

FIGUR 86.

Modell för att tydliggöra vad som är bindande utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vi menar som sagt att alla kvalitetsnormer ska vara föremål för en vetenskaplig kvalitetsutveckling. Dessutom menar vi att det är rimligt att alla hälso- och sjukvårdens professioner, förvisso i olika grad, ser det som sin uppgift att följa utvecklingen beträffande de olika kvalitetsnormerna.

19.3.4.1 Andras vetenskap

Vad är god vård enligt andras vetenskapliga studier?

Den stora uppgiften är följaktligen att följa den vetenskapliga utvecklingen avseende de åtta kvalitetsnormerna. Mycket talar för att förutsättningarna i detta avseende kommer att förändras i grunden baserat på tillgången till kvalitetsregister, datahantering, AI och användandet av andra digitala lösningar. För den medicinska specialisten är det mer eller mindre självklart att man behöver följa

vetenskapen. Det är långt ifrån lika självklart för den som specialiserar sig på vad som är jämlik och kostnadseffektiv vård. I förhållande till vad som utgör personcentrerad vård bedrivs numera en hel del forskning på klinisk nivå. Det är dock ännu inte självklart att inkludera överväganden avseende personcentrerade arbetssätt i en diagnosspecifik kunskapsstyrning.

19.3.4.2 Egna studier och beprövad erfarenhet

Vad är god vård enligt egna vetenskapliga studier och beprövad erfarenhet?

Det är rimligt att många i hälso- och sjukvården bedriver egen forskning. Denna behöver som sagt ske i förhållande till samtliga åtta kvalitetsnormer och bör göras diagnosspecifik. Den datadrivna utvecklingen skapar intressanta förutsättningar. Normen om god vård erbjuder också en spännande flexibilitet. Även om man inte bedrivit omfattande studier med vetenskaplig signifikans kan det fortfarande vara möjligt att påvisa beprövad erfarenhet. I den utsträckning man kan påvisa det ena eller det andra kommer man att bidra till den kvalitativa utvecklingen, dvs. man normbildar avseende den eller de specifika kvalitetsnormerna. Vad gäller vårdåtgärden i det specifika fallet krävs det alltid ett beslut. Även om man i sitt arbete inte kan uppvisa tillräckligt med vetenskaplig eller erfarenhetsmässig kunskap för att bidra till normbildningen, så har man fortfarande att fatta beslut om vilken vårdåtgärd som ska utföras. I brist på tydliga och bindande normer så måste fortfarande vårdåtgärden konkretiseras.

19.3.5 Kvalitetsnormernas precisering genom dialog med och undersökning av patient

Vad är god vård utifrån patientens medicinska förutsättningar och behov?

Med ett normperspektiv så skiljer vi följaktligen mellan normer för vad som är personcentrerad vård i förhållande till utövandet av personcentrerad vård. Därför föreligger inte heller någon konflikt mellan det normbaserade arbetssättet i förhållande till det handlingsetiska. I sin enklaste form är det en tydlig skillnad mellan att ha kunskap om normen att det är viktigt att lyssna på patienten som ett led i patientens delaktighet, i förhållande till att rent faktiskt lyssna. I enlighet med ovan sagt är det viktigt att det utvecklas normer i mer detalj för vad som typiskt sett är god vård. Detta gäller även i förhållande till normerna avseende personcentrering.

Det är självklart att undersökningen av, och dialogen med patienten, är ett viktigt inslag i kunskapsinhämtandet. I detta sammanhang är det dock viktigt att vi tar till oss innebörden av personcentreringsnormerna. Först konstaterar vi att undersökningen i sig är en vårdåtgärd. Tillämpningen av personcentreringsnormerna betyder att vi i undersökningen ska visa patienten respekt och omtanke, säkerställa integritet och informerat samtycke, samt informerad delaktighet. Detta ska i enlighet med vad som ovan sagts göras diagnosspecifikt. Redan härigenom kommer undersökningen av patienten att få en helt ny innebörd.

Vad är god vård utifrån patientens medicinska förutsättningar och behov?

Vad är den vårdtåtgärd med bästa medicinska verkan utifrån patientens särskilda medicinska förutsättningar?

Vad är den vårdtåtgärd som är patientsäker utifrån patientens särskilda medicinska förutsättningar?

Vad är den vårdtåtgärd som tillgodoser behovet av respekt och omtanke i den specifika patientrelationen?

Vad är den vårdtåtgärd som tillgodoser behovet av integritet och informerat samtycke i den specifika patientrelationen?

Vad är den vårdtåtgärd som tillgodoser behovet av informerad delaktighet i den specifika patientrelationen?

Vad är den vårdtåtgärd som är jämlik utifrån patientens särskilda medicinska förutsättningar?

Vad är den vårdtåtgärd som är kostnadseffektiv utifrån patientens särskilda medicinska förutsättningar?

Hur ska vårdtåtgärder som den förevarande prioriteras utifrån patientens särskilda medicinska förutsättningar?

FIGUR 87.
Patienten som kunskapskälla.

Den biologiskt orienterade precisionsmedicinen har påvisat att det krävs omfattande anpassningar av den specifika vårdtåtgärden, beroende på vilket kön och andra genetiska etc. förutsättningar som föreligger. Det säger sig mer eller mindre självt att mer psykosociala och kognitiva aspekter behöver inkluderas i det precisionsmedicinska synsättet. En mer systematisk tillämpningen av de åtta kvalitetsnormerna i förhållande till en sådan extensiv syn på mer precisionsinriktad undersökning kan mycket väl öppna upp för en fördjupad förståelse för kunskapssökande och normbildning hälso- och sjukvården. Med allt detta sagt så kommer det i slutändan fortfarande handla om det handlingsetiska ansvaret.

19.4 Normer för beslut, verkställighet och uppföljning i de kliniska processerna

När vi har inhämtat tillgängligt och rättsligt bindande kunskapsunderlag är nästa steg att översätta detta i beslut. En viktig utgångspunkt för ramverket är således att kvalitetsnormerna ska tillämpas inom ramen för kliniska beslutsprocesser i förhållande till varje vårdtåtgärd eller vårdinsats.²¹⁴⁸ Varje beslut om undersökning, lindrande åtgärd, behandling o.s.v. måste i förhållande till varje sjukdoms- och hälsotillstånd uppfylla kravet på god vård.

En ytterligare fundamental insikt i detta sammanhang, vilken vi kommer att utveckla i detta avsnitt, är att vårdtåtgärden i sig bör förstås som normer då man ägnar sig åt kvalitetsarbete. Vi har ovan konstaterat att vårdtåtgärden i sig kan

²¹⁴⁸ Begreppet ”klinisk process” definieras i den europeiska standarden som ”hälso- och sjukvårdsprocess som innefattar samtliga hälso- och sjukvårdsaktiviteter, utförda eller ordinerade av vårdgivare, som hanterar identifierade eller specificerade hälsoangelägenheter, se artikel 3.8.2.

förstås som konstruerad genom kvalifikationsnormer – där tillämpningen av varje kvalitetsnorm genererar en kvalitetsegenskap. Vi menar följaktligen att varje vårdåtgärd i hälso- och sjukvården bör vara konstruerad av kvalifikationsnormer enligt tre ovan kategorier. Det är utifrån denna, i sig fundamentala, medikolegala insikt som normerna avgränsats. De åtta kvalitetsnormerna följer av lagstiftning, samtidigt som de utifrån ett medikolegalt perspektiv är de som utgör den konstruktiva grundvalen för i princip alla vårdinsatser. När sedan den specifika vårdåtgärden utförs är detta också en normtillämpningsprocess – en process där kvalitetsnormerna tillämpas som kompetensnormer och handlingsdirigerande normer. Det är denna normförståelse vi tillämpar i denna del av ramverket.

FIGUR 88.
Modell för att tydliggöra hur god vård förstås som normer i kliniska processer.



I detta sammanhang börjar det tydliggöras hur tillämpningen av kvalitetsnormer genererar en kvalitetsutvecklingsprocess, vilken drivs utifrån en nedifrån och upp-logik. Det är denna process som ramverket avser att fånga och som vi ska introducera i förevarande underavsnitt.

19.4.1 Vårdens beslutsfattare och deras kompetens

Vem/vilka har ansvaret för vårdprocessen och vilken formell respektive reell kompetens krävs?

Vi menar följaktligen att hälso- och sjukvård måste förstås som handlingssystem inriktade på beslutsfattande. Besluten baseras på normer och handlingsetiska övervägande. Ett sätt att få en överblick över de centrala handlingssystemen relaterade till den specifika vården är att utgå från vad som kan beskrivas som en processmodell. I ramverket utgår vi från Socialstyrelsens processmodell för hälso- och sjukvård där man preciserar ett antal steg som man typiskt sett har att hantera.²¹⁴⁹ Inom

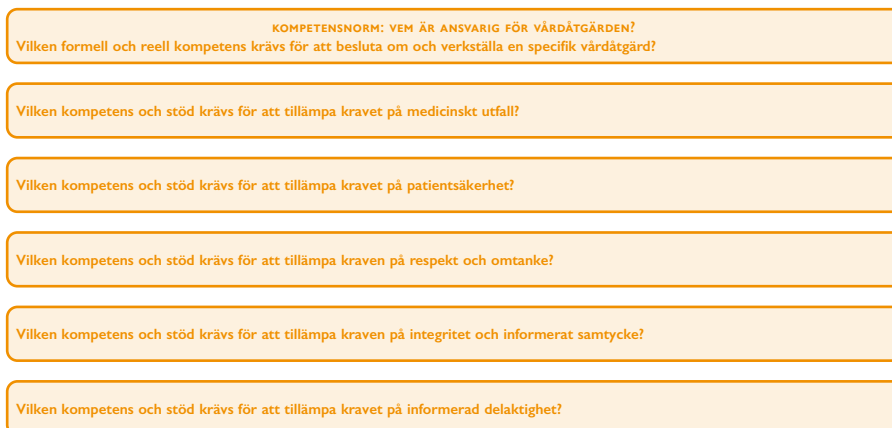
²¹⁴⁹ Se Socialstyrelsen. Nationell informationsstruktur 2017 s. 15.

ramen för denna modell är själva åtgärden mer avgränsad än vad som följer av den generella definitionen enligt ovan. I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen är samtliga steg, med undantag för det första, att betrakta som vårdåtgärder. Med vetskap om att så är fallet har vi ändå valt att använda vårdåtgärdsbegreppet mer avgränsat i enlighet med processmodellen.



FIGUR 89.
Grundläggande vårdprocess.

Varje steg i vårdprocessen kan förstås som ett handlingssystem inom ramen för vilket hälso- och sjukvårdspersonalen tillämpar normer. Bedömningsstegen består av ett handlingssystem där kvalitetsnormer tillämpas för beslutsfattande. Särskilt viktigt är frågan om vem som har att fatta besluten i de olika stegen. Kompetensnormer avgör vilken formell kompetens som krävs för att agera inom ramen för varje handlingssystem/steg. I vårt ramverk tillämpar vi följaktligen de åtta kvalitetsnormerna som kompetensnormer.



FIGUR 90.
Kompetensnormer för att
säkerställa god vård.

Utifrån ett normutvecklingsperspektiv är det särskilt intressant att tydliggöra vilken reell kompetens som krävs för att säkerställa god vård. I praktiken kan det handla om att uppställa utbildningskrav. Det kan också vara aktuellt att föreskriva särskilda stödverktyg m.m.

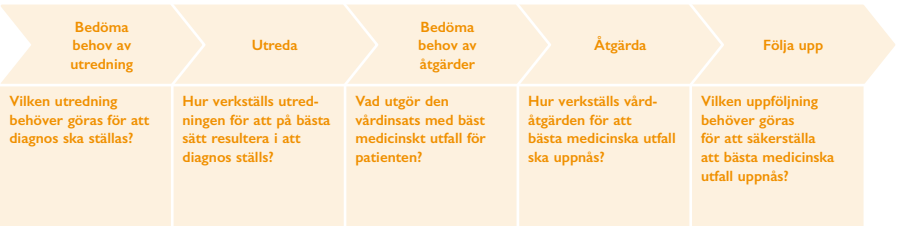
19.4.2 Vårdprocessens beslut

Vad utgör de normbaserade beslut som den ansvarige har att fatta i förhållande till en patient?

Viktigt är hur kvalitetsnormer tillämpas också i förhållande till genomförandet av utredningen, åtgärdandet och uppföljandet. Kvalifikationsnormer tillämpas i förhållande till vad som krävs av en utredning, diagnos, vårdåtgärd o.s.v. Målnormer tillämpas i förhållande till vad som ska uppnås inom ramen för respektive steg. Handlingsdirigerande normer tydliggör vilka aktiviteter som måste, bör, får och inte får vidtas inom ramen för respektive steg/handlingssystem.

I enlighet med vad som ovan sagts handlar det om att med normer gå igenom vårdprocessens steg i samspel med preciseringen av den specifika sjukdomen/hälsotillståndet och/eller funktionsnedsättningen/skadan. Ett centralt inslag i vårdprocessens olika steg är diagnosen. Denna är utifrån ett medikolegalt perspektiv en central normkonstruktion. Diagnos som rättslig kvalificeringsnorm bör också förstås utifrån en stegvis process. Det är misstanken om en viss diagnos som utgör underlag i bedömningen av vilken utredning som behöver göras. Utredningen utgör sedan kunskapsunderlag för själva diagnosen. Den gjorda diagnosen är i sin tur bedömningsunderlag för vilka åtgärder som ska vidtas och vilken uppföljning som behöver ske.

FIGUR 91.
Diagnosarbete under vårdprocess.



Vi menar följaktligen att varje kvalitetsnorm ska tillämpas i varje steg under vårdprocessen. Inom ramen för varje processteg tillämpar vi således de åtta kvalifikationsnormerna enligt ovan. Dessa kommer visserligen att aktualiseras i olika grad, men ska rimligen alltid vara närvarande. Personcentreringsnormerna ska följaktligen tillämpas inom för varje processteg. Särskilt viktigt är givetvis att normerna tillämpas vid beslut om vårdåtgärd och utförande av vårdåtgärd. En utredning kan i sig också förstås som en vårdåtgärd. Inom ramen för en vårdprocess gör vi dock en distinktion mellan vad som är utredning i förhållande till vad som är en vårdåtgärd. Även när det gäller utredningar så ska dessa baseras på de olika kvalitetsnormerna.²¹⁵⁰ Precis som beträffande andra vårdåtgärder ska dessa baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

2150 Undersökning av anatomin, morfologin, tillståndet eller funktionerna hos människokroppen, oavsett om dessa är fysiologiska eller patologiska. Tolkning av information som framkommit vid undersökning i syfte att fastställa möjliga abnormiteter. I detta sammanhang kan undersökning innefatta visualisering, upptäckt eller mätning. Vad som är en diagnos beskrivs i rekommendationen, 1.2.3. MDCG 2022-5 Guidance on borderline between medical devices and medicinal products under Regulation (EU) 2017/745 on medical devices.

Bedöma behov av utredning	Utreda	Bedöma behov av åtgärder	Åtgärda	Följa upp
Vilken utredning behöver göras för att diagnos ska ställas?	Hur verkställs utredningen för att på bästa sätt resultera i att diagnos ställs?	Vad utgör den vårdinsats med bäst medicinskt utfall för patienten?	Hur verkställs vårdåtgärden för att bästa medicinska utfall ska uppnås?	Vilken uppföljning behöver göras för att säkerställa att bästa medicinska utfall uppnås?
Vad utgör den patientsäkra utredningen?	Hur verkställs utredningen så att patientsäkerheten tillgodoses?	Vad utgör den patientsäkra vårdåtgärden?	Hur verkställs vårdåtgärden så att patientsäkerheten tillgodoses?	Vilken uppföljning behöver göras avseende patientsäkerhet?
Vad utgör den utredning som tillgodoser patientens behov av respekt och omtanke?	Hur verkställs utredningen så att patientens behov av respekt och omtanke tillgodoses?	Vad utgör den vårdåtgärd som tillgodoser patientens behov av respekt och omtanke?	Hur verkställs vårdåtgärden så att patientens behov av respekt och omtanke tillgodoses?	Vilken utredning behöver göras för att diagnos ska kunna ställas?
Vad utgör den utredning och den information därom som kan erbjudas utifrån patientens behov av integritet och som denne samtycker till?	Hur tillgodoses patientens behov av integritet, hur inhämtas samtycke i samband med utredningen?	Vad utgör den vårdåtgärd och den information därom som tillgodoser patientens behov av integritet och som denne samtycker till?	Hur tillgodoses patientens behov av integritet och hur inhämtas samtycke i samband med vårdåtgärden?	Vilken uppföljning behöver ske vad gäller patientens behov av integritet och att samtycket inhämtas?
Vad utgör den utredning och den information därom som kan erbjudas utifrån patientens förutsättningar och önskan till delaktighet?	Hur verkställs utredningen i utredningen utifrån dennes förutsättningar och önskan?	Vad utgör den vårdåtgärd och den information därom som kan möjliggöras utifrån patientens förutsättningar och önskan till delaktighet?	Hur verkställs vårdåtgärden i vårdåtgärden utifrån dennes förutsättningar och önskan?	Vilken uppföljning behöver ske vad gäller patientens förutsättningar och önskan till delaktighet?
Vad utgör den utredning som kan tillhandahållas alla på lika villkor?	Hur verkställs utredningen på ett jämlikt sätt?	Vad utgör den vårdåtgärd som kan tillhandahållas alla på lika villkor?	Hur verkställs vårdåtgärden på ett jämlikt sätt?	Vilken uppföljning behöver ske vad gäller vårdåtgärdens jämlikhet?
Vad utgör den utredning som kan tillhandahållas kostnadseffektivt?	Hur verkställs utredningen på ett kostnadseffektivt sätt?	Vad utgör den vårdåtgärd som kan tillhandahållas kostnadseffektivt?	Hur verkställs vårdåtgärden på ett kostnadseffektivt sätt?	Vilken uppföljning behöver ske vad gäller vårdåtgärdens kostnadseffektivitet?
Vad utgör den utredning som kan tillhandahållas utifrån ett prioriteringsbehov och när ska den utföras?	Hur verkställs utredningens prioritering?	Vad utgör den vårdåtgärd som kan tillhandahållas utifrån ett prioriteringsbehov och när ska den utföras?	Hur verkställs vårdåtgärdens prioritering?	Vilken uppföljning behöver ske vad gäller vårdåtgärdens prioritering?

FIGUR 92.
Kvalitetsnormer för beslutsfattande i vårdprocessen.

Frågorna i ramverket är relevant för alla som är delaktiga i vårdprocesser. Intressant för detta arbete är också hur ramverket kan användas vid kunskapsstyrning, dvs. då man bestämmer vad som ska innefattas i de normer som utvecklas för specifika diagnoser etc.

19.4.3 Vårdbeslutets handlingsdirigerande utförande

Vilka åtgärder måste vidtas, bör vidtas, måste undvikas för att vårdåtgärden ska vara av god kvalitet?

En viktig insikt är att både kvalifikationsnormer och kompetensnormer i det konkreta arbetet behöver översättas i handlingsdirigerande normer. I slutändan består vårdåtgärder i konkret handledande. Inom ramen för ramverket ska varje kvalitetsnorm i förhållande till varje steg i vårdprocessen översättas till handlingsdirigerande normer. Vi har formulerat ett antal frågor att förhålla oss till när vi utvärderar vilka normer vi har att tillämpa.

Normen om medicinsk verkan:

- Vilka åtgärder måste vidtas för att den medicinska verkan ska uppkomma?
- Vilka åtgärder bör vidtas för att den medicinska verkan ska uppkomma?
- Vilka åtgärder måste undvikas då de kan ha en medicinskt negativ verkan?
- Vilka åtgärder kan vidtas utan att den medicinska effekten påverkas negativt?

Patientsäkerhetsnormen:

- Vilka åtgärder måste vidtas för att patientsäkerhet ska föreligga?
- Vilka åtgärder bör vidtas för att patientsäkerhet ska föreligga?
- Vilka åtgärder måste undvikas då de kan negativt påverka patientsäkerheten?
- Vilka åtgärder kan vidtas utan att patientsäkerheten påverkas negativt?

Normen om respekt och omtanke:

- Vilka åtgärder måste vidtas för att patienten ska behandlas med respekt och omtanke?
- Vilka åtgärder bör vidtas för att patienten ska behandlas med respekt och omtanke?
- Vilka åtgärder måste undvikas då de kan resultera i att patienten inte respekteras eller ges erforderlig omtanke?
- Vilka åtgärder kan vidtas utan att de riskerar att negativt påverka respekt och omtanke till patienten?

Normen om integritet och informerat samtycke:

- Vilka åtgärder måste vidtas för att säkerställa patientens integritet och att informerat samtycke föreligger?
- Vilka åtgärder bör vidtas för att säkerställa patientens integritet och att informerat samtycke föreligger?
- Vilka åtgärder måste undvikas då de kan negativt påverka patientens integritet och förutsättningarna för patienten att ge sitt informerade samtycke?
- Vilka åtgärder kan vidtas utan att de riskerar att negativt påverka patienten integritet och förutsättningarna att ge erforderlig information för att patienten ska kunna fatta beslut om samtycke?

Normen om informerad delaktighet:

- Vilka åtgärder måste vidtas för att ske i enlighet med patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet?
- Vilka åtgärder bör vidtas för att ske i enlighet med patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet?
- Vilka åtgärder måste undvikas då de kan negativt påverka att vårdåtgärden tillhandahålls i enlighet med patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet?
- Vilka åtgärder kan vidtas utan att de riskerar att negativt påverkar att vårdåtgärden tillhandahålls i enlighet med patientens önskan om och förutsättningar till delaktighet?

Normen om jämlik vård:

- Vilka åtgärder måste vidtas för att vården ska vara jämlik?
- Vilka bör vidtas för att vårdinsatsen ska vara jämlik?
- Vilka åtgärder måste undvikas då de kan negativt påverka jämlikheten i vården?
- Vilka åtgärder kan vidtas utan att jämlikheten i vården påverkas negativt?

Normen om kostnadseffektivitet:

- Vilka åtgärder måste vidtas för att det ska föreligga kostnadseffektivitet?
- Vilka åtgärder bör vidtas för att vårdinsatsen ska vara kostnadseffektiv?
- Vilka åtgärder måste undvikas då de kan negativt påverka kostnadseffektiviteten?
- Vilka åtgärder kan vidtas utan att kostnadseffektiviteten påverkas negativt?

Normen om prioritering:

- Vilka åtgärder måste vidtas för att prioritering ska ske på ett korrekt sätt?
- Vilka åtgärder bör vidtas för att prioritering ska ske på ett korrekt sätt?
- Vad måste undvikas då det kan negativt påverka hur vårdinsatsen prioriteras?
- Vilka åtgärder kan vidtas utan att vårdinsatsens prioritering påverkas negativt?

Vi kommer följaktligen att tillämpa det källmaterial som vi inhämtat utifrån steg två i kapitlets ramverk. Samtidigt kommer vi när vi utvärderar frågorna på ett systematiskt sätt i den kliniska praktiken, i den utsträckning vi kan påvisa evidens, att normbilda. Utifrån ett kunskapsstyrningsperspektiv utvecklar vi på detta sätt den basen för att driva hälso- och sjukvårdens kvalitetsutvecklingen i enlighet med ett nedifrån och upp-perspektiv.

KAPITEL 20

KVALITETSSYSTEM FÖR GOD OCH PERSON-CENTRERAD VÅRD

20.1 Normbaserade handlingssystem för hälso- och sjukvårdens kvalitet

I detta tjugonde kapitel ska vi utvärdera och diskutera hur man med utgångspunkt i vårdgivarrollen kan, och t.o.m. ska, bedriva kvalitetsutveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Vi kommer att fokusera på hur vårdgivare inom ramen för ett kvalitetsledningssystem tillämpar kvalitetsnormer och härigenom kan möjliggöra personcentrerad vård. Vi utgår från de åtta kvalitetsnormer som diskuterats i föregående kapitel. Ambitionen är att utveckla ett ramverk som möjliggör både kvalitetsledning och kunskapsstyrning. Den medikolegala nyckeln är att utvärdera hur samspelet sker mellan normtillämpning och normbildning när det gäller hälso- och sjukvårdens kvalitet. Vi utgår från den rättsliga reglering som föreligger av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Analytiskt är vi dock särskilt fokuserade på att ringa in de sammanhang där hälso- och sjukvården utvecklas genom normbildning baserad på ny forskning, innovation och andra kunskaps-skapande aktiviteter. Det är i dessa sammanhang som hälso- och sjukvården utvecklas utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Ett viktigt inslag i ramverket är följaktligen att tydliggöra hur stärkandet av patientens ställning och tillhandahållandet av personcentrerad vård ska hanteras som en integrerad del av vårdgivarens normbaserade kvalitetsledningssystem. Vi menar dessutom att de ramverk som utvecklats i kapitel 18 och 19 kan inkluderas i kvalitetsledningsarbetet.

20.1.1 Personcentrerad vård som föremål för hälso- och sjukvårdens kvalitetsledningssystem

En central slutsats för hela arbetet är som framgått att implementeringen av patientens rätt och tillhandahållandet av personcentrerad vård måste förstås och hanteras inom ramen för hälso- och sjukvården som en rättslig ordning. Av central betydelse i detta sammanhang är hur den rättsliga ordningen kan förstås som system för kvalitet. Detta blir som vi diskuterat särskilt tydligt i ljuset av den paradigmatiska omställning av hälso- och sjukvården som vi förknippar med digitalisering och kunskapsstyrning. System för digitala vådrutiner, kunskapsstöd och kunskapsstyrning är moment i utvecklingen av kvalitetssystem. Kärnan är tillämpningen av vad vi ovan beskrivit som de tre kategorierna av kvalitetsnormer – medicinska normer, personcentreringsnormer och hälso- och sjukvårdspolitiska normer. Ett närmare fokus på dessa tre kategorier påvisar hur hälso- och sjukvård handlar om ett beslutsfattande som baseras på normtillämpning och under vissa villkor kan resultera i normbildning. Detta är ett samspel som av tradition har hanterats av kliniskt ansvarig personal. För detta arbete är det särskilt intressant hur den digitala utvecklingen i allmänhet, och kunskapsstyrningen i synnerhet, har skapat nya förutsättningar för att utveckla denna dynamik. Digital

informationshantering, kunskapsutveckling och kunskapsstyrning är integrerade moment i hälso- och sjukvårdens normbildning och normtillämpning.

En viktig utgångspunkt när det gäller kvalitetsarbete är att detta sker på samtliga nivåer inom hälso- och sjukvården. Vi är som sagt i detta kapitel intresserade av det kvalitetsarbetet som typiskt sett hanteras inom ramen för vårdgivarens kvalitetsledningssystem. Med utgångspunkt i vårdgivarens kvalitetsledningssystem kan man utveckla ett kvalitetsarbete som inbegriper tillämpningen av de ovan diskuterade medicinska normerna, personcentreringsnormerna och sjukvårdspolitiska normerna. Ett centralt styrdokument, vilket vi redan behandlat och i detta kapitel kommer att utvärdera närmare, är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enligt 3 kap. 1 § i föreskrifterna har vårdgivare ansvaret för att det finns ett kvalitetsledningssystem för verksamheten. Ett ledningssystem definieras i 2 kap. 1 § som ett system för att fastställa principer för ledning av verksamhet. Med våra ord är ett ledningssystem en normbaserad ordning för vårdgivarens verksamhet. Då ordningen är föreskriven enligt rättsligt bindande föreskrifter och sedan överförs i en organisatorisk beslutsordning så är ledningssystemet en rättslig ordning. Det är just denna organisatoriska ordning som uppställer de rättsliga ramarna för den ansvariga personalen att utföra sitt arbete.

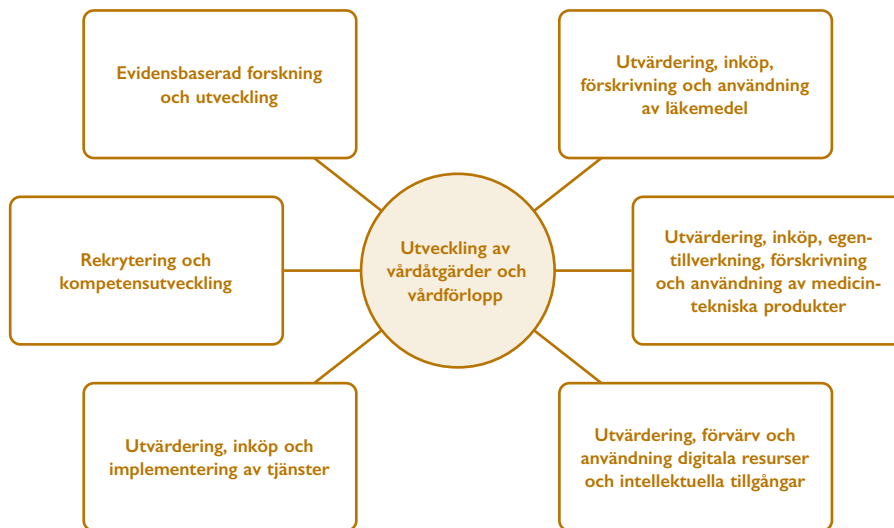
Det är vårdgivarens ansvar att tillhandahålla ledningssystemet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, se 3 kap. 1 § 2 st. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Detta innebär att ansvarig personal ska medverka samt utföra åtgärder som avser att *planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra* verksamheten, 3 kap. 2 §. De huvudsakliga reglerna, vilka vi kommer att beskriva ytterligare, handlar om vad kvalitetsledningssystemet ska innehålla. Intressant i sammanhanget är att man i de allmänna råd som också inkluderats förklara att standarder, tekniska specifikationer och modeller för kvalitets- och verksamhetsutveckling kan ge stöd då ett ledningssystem ska byggas upp. Särskilt viktig är den svenska standaren SS-EN 15224:2017 Ledningssystem för kvalitet – EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården. Det är Europastandarden EN 15224:2017 som gäller som svensk standard. Standaren är en s.k. branschspecifik standard avseende tillämpningen av ISO 9001.²¹⁵¹ Vi kommer att kontinuerligt återkomma till denna standard, men också ett antal ytterligare standarder.

20.1.2 Ett ramverk för att hantera kvalitetsutveckling av hälso- och sjukvården utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv

Ambitionen i förevarande kapitel är att med ett medikolegalt perspektiv tydliggöra hur vårdgivare kan utveckla verksamheten och samtidigt säkerställa kvaliteten genom kvalitetsledning och kunskapsstyrning. Hälso- och sjukvårdens utveckling sker härigenom som en integrerad del i det dagliga kvalitetsarbetet.

²¹⁵¹ I standarden förklaras att kraven i standarden inbegriper på ett heltäckande sätt kraven från SS-EN ISO 9001:2015 med tilläggskrav, specifikationer och tolkningar för hälso- och sjukvård. Dessutom har krav lagts till när så har bedömts relevant och existerande krav har klargjorts för sammanhang inom hälso- och sjukvård. Därutöver inkluderar standarden aspekter relaterat till klinisk riskhantering allt igenom planering, utförande och styrning av processer.

En viktig slutsats för detta arbete är att kvalitetsarbete driver hälso- och sjukvårdens utveckling. Utveckling sker utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv där ansvarig personal utför arbete. Det är just detta som ramverket avser att fånga. Ramverkets teoretiska kärna är således kunskapen om hur normbildning och normtillämpning sker för att utveckla och säkerställa vårdens kvalitet. En huvuduppgift har varit att med utgångspunkt i vårdgivarrollen och kraven på kvalitetsledningssystem kartlägga i vilka sammanhang och på vilket sätt det sker normbildning. En fundamental medikolegal insikt är att det är i de situationer där normbildning sker som vårdgivaren har behov av både ett kvalitetssystem och ett kunskapsstyrningssystem.



FIGUR 93. Hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv – ramverkets nivå 3.

Utifrån våra rättsempiriska studier har vi avgränsat en modell för hur utveckling av vårdåtgärder och normbildning avseende kvalitet sker inom ramen för en vårdgivares verksamhet. Av framställningen i kapitel 19 följer att kvalitetshanteringen är särskilt viktig avseende de kliniska besluten om vårdåtgärder. Det framgick också att detta är de beslut där samspelet mellan normtillämpning och normbildning är särskilt sofistikerat. Normbildningen är i sammanhanget ett uttryck för att ansvarig personal tar en aktiv del i utvecklandet av hälso- och sjukvården.

I ramverket utgår vi således från hur utvecklingen av hälso- och sjukvårdens vårdåtgärder baseras på ett antal kvalitetsdrivna kunskapsbildningsprocesser. Det är i dessa processer där hälso- och sjukvården utvecklas utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Forskning har såklart en särställning när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling. Det ligger i sakens natur att vårdgivarens personal samlar in data, bedriver vetenskap och genomför kliniska studier utifrån en ambition om att detta ska resultera i förbättrade vårdåtgärder. Forskning är samtidigt direkt relaterat till normbildning avseende kvalitetsnormerna. Som framgått menar vi att samtliga kvalitetsnormers konkretisering avseende specifika vårdåtgärder resulterar i normbildning i den utsträckning de baseras på vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet.

Hälso- och sjukvårdens vårdåtgärder utvecklas vidare då man köper in ny medicinteknisk utrustning att använda vid undersökning och behandling. Hälso- och sjukvården utvecklas nedifrån och upp genom att ansvarig personal deltar i beslut avseende inköp av utrustning som möjliggör de vårdåtgärder med den för tidpunkten bästa kvaliteten. Ovan diskuterade kvalitetsnormer ska följaktligen tillämpas då man förvärvar och använder medicinteknisk utrustning för vårdåtgärder. Motsvarande gäller då man förvärvar och använder läkemedel. Numera används digitala lösningar och system i klinisk verksamhet. Även då man förvärvar och använder dessa sker motsvarande utveckling av hälso- och sjukvården utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv. Detta gäller även då man förvärvar tjänster från externa parter. På samma sätt ska följaktligen kvalitetsnormerna tillämpas då man köper in och implementerar digitala lösningar och tjänster.

Av särskild betydelse är även kompetensutveckling och rekrytering. Hälso- och sjukvårdspersonalens professionella förmåga är direkt kopplad till vårdens kvalitet. Utvecklingen av vårdåtgärderna är nära förknippad med utvecklingen av personalens kompetens att utföra vårdåtgärderna. I detta sammanhang är det följaktligen relevant att tillämpa alla kvalitetsnormerna. Som framgått kan vi diskutera kvalitetsnormerna som kompetensnormer på ett mer generellt plan men också avseende vårdåtgärder för specifika hälsotillstånd. Betraktat som vårdgivarens resursbas kan kompetensen utvecklas genom att befintlig personal kompetensutvecklas, men också genom nyrekrytering och genom att vårdgivaren anlitar extern kompetens.

Utifrån vår medikolegala analys har vi kunnat konstatera hur viktigt samspelet mellan kvalitetsledning och kunskapsstyrning är när det gäller dessa processer. Varje process enligt ovan modell ska hanteras i detta samspel. I ramverket kommer vi följaktligen att utveckla hur kvalitetsledning och kunskapsstyrning ska hanteras som ett samspel mellan normtillämpning och normbildning baserat på nedifrån och upp-processer.

20.2 Utveckling av vårdåtgärder och vårdförlopp utifrån dynamiken kvalitetsledning och kunskapsstyrning

Hur utvecklar vårdgivaren hälso- och sjukvården utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv?

Kärnan i ramverket är den kvalitativa utvecklingen av vårdåtgärder och vårdförlopp. Detta är huvudmomentet i utvecklingen av hälso- och sjukvården utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Det är också i förhållande till dessa utvecklingsprocesser som kvalitetsledningssystemet primärt måste utvecklas. Kunskapsstyrningen fokuserar på den kvalitativa delen av just vårdåtgärder och vårdförlopp, varför den rimligen ska innefattas i kvalitetsledningssystemet. Hur samspelet sker på normnivå har utvecklats ovan i kapitel 19. Vi har där lyft fram hur viktigt det är att även vad vi betecknar patientcentreringsnormer innefattas bland kvalitetsnormerna då man fastställer vad som är vårdåtgärder i enlighet med kravet på god vård.

20.2.1 Vårdgivarens ledningssystem för kvalitetsdriven verksamhetsutveckling

Hur utvecklar vårdgivaren ett ledningssystem för kunskapsutveckling baserad på kvalitet?

När det gäller ordningen för kvalitet har vårdgivare att tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.²¹⁵² Föreskrifterna är, som framgått, bindande för alla vårdgivare. Ambitionen är också att tillämpningen av ramverket ska resultera i att man följer Socialstyrelsens föreskrifter. Vid utformningen av ramverket har vi även använt Socialstyrelsens vägledande handbok för tillämpning av dessa föreskrifter och allmänna råd.²¹⁵³ Syftet med handboken, vilken i sig inte är bindande, är att ytterligare utveckla vad som ska göras för att uppfylla föreskrifterna. Ett av de ytterligare dokument vi kommer att förhålla oss till i detta kapitel är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

I de generella föreskrifternas 3 kap. 1 § stadgas att vårdgivare har ansvar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Detta betyder att systemet ska hanteras av dem som är ansvariga för vårdgivarens verksamhet, dvs. ledningen. Enligt föreskrifternas 2 kap. 1 § är ett ledningssystem ett system för att fastställa principer för ledning av verksamhet. I handboken förklaras att ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

”Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer.”²¹⁵⁴

Som vi redan konstaterat ska vårdgivaren, enligt 3 kap. 2 §, med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I den europeiska standarden lyfter man fram den s.k. ”Plan-Do-Check-Act-cykeln”. Denna menar man ska kunna ligga till grund för all kvalitetsledningen. Enligt denna avgränsas fyra huvudansvar: planering, verksamhetsstöd, utvärdering och uppföljning, samt förbättring. Detta är följaktligen en cykel som fortgår kontinuerligt, dvs. förbättringsarbetet kommer att leda till en fortlöpande utveckling. Ett ledningssystem består, i enlighet med vårt ramverk, av normer i förhållande till dessa huvudansvar.

I föreskrifterna används inte begreppet norm explicit. Begreppsmässigt ska behovet av normutveckling som utgångspunkt förstås utifrån kraven på att tydliggöra processer, aktiviteter och rutiner. Enligt 4 kap. 2 § har vårdgivaren en skyldighet att identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I enlighet med 4. kap. 3 § ska vårdgivaren identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas ordning.

²¹⁵² Föreskriften är ändrad t.o.m. HSLF-FS 2023:27.

²¹⁵³ Socialstyrelsen, Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

²¹⁵⁴ a.a. s. 9.

Processerna är följaktligen en serie aktiviteter som ska resultera i kvalitet som slutmål. Kvalitet definieras enligt föreskrifterna med att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om sjukvård m.m.²¹⁵⁵ Utifrån ett normperspektiv betyder det att vårdgivaren ska säkerställa och tydliggöra att det finns processer, bestående av specifika aktiviteter, som resulterar i att de specifika vårdåtgärder som tillhandahålls ska uppfylla de krav och mål som uppställs i lagstiftning och föreskrifter m.m. Processerna och aktiviteterna i detta sammanhang är i stor utsträckning kliniska.²¹⁵⁶

20.2.2 Vårdåtgärder och vårdförlopp som föremål kvalitetsledning

Hur driver kvalitetsledning utvecklingen av hälso- och sjukvården?

Kärnan i kvalitetsarbetet är således utvecklandet och tillhandahållandet av de konkreta vårdåtgärderna och vårdförloppen. I den europeiska standarden om kvalitet i hälso- och sjukvården lyfter man fram de kliniska processerna:

”De kliniska processerna är huvudtypen av processer inom hälso- och sjukvård och alla organisationer inom hälso- och sjukvård deltar i sådana processer. Den kliniska processen inkluderar alla hälso- och sjukvårdsaktiviteter och interagerande mellan patient och vårdprofessionella från den initiala vårdbegäran till den sista aktiviteten som berör de specificerade hälsoangelägenheterna... De kliniska processerna är konstruerade för att uppfylla kvalitetsmål och kvalitetskrav som är uppsatta för kvalitetsaspekterna. Kliniska processer är konstruerade, utvecklade och styrda i relation till vissa specificerade hälsoangelägenheter, exempelvis stroke, diabetes etc. och inkluderar alla hälso- och sjukvårdsaktiviteter i ett komplett kontinuum av vård som berör de hälsoangelägenheterna; prehospital-, akutvård, slutenvård på sjukhus, eftervård, primärvård och rehabilitering.”²¹⁵⁷

I förhållande till varje aktivitet ska vårdgivaren enligt 4 kap. 4 § i föreskrifterna fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska, enligt 2 st., dels beskriva tillvägagångssättet för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret är fördelat. Generellt kan vi följaktligen konstatera att det behöver utvecklas verksamhetsspecifika kompetensnormer och handlingsdirigerande normer i förhållande till kvalitetsprocesserna och alla de aktiviteter dessa innefattar. Sammantaget ställer detta krav på en omfattande normutveckling – en normutveckling som är integrerad i den kliniska verksamhet som bedrivs. Rutinerna avseende beslut om och utförande av vårdåtgärder, såväl som vårdförlopp, är följaktligen både en del av kvalitetsledningssystemet och kunskapsstyrningen.

²¹⁵⁵ Definitionen finns i 2 kap. 1 §.

²¹⁵⁶ I standarden SS-EN 15224:2017 Ledningssystem för kvalitet – EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården förklaras om den processinriktning som föreligger fokuseras på ”kliniska processer såväl som agerande för ledning/styrning och stöd som påverkar de direkt kundorienterade kliniska processerna”.

²¹⁵⁷ Se definitionen av kliniska processer i avsnitt 0.3.1.2. SS-EN 15224:2017 Ledningssystem för kvalitet – EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården.

20.2.3 Kunskapsstyrning som en integrerad del av vårdgivares kvalitetsledningssystem

Hur integreras kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning?

Ramverket fokuserar som sagt på hur hälso- och sjukvårdens kvalitet utvecklas genom normtillämpning och normbildning. Med ett medikolegalt förhållningssätt till vårdens kvalitetsutveckling blir det som sagt tydligt att kärnan i vården är det systembaserade säkerställandet av kunskapsstyrningen.²¹⁵⁸ Det är inom ramen för detta som normtillämpning och normbildning avseende vårdåtgärder hanteras. Det normbaserade synsättet tydliggör också hur viktigt det är med samverkan, inbegripet patientdelaktighet.

System för samverkan och patientdelaktighet
Ledningssystem för utveckling och kvalitet
Kunskapsstyrningssystem för klinisk verksamhet

FIGUR 94.
Samspelet kunskapsstyrning
och kvalitetsledning.

Utifrån vår sociolegala analys i del 3 går det att identifiera tre fundamentala system för hur hälso- och sjukvårdens kvalitativa utveckling bedrivs. Alltmer central är kunskapsstyrningen av vårdåtgärderna. Denna är centralt initierad och sker i stor utsträckning genom ett samspel mellan myndighetsstyrning, samverkan och utveckling nedifrån och upp. Stort ansvar ligger på alla hälso- och sjukvårdens nivåer för att driva utveckling av vårdens kliniska verksamhet. Vår slutsats är, som framgått, att kunskapsstyrningen är kärnan vad gäller hälso- och sjukvårdens normbaserade kvalitetsutveckling. Alla vårdgivare har, som vi konstaterat, skyldighet att ha ett kvalitetsledningssystem. Vi menar att vårdgivare kan använda detta i mycket större utsträckning än vad som vi har förstått är fallet i dag vad gäller att hantera hälso- och sjukvårdens kvalitet. Samverkan med bl.a. patientorganisationer och civilsamhället har stor potential för att bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. Överhuvudtaget är samverkan av fundamental betydelse för vårdgivare vad gäller att utveckla sin kvalitet och kliniska verksamhet. Ordningen för samverkan förefaller i stor utsträckning vara ad hoc och när det gäller samverkan med patientorganisationer förefaller den vara beroende av eldsjälarna för att den ska resultera i konkreta resultat. Här krävs i vår mening en högre grad av systematiskt förbättringsarbete avseende samverkans- och patientdelaktighetsarbetet. Särskilt intressant är patientdelaktighetsarbetets hantering i delregional vårdssamverkan.

2158 ”Kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården kan handla om vårdprogram, anpassning av nationella riktlinjer till lokala förutsättningar och system för uppföljning och analys samt utvecklat modeller och verktyg för att bedriva ett kontinuerligt förbättrings- och utvecklingsarbete.” SOU 2021:89 Sverige under pandemin volym 2 s. 427.

Det är ur vårt perspektiv fullt möjligt att se alla tre delar som ett kvalitetslednings-system. Föreskrifterna om kvalitetsledningen och även den europeiska standarden innehåller stadganden som möjliggör en tolkning där kunskapsstyrningssystemet utgör själva kärnan. Dessutom är det en viktig del i kvalitetsledning att samverka med omvärlden. Samtidigt är det tydligt att i det skede hälso- och sjukvården befinner sig idag har man ännu inte börjat integrera dessa olika delar på ett systematiskt sätt.

Kunskapsstyrningen sker idag enligt ett separat system i förhållande till kvalitetsledningen. Vi menar dock att utifrån hur vårdgivaren bedriver kvalitetsarbete ur ett nedifrån och upp-perspektiv framgår det hur kunskapsstyrningen är en väsentlig del av kvalitetsarbetets utveckling och implementering inom ramen för kvalitetsledningsarbete. Vårdgivare har numera särskilda ordningar för hur normbildnings- och utvecklingsarbete manifesteras i styrande dokument, vilket utgörs av riktlinjer och rutiner för verksamhetens kvalitetsbaserade arbete. Just här är det extra intressant att följa hur kvalitetsnormerna bidrar till ökad personcentrering. De beslutande dokumenten utgör dessutom bindande bestämmelser för vårdgivarens verksamhet. Vårdgivaren har sedan ett ansvar för att sprida nämnda dokument inom verksamheten, vilket sin tur lägger grunden för kunskapsstyrning utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv.²¹⁵⁹

I ramverket ringar vi in de rättsliga handlingssystem (rättsliga ordningar) där verksamheten utvecklas utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Vi kommer kontinuerligt att förklara hur handlingssystemet utgör integrerade delar i vårdgivarens kvalitetssystem. Detta gäller även patientdelaktighet och samverkan. Vi utgår från en analys av kvalitetsrelaterad reglering och standarder när vi påvisar hur denna integration ska ske.

20.3 Evidensbaserad forskning

Hur utvecklar vårdgivaren hälso- och sjukvården genom forskning?

Vi har redan diskuterat betydelsen av evidensbaserad forskning. Vårdåtgärder ska, i enlighet med vad som diskuterats i kapitel 19, baseras på vetenskap och/eller vara erfarenhetsmässigt beprövade. Andras och egen vetenskap är följaktligen den kanske viktigaste processen vad gäller hälso- och sjukvårdens kvalitativa utveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Av särskilt intresse är alla de samverkansprocesser som föreligger mellan hälso- och sjukvård, universitet/högskolor och näringsliv. För vårdgivaren är det viktigt att utveckla en ordning som säkerställer att den forskning som utförs av den egna personalen, såväl som av samverkansparter, uppfyller kvalitetsnormerna. Det är också viktigt att ha en ordning där nya forskningsresultat innefattas i kunskapsstyrningen. Vi menar, som konstaterats i kapitel 19, att tillämpningen av de s.k. personcentreringsnormerna på vårdåtgärder och vårdförlopp ska vara föremål för vetenskaplig forskning och evidensskapande.

²¹⁵⁹ Se exempelvis hur Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar med verksamhetens styrande dokument. Se vidare den lokala rutinen Hantering av styrande dokument – Förvaltning, framtagande och återsökning av styrande dokument på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU9771-677637494-250).

20.3.1 Kvalitetsledning av forskning

Hur utvecklar vårdgivaren ett kvalitetsledningssystem för forskningsbaserad utveckling?

Viktigt utifrån ett vårdgivarperspektiv är följaktligen att utveckla en ordning för hur man säkerställer att forskning som bedrivs håller tillräcklig kvalitet. Denna ordning ska i enlighet med vad som diskuterats i kapitel 15 vara under överseende av kvalitetsledningssystemet. Kvalitetsledningssystemet avseende forskning ska enligt vår mening innefatta överseendet av:

- a. att forskningen i sig bedrivs i enlighet med kvalitativa krav.
- b. att forskningen resulterar i vårdåtgärder som uppfyller samtliga kvalitetskrav.
- c. att utvecklade vårdåtgärder inkluderas i kunskapsstyrningen på ett kvalitativt sätt.

Inom ramen för kvalitetsledningssystemet ska vårdgivarens forskningsverksamhet planeras, genomföras, utvärderas och förbättras. Kvalitetsledningssystemets införlivande innebär att det krävs utvecklade handlingssystem (en rättslig ordning) för respektive del. Centralt i detta avseende är utvecklandet av rutiner för vårdgivarens verksamhet. Särskilt intressant är dessutom hur själva forskningen genom kunskapsstyrning resulterar i rutiner för hur vårdåtgärder ska utföras.

20.3.2 Vårdgivarens ordning för säkerställande av forskningens kvalitet

Hur säkerställer vårdgivaren att forskning bedrivs enligt god forskningssed och i enlighet med godkänd etikprövning?

Vårdgivaren behöver således en ordning/handlingssystem för forskningens kvalitet i sig. En viktig utgångspunkt är att vårdgivaren i egenskap av forskningshuvudman ikläder sig ansvar för att verksamheten bedrivs enligt god forskningssed, samt att vårdgivaren vid behov hanterar prövningar av oredlighet i forskning. Vårdgivaren har här att utgå från de krav som uppställs i lagen om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning. Vårdgivaren behöver i enlighet med dessa utveckla dels en proaktiv ordning för god forskningssed, dels en reaktiv ordning när verksamheten inte bedrivs i enlighet med god forskningssed. Häri innefattas också handlingssystem för att hantera forskningskorruption.²¹⁶⁰ Enligt vår mening handlar det om att organisera och driva verksamheten så att forskarna har förutsättning att tillämpa de kvalitetsnormer som åligger verksamheten.

En annan ordning som behöver utvecklas av vårdgivare är den avseende inhämmande av etiskt tillstånd att bedriva forskning. I egenskap av forskningshuvudman bär vårdgivaren ansvaret för att den forskning som bedrivs är godkänd utifrån kraven på etikprövning enligt lag (2003:460) om etikprövning av forskning som

²¹⁶⁰ I 2 § lagen om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning definieras oredlighet i forskning som en allvarlig avvikelse från god forskningssed i form av fabricering, förfälskning eller plagiering som begås med uppsåt eller av grov oaktsamhet vid planering, genomförande eller rapportering av forskning.

avser människor. Även i detta avseende är det i stor utsträckning frågan om att internt ha handlingsystem där anställda och samverkansparter är medvetna om när och hur de ska ansöka om etikprövning. Av särskild betydelse är medvetenheten om vad som krävs för att forskningen ska godkännas vid etikprövning. Ett viktigt ansvar i detta sammanhang är vårdgivarens inhämtande av samtycke från forskningspersoner. Ett ytterligare handlingsystem avser forskningshuvudmannens proaktiva ordning för att den etikgodkända forskningen genomförs i enlighet med godkänt beslut om etikprövningstillstånd.²¹⁶¹

När det gäller att vårdgivare ska utveckla en kvalitetsordning för forskning finns numera en hel del i sig icke bindande styrdokument att utgå ifrån. På europeisk nivå har ALLEA²¹⁶² publicerat anvisningar om god forskningspraxis och vetenskaplig kvalitet och tillförlitlighet i form av styrdokumentet Den europeiska kodexen för forskningens integritet. Där framgår att forskning ska vara tillförlitlig när det gäller forskningens kvalitet.²¹⁶³ Etikprövningsmyndigheten har gett ut en nationell Vägledning om etikprövning av forskning på människor, avseende planering och genomförande av etiskt ändamålsenlig forskning. Myndigheten styr genom anvisningar hur vårdgivaren kan förebygga risker, göra avvägningar mellan risk och nytta avseende forskningsarbetet, samt i övrigt agera i enlighet med god forskningssed.²¹⁶⁴ Även på lokal nivå kan vårdgivare besluta om riktlinjer, se exempelvis riktlinjen God forskningssed och huvudmannaskap vid forskning Södra Älvsborgssjukhus (SÄS).²¹⁶⁵ Vårdgivaren har i det nämnda fallet utarbetat och beslutat om en riktlinje som därmed får en bindande verkan på organisationen.²¹⁶⁶

I sammanhanget kan även nämnas hur standarder för innovationsledning kan bidra till forskningsbaserat utvecklingsarbete. Själva utvecklingsarbetet utförs i ett antal faser som består av identifieringsfas, konceptutveckling av innovation

2161 Se vidare 6 § lagen om etikprövning av forskning som avser människor. ”En forskningshuvudman ska vidta åtgärder för att förebygga att forskning i den egna verksamheten utförs i strid med första stycket eller i strid med ett villkor som har meddelats med stöd av första stycket.”, se 6 § 2 st. Andra normerande lagbestämmelser avser att forskningen endast får utföras om respekt för människovärdet säkerställs, 7 §, samt mänskliga rättigheter och grundläggande friheter m.m. beaktas, 8 §.

2162 All European Academics, European Federation of Academies of Sciences and Humanities.

2163 Vidare ska forskningen bygga på ärlighet i utförandet samt att rapportering sker på ett öppet och objektivt sätt. Forskningsarbete ska bedrivas med respekt för forskarvärldens intressenter och ekosystem. Vårdgivare och forskande personal behöver ansvara för forskningscykeln, ledningsarbete avseende forskningen, samhällsnytta m.m. Sammantaget skapar kodexen förväntningar på vårdgivarens forsknings- och utvecklingsarbete. Områden där kodexen innehåller bestämmelser rör forskningsmiljö, genomförandet av forskning, skyddsåtgärder för att säkerställa forskningens integritet m.m., datapraxis och datahantering, forskningssamarbeten, gransknings- och utvärderingsarbete avseende uppkomna forskningsresultat, oredlighet inom forskning m.m.

2164 Andra delar handlar om hur man hanterar ändamålsenliga processer för information och samtycke i forskning som rör människor. Vägledningen innehåller även anvisningar för etikprövning m.m.

2165 God forskningssed och huvudmannaskap vid forskning, Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS9613-640131427-25).

2166 En konsekvens är att inom ramen för ordningen tydliggörs rollerna forskningshuvudman, verksamhetschef och forskare. Rollerna leder sedan vidare till olika normerande förväntningar på ansvar och ageranden inom organisationen, se exempelvis forskningshuvudmannens organisatoriska ansvar avseende forskningens bedrivande, verksamhetschefens ansvar att företräda i forskningshuvudmannen i relevanta frågor samt forskarnas ansvar att agera i enlighet med god forskningssed m.m.

och validering av innovationskoncept.²¹⁶⁷ Andra bestämmelser med normerande betydelse är de minimikrav om patientinvolvering som uppställs i standarden om patientdelaktighet.²¹⁶⁸ Ett genomgående förhållningssätt i utförandet av forskningsarbetet är att patientperspektivet är med som en röd tråd i forsknings- och utvecklingsarbetet.

20.3.3 Vårdgivarens ordning för att genom forskning utveckla vårdåtgärder

Hur säkerställer vårdgivaren att forskning resulterar i vårdåtgärder av god kvalitet?

Medicinsk forskning styrs i hög grad av evidens som är en indikator för kvalitet. Beroende på vilken typ av forskning som bedrivs tillämpas kravet på evidens olika. Kraven på den ordning som behöver tillhandahållas skiljer sig också åt. Forskare som bedriver preklinisk forskning har exempelvis inte något behov av tillgång till vårdgivarens kliniska verksamhetsordning och resurser. I stället handlar det om att bedriva forskning enligt handlingsystem avseende exempelvis experimentellt forskningsarbete på molekylär eller cellulär nivå i laboratorium. Inom ramen för denna forskningskontext behöver vårdgivaren förhålla sig till vad som utgör evidens. Vi menar att det behövs preklinisk verksamhet som är relevant i förhållande till alla de olika kvalitetsnormerna. Exempelvis bör forskning avseende personcentrerad vård delas in i både preklinisk och klinisk forskning.

Klinisk forskning förutsätter en relativt utvecklad ordning från vårdgivarens sida. Forskningen handlar om att i en klinisk miljö studera hur medicinska hjälpmedel eller behandlingsmetoder fungerar i relation till vissa medicinska och hälsorelaterade tillstånd. Sådana kliniska studier kräver en relativt utvecklad ordning för hur man bedriver kliniska provningar för att ta fram klinisk evidens. Det gör att den kliniska forskningen på ett helt annat sätt ställer krav på vårdgivarens kvalitetsledningsprocesser för forskning utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Det är inom ramen för den kliniska forskningens handlingsystem som de olika kvalitetsnormerna rimligen ska tillämpas i förhållande till en och samma vårdåtgärd.

EU-lagstiftning rörande kliniska provningar uppställer relativt omfattande krav på den ordning som behöver utvecklas. Därutöver finns det standarder avseende läkemedelsprovningar respektive provningar för medicintekniska produkter som verktyg för att påvisa överensstämmelse med regelkraven. Genom kraven som uppställs i respektive standard framgår hur vårdgivaren utifrån sin roll som legal tillverkare, och andra roller kopplade till provningsarbetet, ska fatta beslut samt i övrigt agera i säkerställandet av kvalitetsbaserat forskningsarbete. När det gäller

²¹⁶⁷ I standarden avseende innovationsledning finns ett antal bestämmelser för kvalitetsdrivet innovationsledningsarbete, se SS-EN 56002:2021. Standardens bestämmelser och arbetsprocesser länkas väl till vårdgivarens övergripande kvalitetsledningssystem. Vardera steg innefattar ett antal moment som ska utföras, se avsnitt 6 SS-EN 56007:2023. Innovationsarbetet innefattar även uppföljning, se avsnitt 7. Vårdgivaren behöver utveckla förmåga för en organisation som är öppen och nyfiken i sitt innovationsarbete, uppmuntrar gemensamt lärande och risktagande, hanterar evidensbaserade analyser och beslutstagande, samarbetsfrämjande förhållningssätt m.m., se avsnitt 4 SS-EN 56002:2021. Andra bestämmelser rör tydlig planering av verksamhetens åtaganden som följer av innovationsvisioner, innovationsstrategier m.m. och manifesteras av en innovationspolicy, se avsnitt 5.

²¹⁶⁸ SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård.

kliniska provningar är det särskilt viktigt att förbygga och rapportera negativa händelser och incidenter avseende patientsäkerhet och arbetsmiljö.²¹⁶⁹

En annan viktig ordning/handlingssystem som rör kvalitetsbaserad forskning är verksamhetsbaserad HTA.²¹⁷⁰ Vårdgivaren kan delta tillsammans med regionala s.k. HTA-center för att ta fram evidensbaserade beslutsunderlag för införande av vårdåtgärder. Handlingssystemet möjliggör evidensbaserad utvärdering av metod, teknik eller behandling i en systematisk och transparent process avseende både kliniska och icke-kliniska aspekter.²¹⁷¹

20.3.4 Vårdgivarens ordning för forskningsbaserad kunskapsstyrning

Hur säkerställer vårdgivaren att forskningsresultat inkluderas i kunskapsstyrningen?

Ur ett vårdgivarperspektiv är det som sagt särskilt intressant när den egna evidensbaserade forskningen skapar underlag för kunskapsstyrning. Eftersom hälso- och sjukvårdspersonalen bedriver ett kunskapsdrivet arbete på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet sker det kontinuerligt en kunskapsutveckling inom ramen för hälso- och sjukvårdsarbetet. Genom forskningsarbetet kan kvalitetsnormerna implementeras stegvis. Normbildningsarbetet kan därmed ta avstamp i huruvida forskningsresultaten bidrar till förbättrad medicinsk verkan avseende vårdåtgärd. Detsamma kan avse resultat som visar på ökad patientsäkerhet vid utförande av viss vårdåtgärd. Andra centrala forskningsresultat rör personcentreringsnormerna och de sjukvårdspolitiska normernas eventuella genomslag för vårdåtgärderna. Utvecklingsarbetet kan ses som en normutveckling inom ramen för de handlingssystem som följer av vårdgivarens lokala riktlinjer och rutiner för vårdåtgärder eller vårdförlopp. Exempelvis kan nya forskningsrön avseende en behandlingsmetod resultera i uppdaterade eller nya styrdokument. Dessa är bindande för vårdgivaren, varför de ska ligga till grund för vårdgivarens kvalitetsledning och kvalitetshantering.²¹⁷²

²¹⁶⁹ Se patientsäkerhetslagen 3 kap. samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Se även arbetsmiljölagen, arbetsmiljöförordning (1977:1166) och standard SS-EN ISO 45001:2023 Ledningssystem för arbetsmiljö – Krav och vägledning (ISO 45001:2018, IDT).

²¹⁷⁰ Se vidare om HTA (Health Technology Assessment) i avsnitt 15.4.4.2.

²¹⁷¹ En viktig lagstiftning att förhålla sig till när det gäller utvecklandet av en ordning för hur forskning ska resultera i vårdåtgärder är Europaparlamentets och Rådets förordning (EU) 2021/2282 av den 15 december 2021 om utvärdering av medicinsk teknik och om ändring av direktiv 2011/24/EU (HTA-förordningen). Häri kan kort nämnas att vårdgivaren genom ovan nämnda roller och ansvar nominerar områden för HTA och hur forskande personal tillsammans med HTA-centrum i Västra Götalandsregionen genomför forskning som möjliggör införande av nya hälso- och sjukvårdslösningar. Nämnda utvärderingsarbete ställer i sin tur krav på att vårdgivaren och dess personal följer de bestämmelser som framgår av HTA-förordningen avseende HTA-processen, gemensamma kliniska granskningar, utvärderingar av icke-kliniska granskningar, samverkansstyrda utvärderingar m.m. se artikel 2. När det gäller icke-kliniska aspekter så avses bl.a. etiska, ekonomiska och organisatoriska aspekter.

²¹⁷² En viktig insikt under vårt forskningsarbete är hur normutvecklingsarbetet ser olika ut inom ramen för olika kliniska områden. Med utgångspunkt ICD- och ICF-koder kan man identifiera hur utvecklingsarbete avseende vårdåtgärder utvecklas och implementeras som ett led i kvalitetsarbetet. Olika tillstånd kräver olika arbetssätt och metoder. Det är även så att organisatoriska och personella aspekter är betydelsefulla för i vilken omfattning och på vilka sätt normutveckling och reifiering av nya arbetssätt genomförs som ett led i verksamhetens kunskapsstyrningsarbete. Om det inte finns personer som driver arbetet sker inte heller någon kunskapsstyrning som ett led i vårdgivarens nedifrån och upp-arbete.

Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska verksamhetschefen säkerställa att kunskapen sprids i linjeorganisationen. Medarbetarna är bundna att följa beslutet.²¹⁷³

20.4 Utvärdering, inköp, förskrivning och användning av läkemedel

Hur utvecklar vårdgivaren hälso- och sjukvården genom hantering av läkemedel?

En mycket viktig ordning för hur hälso- och sjukvårdens utvecklas utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv är den avseende läkemedel. Förskrivning, inköp och användning av läkemedel utgör hörnstenar i hälso- och sjukvårdpersonalens utförande av vårdåtgärder. Det är följaktligen också viktigt med en kvalitetsorienterade handlingssystem för förskrivning av läkemedel, läkemedelshantering och läkemedelsförsörjning. Läkemedelsutveckling är i huvudsak en extern angelägenhet som bedrivs av multinationella läkemedelsbolag. Hälso- och sjukvården är därför beroende av det kvalitetsarbete som sker inom ramen för läkemedelsföretagen för att ta fram säkra och effektiva läkemedelsprodukter. Vi menar att även läkemedelsföretagen i sin produktutveckling bör utgå från de i kapitel 19 diskuterade kvalitetsnormerna. I den mån vårdgivaren deltar är det genom att upplåta sina resurser och strukturer för företagens läkemedelsprövningar. Vi menar vidare att kvalitetsnormerna även ska tillämpas vid förskrivning, inköp och användning av läkemedel. Det är även viktigt att kvalitetsutveckling avseende nya läkemedel, såväl som avseende användningen av dessa, inkluderas i kunskapsstyrningen.

20.4.1 Kvalitetsledning avseende läkemedel

Hur utvecklar vårdgivaren ett kvalitetsledningssystem för läkemedel?

Eftersom läkemedelsutvecklingen primärt sker hos läkemedelsföretagen hanteras som sagt kvalitetsarbetet för läkemedel inom ramen för deras verksamhet. Det innebär att företagen ansvarar för att de framtagna läkemedlen som används hos vårdgivaren är marknadsgodkända och av god kvalitet.²¹⁷⁴ Detta förutsätter i sin tur att företagen utvecklat en relativt sofistikerad ordning för kvalitetsledning. Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv är det viktigt att kunna förlita sig på att denna kvalitetledning verkligen fungerar. Ett viktigt led i företagets kvalitetsarbete är de kliniska prövningarna. Läkemedelsföretagen genomför läkemedelsprövningar för att verifiera och validera läkemedlens effekt och säkerhet vid avsedd användning.²¹⁷⁵ I dessa processer är det som framgått inte

²¹⁷³ Se vidare den lokala rutinen Hantering av styrande dokument – Förvaltning, framtagande och återsökning av styrande dokument på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU9771-677637494-250).

²¹⁷⁴ Se vidare angående läkemedelsföretagens ansvar i Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel. På nationell nivå finns krav på ansvar enligt läkemedelslag.

²¹⁷⁵ EU-förordning 536/2014 om kliniska prövningar av humanläkemedel. På nationell nivå kan man även titta i lagen om etikprövning av forskning som avser människor och lag (2018:1091) med kompletterande bestämmelser om etisk granskning till EU:s förordning om kliniska prövningar av humanläkemedel. Det finns även etiska riktlinjer i form av Helsingsforsdeklarationen.

ovanligt att vårdgivare är involverade. Vi menar att kvalitetsnormer, inte bara de avseende medicinsk verkan och patientsäkerhet, är relevanta att tillämpa i dessa verifierings- och valideringsprocesser. I vilken utsträckning så är fallet skiljer sig mellan de olika normerna och beroende på vilka läkemedel det är frågan om. Vissa läkemedel förutsätter exempelvis mer delaktighet av patienten när det gäller dess användning.

Vårdgivarens kvalitetsledningssystem avseende läkemedel behöver, i enlighet med vad som ovan sagts om forskning och utveckling, innefatta delaktigheten i kliniska prövning. I detta avsnitt fokuserar vi emellertid på vårdgivarens kvalitetsledningsansvar utöver det som avser den kliniska prövningen. Vårdgivaren behöver enligt vår analys ett kvalitetsledningssystem som övervakar:

- a. att läkemedel utvärderas och köps in i enlighet med kvalitetskrav,
- b. att läkemedel hanteras i enlighet med kvalitetskrav,
- c. att läkemedel förskrivs och används i enlighet med kvalitativa krav, samt
- d. att kvalitetsutveckling avseende läkemedel resulterar i normbildning inom ramen för kunskapsstyrningen.

Dessa processer ska följaktligen planeras, utföras, utvärderas och förbättras inom ramen för ett kvalitetsledningssystem. Vårdgivaren behöver ha en rättslig ordning och handlingssystem för varje del.

20.4.2 Vårdgivarens ordning för kvalitet vid utvärdering och inköp av läkemedel

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid utvärdering och inköp av läkemedel?

Handlingssystem för inköp av läkemedel är en central ordning avseende läkemedelshanterings kvaliteten. Det säger sig självt att om inte läkemedlen är av god kvalitet så brister även kvaliteten i vårdutförandet. I sammanhanget finns ordningar avseende köp av vara i enlighet med köprättslig lagstiftning. Inom ramen för köprättsliga regler kan vårdgivaren ställa kvalitetskrav på läkemedelsvaror.²¹⁷⁶ Grundläggande kvalitetskrav framgår av läkemedelslagen avseende att läkemedlen ska vara godkända samt ändamålsenliga och säkra vid avsedd användning.²¹⁷⁷ Kvalitetsstyrda inköpsprocesser baseras även på upphandlingslagstiftningen.²¹⁷⁸ Därigenom ges möjligheter för vårdgivaren att ställa funktions- eller prestandakrav avseende de läkemedel som ska upphandlas.²¹⁷⁹ Det förutsätter i sin tur att vårdgivaren har identifierat vilka behov som föreligger avseende vårdåtgärder och vårdförlopp och därmed kan fastställa vad som utgör ändamålsenliga läkemedel. Vårdgivaren ansvarar därmed för vilka läkemedel som ska anses vara mest lämpade att köpa in till tänkta vårdåtgärder.

²¹⁷⁶ Det handlar i sammanhanget om köp av lös egendom där båda parter bedriver verksamhet. För normerande bestämmelser, se köplagen.

²¹⁷⁷ Kap. 4 i läkemedelslagen.

²¹⁷⁸ För normerande bestämmelser titta närmare i lagen om offentlig upphandling.

²¹⁷⁹ Se närmare i 9 kap. lagen om offentlig upphandling.

Inköp är således en kvalitetsbaserad process som länkar till vårdgivarens övergripande kvalitetsarbete.²¹⁸⁰ Vårdgivarens uppgift är därmed att säkerställa kvalitetsbaserade inköpsordningar i enlighet med det övergripande ledningsarbetet för klinisk kvalitet.²¹⁸¹

20.4.3 Vårdgivarens ordning för kvalitet vid hantering av läkemedel

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid hantering av läkemedel?

Vårdgivaren behöver även handlingssystem för kvalitetsstyrd hantering av läkemedel.²¹⁸² Ett viktigt inslag är de verksamhetsspecifika kompetensnormerna avseende hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet att hantera läkemedel. Behörigheten är kopplad till handlingssystemen för legitimering och hantering av den professionskompetens som den enskilda hälso- och sjukvårdspersonalen ska besitta. Här ingår således professionsansvar för läkare, sjuksköterskor, tandläkare, barnmorskor m.fl. Inom handlingssystemen har vårdgivare och legitimerad personal att hantera kraven på patientsäkerhet. Utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv är det särskilt intressant hur vårdgivaren och hälso- och sjukvårdspersonalen delar ansvar vad gäller kvalitetshanteringen av läkemedel.

Ett annat handlingssystem som bör nämnas i sammanhanget är det avseende läkemedelsförsörjning. Detta är inte lika tydligt kopplat till hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Det handlar om vårdgivarens organisering av läkemedelsförsörjning till och inom sjukhus enligt lag (2009:366) om handel med läkemedel. Vårdgivaren behöver utveckla handlingssystem som proaktivt säkrar behovet av säkra och effektiva läkemedel. Det sker genom bedrivande av sjukhusapotek, vilka är bemannade av farmaceuter. Vårdgivaren har en anmälningsskyldighet till Läkemedelsverket avseende hur man organiserat läkemedelsförsörjningens och vilka risker som föreligger. Även arbetet med läkemedelsförsörjning innefattas i vårdgivarens ledningsarbete avseende klinisk kvalitet.

²¹⁸⁰ Inom ordningen finns krav på att behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt. Det innebär att genomförandet av upphandlingen ska ske på ett öppet sätt. Vidare ska upphandlingen genomföras med principerna om ömsesidigt erkännande och proportionalitet, se vidare 4 kap. 1 § lagen om offentlig upphandling. I sammanhanget kan nämnas särskilda upphandlingsordningar avseende läkemedelsförsörjning som bl.a. innefattar ramavtal och avrop mellan region och läkemedelsleverantör. Läkemedel förvaras då vid lokala sjukhusapotek m.m. som sedan distribuerar läkemedel till sjukhus och andra vårdinrättningar. Vårdpersonalen följer då rutiner för beställning av läkemedel genom beslutade läkemedelskontakter.

²¹⁸¹ Se exempelvis övergripande normerande bestämmelser för kvalitetsarbete i 4 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt i standarden SS-EN 15224:2017 för kvalitetshantering avseende läkemedelshantering inom ramen för kvalitetsarbetet. Inköpsordningar som säkerställer kvalitetssäkrade läkemedel är en förutsättning för vårdgivarens systematiska kvalitetsledningsarbete i övrigt.

²¹⁸² Se normerande bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

20.4.4 Vårdgivarens ordning för kvalitativ förskrivning och användning av läkemedel

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid förskrivning och användning av läkemedel?

En viktig ordning rör förskrivning och användning av läkemedel.²¹⁸³ Vårdgivaren och hälso- och sjukvårdspersonalen behöver utveckla kvalitetsbaserade handlingssystem för iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel.²¹⁸⁴ Endast behörig hälso- och sjukvårdspersonal har förskrivningsrätt och är därmed de som konkret tillhandahåller läkemedel till patientens vårdåtgärd. Hälso- och sjukvårdspersonalens läkemedelshantering är således ett centralt handlingssystem för vårdgivarens vårdutförande och läkemedelsanvändning. Inom ramen för kvalitetsarbetet behöver vårdgivaren bedöma om läkemedelsförskrivningen och -behandlingen är ändamålsenlig eller om den behöver justeras utifrån patientens behov.²¹⁸⁵

Nämnda handlingssystem lägger en grund för mer kvalitativa, patientsäkra och personcentrerade vårdåtgärder samt vårdförlopp.²¹⁸⁶ Det gör att vårdgivaren skapar förutsättningar för att behörig personal agerar i enlighet med de krav som följer av lagstiftning. I sammanhanget handlar det i stor utsträckning om att utveckla handlingsdirigerande normer för att förebygga vårdskador och att utreda läkemedelsrelaterade vårdskador.²¹⁸⁷ Av lagstiftning följer även krav på patientdelaktighet. Standarden om patientdelaktighet kan användas som stöd för hur denna ordning ska utvecklas.²¹⁸⁸ Patienter ska kontinuerligt kunna delta i beslutsprocessen om sin vård och, i detta fall, den legitimerade personalens förskrivning av läkemedel.

20.4.5 Vårdgivarens ordning för kunskapsstyrning avseende läkemedel

Hur säkerställer vårdgivaren att kvalitetsutveckling avseende läkemedel inkluderas i kunskapsstyrningen?

I sitt kvalitets- och förbättringsarbete kan vårdgivaren inom ramen för föreskrifterna utveckla arbetssätt som får en normerande effekt på verksamhetens läkemedelshantering. Utvecklingen kan resultera i att vårdgivaren beslutar om

²¹⁸³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

²¹⁸⁴ 5–8 kap. i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

²¹⁸⁵ Strategisk plan för läkemedelsarbetet i Västra Götalandsregionen 2024–2027.

²¹⁸⁶ Detsamma gäller genomförande av läkemedelsgenomgångar. Numer är en högprioriterad fråga att inom ordningen möjliggöra minskad miljöpåverkan pga. läkemedelsanvändning. Det handlar exempelvis om att välja den läkemedelsbehandling med minst miljöpåverkan när man utformar vårdåtgärder och vårdförlopp. Ett annat exempel är hur vårdpersonalen kan medverka till hur läkemedel kasserad på sätt som inte påverkar miljön negativt.

²¹⁸⁷ 3 kap. patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

²¹⁸⁸ SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård.

exempelvis nya eller uppdaterade rutiner för läkemedelsbedömning i samband med vårdförlopp. Inom ramen för detta normbildande handlingssystem är det viktigt att de olika kvalitetsnormerna tillämpas. I normbildningen ingår rimligen patientdelaktigheten i läkemedelsbehandling. Normbildningen kan även handla om rutiner för iordningsställande av läkemedel. När vårdgivaren beslutar om att implementera nya rutiner i de styrande dokument avseende läkemedels-hantering då är det en del av vårdgivarens kunskapsstyrning i form av beslutade rutiner. Nämda rutiner är bindande för vårdgivaren och har därmed en stark normerande verkan på verksamheten. Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset är det verksamhetschefen som ansvarar för att kunskap om läkemedelshantering sprids i linjeorganisationen.²¹⁸⁹ Rutinen ligger till grund för handlingssystem enligt med vilka medarbetarna på ett systematiskt sätt ska säkra verksamhetens kvalitet i det kliniska utförandet.

20.5 Utvärdering, inköp, förskrivning och användning av medicin-tekniska produkter

Hur utvecklar vårdgivaren hälso- och sjukvården genom hantering av medicin-tekniska produkter?

En annan viktig ordning enligt vilken hälso- och sjukvården utvecklas utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv är den avseende medicinteknik. Precis som läkemedel är medicintekniska produkter viktiga när det gäller utvecklingen av hälso- och sjukvårdens vårdåtgärder. Utveckling och tillverkning av medicintekniska lösningar sker primärt av externa företag (se om egentillverkning i avsnitt 20.5.3). Det är tillverkaren som ansvarar för det kvalitetsarbete som ligger till grund för att till-handahålla patientsäker och effektiv medicinteknisk utrustning. För det fall att vårdgivaren deltar i tillverkningsföretagens kliniska tester behöver man säkerställa att den egna ordningen för kvalitetsarbete tar hänsyn till bestämmelser som rör den kliniska testverksamheten för medicinteknisk utrustning.²¹⁹⁰ På motsvarande sätt som beträffande läkemedel är det viktigt att nya medicintekniska lösningar och deras användning inkluderas i kunskapsstyrningen. Även när det gäller utveckling, inköp och användning av medicintekniska lösningar är det centralt att man inkluderar personcentreringsnormerna.

²¹⁸⁹ Se vidare Hantering av styrande dokument – Förvaltning, framtagande och återsökning av styrande dokument på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU9771-677637494-250).

²¹⁹⁰ Enligt artikel 62.3 i förordning (EU) 2017/745 ska vissa kliniska prövningar vara föremål för vetenskaplig och etisk granskning. Andra anvisningar framgår av SS-EN ISO 14155:2020 Klinisk prövning av medicintekniska produkter – God klinisk praxis. Nämda anvisningar har en bindande verkan eftersom 2017/745 MDR föreskriver att standarden kan användas för att visa överensstämmelse med regelkrav avseende kliniska prövningar.

20.5.1 Kvalitetsledning avseende medicintekniska produkter

Hur utvecklar vårdgivaren ett kvalitetsledningssystem för medicintekniska produkter?

Kvalitetsledning och kvalitetsarbete avseende framtagning av medicintekniska produkter sker hos tillverkningsföretagen. Detta kan typiskt förklaras med att tillverkaren är ansvarig för att den medicintekniska produkten är CE-märkt.²¹⁹¹ På motsvarande sätt som beträffande läkemedel är det avgörande att hälso- och sjukvården kan förlita sig på dessa kvalitetsprocesser. Hälso- och sjukvården har samtidigt egna kvalitetsprocesser beträffande medicintekniska produkter. Utifrån vår medikolegala analys har vi dragit slutsatsen att kvalitetsledningsledningssystemet ska säkerställa:

- a. att medicintekniska produkter utvärderas utifrån kvalitativa krav och köps in med kvalitetskrav,
- b. att medicintekniska produkter utvecklas och egentillverkas i enlighet med kvalitetskrav,
- c. att medicintekniska produkter förskrivs och används i enlighet med kvalitetskrav, samt
- d. att kvalitetsutveckling avseende medicintekniska produkter resulterar i normbildning inom ramen för kunskapsstyrningen.

Dessa processer ska på motsvarande sätt planeras, utföras, utvärderas och förbättras inom ramen för ett kvalitetsledningssystem. Vårdgivaren behöver även här ha en rättslig ordning och handlingsystem för respektive del.

20.5.2 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvaliteten vid utvärdering och inköp av medicinteknik

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid utvärdering och inköp av medicintekniska produkter?

Central är som sagt den rättsliga ordningen för köp- och upphandling.²¹⁹² Inom ramen för inköpsprocessen ansvarar vårdgivaren för att säkerställa produkternas kvalitet i det övergripande kvalitetsarbetet.²¹⁹³ Det innebär att de tillverkade produkterna ska vara säkra att använda och ha avsedd klinisk prestanda enligt

²¹⁹¹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG, förordning (EG) nr 178/2002 och förordning (EG) nr 1223/2009 och om upphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/746 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik och om upphävande av direktiv 98/79/EG och kommissionens beslut 2010/227/EU. På nationell nivå, se lagen med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter. Se även lagen med kompletterande bestämmelser om etisk granskning till EU:s förordningar om medicintekniska produkter.

²¹⁹² Se närmare 9 kap. lagen om offentlig upphandling.

²¹⁹³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

lagstiftning avseende medicintekniska produkter. Däri ingår att säkerställa produkternas CE-märkning och säkerhet i förhållande till dess avsedda kliniska användning. Inom ramen för den interna inköpsordningen uppställer vårdgivaren kvalitetskrav, bl.a. krav på specifika tekniska egenskaper. Kvalitetskraven kan röra vårdhygieniska kvalifikationsnormer enligt vilka utrustningen ska tåla rengöring och desinfektion, samt vara förpackad så att renhetsgraden bibehålls från leverantör till användning hos vårdgivaren. Sådana krav kan vara särskilt viktiga vid användning av utrustning i känsliga vårdåtgärder. I detta sammanhang är det rimligt att tillämpa de olika kvalitetsnormerna, inklusive personcentreringsnormerna. Genom att ställa relevanta funktionskrav i inköpsarbetet kan vårdgivaren driva en kvalitetsbaserad process för ändamålsenlig utveckling av vårdåtgärder och vårdförlopp.

20.5.3 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid utveckling och egentillverkning av medicintekniska produkter

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid egentillverkning av medicintekniska produkter?

En närliggande ordning för hur hälso- och sjukvården utvecklas utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv är den avseende egentillverkning och tillverkning av medicintekniska produkter.²¹⁹⁴ Det är möjligt för hälso- och sjukvården att utveckla egna medicintekniska lösningar genom undantagsbestämmelsen i de medicintekniska förordningarna.²¹⁹⁵ Sådant arbete angränsar till vårdgivarens egna forsknings- och utvecklingsarbete. Egentillverkning och tillverkning av medicintekniska produkter kräver kvalitetsbaserade processer och är en viktig del av vårdgivarens kvalitetsledningsarbete. En viktig mekanism är själva besluten för att använda egentillverkad utrustning för vårdåtgärd inom den egna verksamheten, alternativt för att genomdriva en produktutvecklingsprocess för CE-märkning av en produkt för vårdåtgärd. Detta är också ett sammanhang där det är möjligt att i större utsträckning tillämpa samtliga kvalitetsnormer.

Till skillnad från inköp av medicintekniska produkter sker egentillverkningen inom ramen för vårdgivarens verksamhet. Det innebär att kvalitetsarbetet utförs av hälso- och sjukvårdspersonal. Vårdgivaren ikläder sig därmed ett ansvar för det som tillverkas och används i den kliniska verksamheten. Kvalitetsarbetet innefattar att säkerställa utrustningens säkerhet och prestanda vid användning i kliniska miljöer.²¹⁹⁶ I lagkraven framgår särskilt att framtagning och användning

²¹⁹⁴ Artikel 5.5. i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG, förordning (EG) nr 178/2002 och förordning (EG) nr 1223/2009 och om upphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG respektive Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/746 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik och om upphävande av direktiv 98/79/EG och kommissionens beslut 2010/227/EU. Det finns även anmälningsplikt vid negativa händelser avseende egentillverkad utrustning se 5 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

²¹⁹⁵ Artikel 5.5 i (EU) 2017/745 respektive (EU) 2017/746.

²¹⁹⁶ Beträffande egentillverkning, specialanpassade produkter och särskilda fall av kliniska prövningar m.m., se Läkemedelsverkets föreskrifter om kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om medicintekniska produkter.

av medicintekniska produkter sker inom ramen för det övergripande kvalitetsarbetets åtgärder, samt andra lämpliga kvalitetsledningssystem.²¹⁹⁷ Vårdgivarens kvalitetsarbete avseende patientsäkerhet är centralt när utrustningen används i klinisk miljö. Det gäller när utrustningen används inom ramen för kliniska prövningar eller tas i bruk för användning i vårdåtgärder eller i vårdmiljöer. Annat kvalitetsarbete rör utförandet av interventionsstudier och arbete som rör forskningsetiska frågor.²¹⁹⁸ Inom ramen för ansvaret har vårdgivaren även en informationsplikt gentemot myndigheter och andra utsedda organ avseende den tillverkning och användning som sker.

När vårdgivaren genomför s.k. egentillverkning består kvalitetsarbetet i huvudsak i att säkerställa allmänna krav på säkerhet och prestanda.²¹⁹⁹ Nationella föreskrifter uppställer krav på att personalen lämnar information och rapporterar tillverkningsprocesser till Läkemedelsverket.²²⁰⁰ Både när det gäller egentillverkning och annan tillverkning av medicintekniska produkter finns krav på att vårdgivaren beslutar om en arbetsordning för kvalitetshantering. I tillämpliga standarder för kvalitetsledningsarbete framgår krav på planeringsarbete där man resursbesätter verksamheten utifrån organisationens förutsättningar och vad som ska utvecklas och tillverkas.²²⁰¹ Som nämnts i tidigare avsnitt innebär bestämmelserna krav på att vårdgivaren ikläder sig ansvar för utvecklings- och framtagningsarbetet.²²⁰² Vårdgivaren behöver utveckla handlingssystem för riskhantering, god klinisk praxis alt. god studiepraxis, säkerhet för elektronisk utrustning, data- och cybersäkerhet m.m.²²⁰³ Det gör att vårdgivaren i större omfattning behöver förhålla sig till roller och verksamhetsspecifika kompetensnormer avseende legal tillverkare, sponsor, huvudutredare, personuppgiftsansvarig m.fl. Vårdgivaren behöver även säkerställa förekomsten av handlingssystem och normer för förebyggande av vårdskador i enlighet med patientsäkerhetslagstiftning.²²⁰⁴ Det ska även finnas handlingssystem för en säker vårdmiljö och arbetsmiljö.²²⁰⁵

2197 Artikel 5.5b) i (EU) 2017/745 respektive (EU) 2017/746.

2198 Beträffande forskningsarbete, se lagen om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning och lagen om etikprövning av forskning som avser människor.

2199 Artikel 5.5 1 st. (EU) 2017/745 respektive (EU) 2017/746. Jämför med det legala tillverkansansvaret som medför ytterligare krav på bl.a. produktutveckling och marknadsövervakning, vilket bl.a. innefattar klinisk utvärdering, prövning och uppföljning, ökade dokumentationskrav m.m.

2200 Läkemedelsverkets föreskrifter om kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om medicintekniska produkter. Vårdgivaren och personalen kan även behöva hantera relationer till anmälda organ om de avser att sätta medicinteknisk utrustning i bruk utanför sin egen organisation.

2201 SS-EN ISO 13485:2016 Medicintekniska produkter – Ledningssystem för kvalitet – Krav för regulatoriska ändamål.

2202 För vårdgivaren innebär det att man måste utveckla en organisatorisk förmåga och säkerställa personalens kompetens. Vårdgivaren behöver handlingssystem för bl.a. 1) verifiering och validering, 2) användande av externa resurser i utvecklingsarbetet, 3) produktion av konceptet, samt 4) korrigerande och förbättrande åtgärder avseende utrustningens säkerhet och prestanda vid användande.

2203 Se standarder inom respektive område. Det finns en mängd standarder för både in vivo- och in vitro-diagnostik. För en sammanställning avseende aktuella harmoniserade standarder inom vardera område se EU-kommissionens webbsida, Harmonised Standards.

2204 3 kap. patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

2205 Kraven följer av arbetsmiljölagen, arbetsmiljöförordningen och standard SS-EN ISO 45001:2023 Ledningssystem för arbetsmiljö – Krav och vägledning (ISO 45001:2018, IDT).

20.5.4 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvaliteten vid förskrivning och användning av medicintekniska produkter

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid förskrivning och användning av medicintekniska produkter?

En annan ordning som behöver utvecklas är den avseende förskrivning av medicinteknisk utrustning som hjälpmedel för patienter.²²⁰⁶ För vårdgivaren är det avgörande att utveckla kvalitetsbaserade förskrivningsprocesser avseende medicintekniska hjälpmedel. En viktig mekanism rör vårdgivarens kompetens att utse vilken hälso- och sjukvårdspersonalen som har kompetens att förskriva och lämna ut medicintekniska produkter. Inom ramen för ordningen finns även krav på handlingssystem som rör patienters rätt att vara delaktiga i beslutsfattandet av förskrivning av medicintekniska hjälpmedel.²²⁰⁷ Vi menar att också i dessa processer ska de olika kvalitetsnormerna tillämpas så långt möjligt för att möjliggöra kvalitetsstyrning inom ramen för utförande och utvecklande av vårdgivarens vårdåtgärder.

Kvalitetsarbetet avser även handlingssystem för att kvalitetssäkra utrustning innan användning. Det kan i praktiken handla om att utföra nödvändiga ombyggnationer. I ett sådant sammanhang kan det krävas en ordning för att utvärdera riskhanteringskrav avseende användning av el, gas, strålning, mekanik, IT m.m. som en del av utrustningen.²²⁰⁸ Leverans och driftsättning innebär att säkerställa korrekt in- och uppkoppling av utrustningen med kontrollbesiktning och garantibevakning. Även ordningar för tillgång till service och underhåll måste säkerställas.²²⁰⁹

Ett annat handlingssystem för kvalitetssäkring avser personalens kliniska hantering av utrustningen i vårdåtgärder. Här handlar det om att vårdgivaren säkerställer ett patientsäkert utförande vid vårdåtgärder.²²¹⁰ Här innefattar att hälso- och sjukvårdspersonalen är utbildad och har den kunskap som krävs för att hantera utrustningen, kan bedöma risker vid användning och hur vårdskador kan begränsas m.m.²²¹¹ Inom ramen för ordningen har personalen ett kontrollansvar

²²⁰⁶ Se vidare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Föreskrifterna uppställer ramar för den handlingsordning som vårdgivaren behöver etablera och förvalta.

²²⁰⁷ Med grund i avsnitt 5.2 SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minikrav för personcentrerad vård kan man argumentera för en normbaserad ordning som inbegriper patientdelaktighet i beslutsfattandet.

²²⁰⁸ Detta är krav som följer av lagstiftning, se bl.a. bilaga 1 (EU) 2017/745 för medicintekniska produkter.

²²⁰⁹ Det är hälso- och sjukvårdspersonalen, som utefter vårdgivarens rutiner och bestämmelser, ska säkerställa att utrustningen bidrar till en kvalitativ, patientsäker vård och personcentrerad vård. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen även måste hantera negativa händelser eller tillbud enligt lagstiftning. Personalen behöver även säkerställa att vårdgivaren hanterar miljörelaterade krav avseende förbrukningsmaterial och bortforslande av uttjänt utrustning. Se vidare bl.a. Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

²²¹⁰ 3 kap. patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

²²¹¹ 3 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

avseende säkerhet innan utrustningen används på patienter.²²¹² Säkerhetsarbetet avser även vårdmiljö och arbetsmiljöfrågor.²²¹³ Lagkraven medför att vårdgivaren behöver arbeta med ordningar för att kontinuerligt säkerställa produkternas säkerhet och prestanda inom ramen för deras avsedda användning i vårdåtgärderna. Det finns även anvisningar i standarden om patientdelaktighet om vårdgivarens ansvar att utforma normer för att patienter kontinuerligt ska kunna medverka i beslut avseende deras vårdprocess.²²¹⁴

20.5.5 Vårdgivarens ordning för att kvalitetsutveckling avseende användning m.m. av medicintekniska produkter inkluderas i kunskapsstyrning

Hur säkerställer vårdgivaren att kvalitetsutveckling avseende medicintekniska produkter inkluderas i kunskapsstyrningen?

När det gäller kvalitets- och förbättringsarbete avseende medicintekniska produkter kan det också ske en utveckling av etablerade arbetssätt, dvs. normbildning. Vårdgivaren kan inom ramen för sina normbaserade ordningar utveckla nya kvalitetssäkrande arbetssätt avseende inköp, installering, m.m. avseende den medicintekniska utrustningen. Precis som i fallet med läkemedelshantering kan implementeringen av medicinska normer exempelvis medföra nya mer effektiva behandlingsmetoder med patientsäker utrustning och utrustning som möjliggör högre grad av integritet och delaktighet. Nya metoder avseende inköp kan införas i vårdgivarens administrativa riktlinjer för inköp där det framgår hur vårdgivaren ska prioritera sina inköp, samt kostnadsberäkna dess effektivitet i verksamheten. Riktlinjen utgör en tydlig del av vårdgivarens ledningsarbete för klinisk kvalitet.

I Västra Götalandsregionen har man beslutat om riktlinjer för inköp och hantering av medicintekniska produkter. Riktlinjerna sätter upp ramarna för hur vårdgivaren och personalen kan genomdriva inköps- och implementeringsprocesser som möter kvalitetsarbetet avseende vårdverksamheten och vårdåtgärder. Riktlinjerna skapar också tydlighet kring verksamhetens roller och ansvar avseende verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal samt apparatansvariga.²²¹⁵ Det är verksamhetschefen som är behörig att fatta beslut. Beslutande chef ansvarar också för att kunskapen om inköpsrutinen sprids i linjeorganisationen.²²¹⁶

²²¹² 3 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

²²¹³ Här tillämpas arbetsmiljölagen, arbetsmiljöförordningen och standard SS-EN ISO 45001:2023 Ledningssystem för arbetsmiljö – Krav och vägledning (ISO 45001:2018, IDT).

²²¹⁴ Utifrån SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård kan man argumentera för en normbaserad ordning som inbegriper patientdelaktighet i beslutsfattandet.

²²¹⁵ Roller har egna ansvar inom ramen för ordningens genomförande. Verksamhetschefen äger frågor om utrustningens säkerhet och personalens utbildningsbehov. Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar omfattar den operativa hanteringen av maskinen samt kontrollen av densamma. Apparatansvariga hanterar sådana frågor som kräver fördjupad kunskap om utrustningen. De äger även frågor som rör kunskapsstyrning genom att utarbeta rutiner för den medicintekniska utrustningens funktion, kontroll, uppföljning m.m.

²²¹⁶ Se vidare Hantering av styrande dokument – Förvaltning, framtagande och återsökning av styrande dokument på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU9771-677637494-250).

När det gäller egentillverkning av medicintekniska produkter har vårdgivaren att tillämpa en mängd lagstiftning, standarder och andra vägledande dokument. Det är inom ramen för dessa mer eller mindre bindande källor som vårdgivaren i sitt kvalitetsarbete kan utveckla nya rutiner och processer för tillverkningsprocessen. Detta hänger så klart ihop med det utvecklingsbehov som vårdgivaren identifierat i sin kliniska verksamhet. När det gäller egentillverkningsprocessen kan vårdgivaren utveckla nya kvalitetssäkra metoder för att utvärdera säkerhet och prestanda enligt bilaga I MDR.²²¹⁷ I denna del är medicinska kvalitetsnormer centrala avseende medicinsk verkan och patientsäkerhet. Metoderna kan manifesteras genom lokala rutiner för utvärdering av krav avseende säkerhet och prestanda och blir därmed bindande för vårdgivarens verksamhet.²²¹⁸

20.6 Utvärdering, förvärv och användning av digitala resurser

Hur utvecklar vårdgivaren hälso- och sjukvården genom hantering av digitala resurser som inte är medicintekniska produkter?

En ytterligare ordning för utveckling av hälso- och sjukvård utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv är den för förvärv och användning av digitala resurser. Här handlar det om vårdgivarens handlingssystem för att förvärva en resursbas som primärt består av information i olika former, dvs. det är en resursbas som kan ligga till grund för att skapa materiella eller digitala hjälpmedel av olika slag. Resursbasen har ofta utvecklats hos en extern aktör som därmed haft ansvar att säkra kvalitetsarbetet i framtagningsarbetet. Inköpsprocesserna såväl som användningen inbegrips i vårdgivarens kvalitetsledning.

20.6.1 Kvalitetsledning avseende digitala resurser

Hur utvecklar vårdgivaren ett kvalitetsledningssystem för digitala resurser?

Inom ramen för ledningssystem avseende klinisk kvalitet är just säkerställande av ändamålsenlig resursbas ett av kraven som ställs på vårdgivarens tjänsteutförande.²²¹⁹ Inom ramen för kvalitetsarbetet har vårdgivaren till uppgift att utvärdera befintliga resurser och vilka eventuella digitala resurser som behöver förvärfas från externa leverantörer för användning i verksamhetens kliniska processer. Det handlar i stor utsträckning om digitala resurser som behövs för att tillhandahålla nödvändig IT-infrastruktur och processmiljöer för den kliniska verksamheten. Det är digitala resurser som exempelvis inkorporeras genom datorbaserad utrustning och databehandlingsprogram.²²²⁰

²²¹⁷ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG, förordning (EG) nr 178/2002 och förordning (EG) nr 1223/2009 och om upphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG.

²²¹⁸ Se vidare Hantering av styrande dokument – Förvaltning, framtagande och återsökning av styrande dokument på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU9771-677637494-250).

²²¹⁹ Se vidare avsnitt 7 SS-EN 15224:2017 Ledningssystem för kvalitet – EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården.

²²²⁰ Se avsnitt 7.1.3 och 7.1.4 samt 8.1 och 8.4 SS-EN 15224:2017.

Vårdgivaren behöver enligt vår analys ett kvalitetsledningssystem som övervakar:

- a. att digitala resurser förvärvas i enlighet med kvalitetskrav,
- b. att digitala resurser används och utvärderas i enlighet med kvalitetskrav, samt
- c. att kvalitetsutveckling avseende digitala resurser resulterar i normbildning inom ramen för kunskapsstyrningen.

Dessa processer ska följaktligen planeras, utföras, utvärderas och förbättras inom ramen för ett kvalitetsledningssystem. Vårdgivaren behöver ha en rättslig ordning och handlingssystem för varje del.

20.6.2 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid förvärv av digitala resurser

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid förvärv av digitala resurser?

Vårdgivaren behöver utveckla en ordning för inköp av digitala resurser. Det kan röra sig om förvärv av information, kataloger av information, sammanställningar av forskningsresultat, datorprogram och annan IT-teknik. Handlingssystemen för hur upphandling m.m. ska ske är organisationsbaserade, medan själva förvärvsrelationen är avtalsbaserad.²²²¹ Viktigt att beakta i sammanhanget är integritetsskyddet.²²²² Det är vidare viktigt att redan i förvärvsstadiet hantera krav avseende cybersäkerhet, risker med AI etc.²²²³ Även här kan de olika kvalitetsnormerna tillämpas så långt möjligt för att möjliggöra kvalitetsstyrning inom ramen för utförande och utvecklande av vårdgivarens vårdåtgärder.²²²⁴

²²²¹ Precis som tidigare nämnts inom ramen för upphandlingsrättsliga bestämmelser kan vårdgivaren använda funktions- och prestandakrav för att lägga en grund vad som kan förväntas. I sammanhanget ska nämnas att det inte alltid handlar om färdiga produkter och därför behöver sådan ordning endast användas när det är ändamålsenligt. Det finns även krav på att förvärvskraven ska delges till den som överläter resurserna, se 8.4.3 SS-EN 15224:2017.

²²²² Se vidare Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.

²²²³ Se vidare Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG. Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2022/2555 av den 14 december 2022 om åtgärder för en hög gemensam cybersäkerhetsnivå i hela unionen, om ändring av förordning (EU) nr 910/2014 och direktiv (EU) 2018/1972 och om upphävande av direktiv (EU) 2016/1148 (NIS 2-direktivet). I tillägg finns standarder i ISO 27000-serien om säkerhetstekniker för informationssäkerhet och ISO 27001 om säkerhetstekniker för hantering av personuppgifter. Se Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2024/1689 av den 13 juni 2024 om harmoniserade regler för artificiell intelligens och om ändring av förordningarna (EG) nr 300/2008, (EU) nr 167/2013, (EU) nr 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 och (EU) 2019/2144 samt direktiven 2014/90/EU, (EU) 2016/797 och (EU) 2020/1828 (förordning om artificiell intelligens).

²²²⁴ Avsnitt 8.2.2 SS-EN 15224:2017 avseende vad som också utgör kvalitetsaspekter enligt standarden.

20.6.3 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid användning och uppföljning av digitala resurser

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid användning och uppföljning av digitala resurser?

Inom ramen för vårdgivarens ordning att säkerställa kvalitet vid användning och uppföljning av digitala resurser finns behov av ett antal handlingssystem. Ett sådant handlingssystem avser styrning av hälso- och sjukvårdsverksamheten, vilket inbegriper kontroller av huruvida externa resurser uppfyller vårdgivarens kvalitetskrav vid användning.²²²⁵ Översiktligt handlar det om att vårdgivaren inkorporerar de externa resurserna inom ramen för den egna hälso- och sjukvårdstjänsten och kvalitetsarbetet avseende användning och uppföljning.

Inom ramen för kvalitetsledningsarbetet behöver vårdgivaren hantera ett antal ytterligare handlingssystem. Digitala resurser som innefattar person- eller patientrelaterad information behöver hanteras enligt kvalitetskrav som följer av dataskyddslagstiftning. Vårdgivaren behöver tydliggöra och tillämpa verksamhets-specifika kompetensnormer i egenskap av personuppgiftsansvarig. Detta lägger grunden för vårdgivarens ansvar avseende behandling av personuppgifter.²²²⁶ Vårdgivaren ska säkerställa att behandlingen som utförs är lagenlig och säker enligt dataskyddslagstiftning.²²²⁷

Andra handlingssystem avser hantering av krav enligt cybersäkerhetslagstiftning när man hanterar digitala resurser i uppkopplade IT-miljöer. Här handlar det om för vårdgivaren att kunna hantera verksamhetsspecifika kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för ändamålsenlig motståndskraft avseende cybersäkerhetshot.²²²⁸ Här behöver vårdgivaren skapa organisatoriska ordningar för cybersäkerhetsarbete som i sin tur kopplar an till det övergripande kvalitetsarbetet för hälso- och sjukvårdstjänster. Ytterligare handlingssystem avser digitala resurser som innefattar AI-system, vilka ska hanteras enligt kvalitetskraven i AI-lagstiftning.²²²⁹ Här behöver vårdgivaren tillämpa och utveckla normer för att utvärdera i vilken omfattning AI-systemet i den digitala resursen utgör en risk

²²²⁵ Avsnitt 8.1 SS-EN 15224:2017.

²²²⁶ Se exempelvis principer för behandling av personuppgifter såsom laglighet, korrekthet och öppenhet, ändamålsbegränsning, uppgiftsminimering, korrekthet, lagringsminimering, integritet och konfidentialitet, se personuppgiftsansvariges ansvarsskyldighet i artikel 5 Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.

²²²⁷ Se även 2 kap. patientdatalagen.

²²²⁸ Se Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2022/2555 av den 14 december 2022 om åtgärder för en hög gemensam cybersäkerhetsnivå i hela unionen, om ändring av förordning (EU) nr 910/2014 och direktiv (EU) 2018/1972 och om upphävande av direktiv (EU) 2016/1148 (NIS 2-direktivet). I tillägg finns standarder i ISO 27000-serien om säkerhetstekniker för informations-säkerhet och ISO 27001 om säkerhetstekniker för hantering av personuppgifter.

²²²⁹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2024/1689 av den 13 juni 2024 om harmoniserade regler för artificiell intelligens och om ändring av förordningarna (EG) nr 300/2008, (EU) nr 167/2013, (EU) nr 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 och (EU) 2019/2144 samt direktiven 2014/90/EU, (EU) 2016/797 och (EU) 2020/1828 (förordning om artificiell intelligens).

eller är förbjuden att använda. Vid högrisksystem ställs särskilda krav på bl.a. riskhanteringssystem m.m. för att de ska kunna användas.²²³⁰ I det övergripande kvalitetsarbetet behöver vårdgivaren säkerställa att de digitala resurserna, med alla de kvalitetskrav som aktualiseras, är säkra att använda, både ur ett patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv.²²³¹

20.6.4 Vårdgivarens ordning för att kvalitetsutveckling avseende digitala resurser inkluderas i kunskapsstyrningen

Digitala lösningar som används som inslag i vårdåtgärder kommer i stor utsträckning att behöva hanteras som medicintekniska produkter. Detta betyder att kvalitetsutvecklingen avseende denna ska hanteras inom ramen för den medicintekniska kunskapsstyrningen. Här ska man, enligt vår mening, tillämpa medicinska normer, personcentreringsnormer och sjukvårdspolitiska normer. Samtidigt sker en kvalitetsutveckling avseende det digitala i sig. Exempelvis kan vårdgivaren genom sitt kvalitetsarbete utveckla nya metoder för att avvärja cybersäkerhetshot avseende digital patientinformation. Genom den normbildning som sker inom ramen för kvalitetsarbetet avseende cybersäkerhet skapar vårdgivaren underlag för nya rutiner. På samma sätt kan normbildning för att utvärdera krav avseende prestanda och säkerhet ligga till grund för verksamhetsrutiner och vårdgivarens kvalitetsarbete. Ätminstone i viss uträkning kommer det att vara relevant att tillämpa kvalitetsnormerna även i dessa sammanhang.

20.7 Utvärdering, inköp och implementering av tjänster

Hur utvecklar vårdgivaren hälso- och sjukvården genom inköpta tjänster?

Ytterligare en ordning för hur hälso- och sjukvården utvecklas utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv avser utvärdering, inköp och implementering av tjänster. Här handlar det om vårdgivarens förmåga att hantera externa relationer och det faktum att tjänsten utvecklats hos en extern part. Således handlar det för vårdgivaren om att förhålla sig till annans kvalitetsarbete avseende vad som utvecklats. För vårdgivaren är en viktig fråga hur det externt utvecklade ska vara en del den egna verksamheten och dess kvalitetsarbetet. Detta är särskilt viktigt eftersom det kanske inte är tydligt för patienter att det rör sig om en extern tjänst som vårdgivaren tillhandahåller.

²²³⁰ Inom ramen för dataskydd, cybersäkerhet och AI publicerar myndigheter s.k. vägledningsdokument som i sammanhanget utgör en form av kunskapsstyrning inom området. Till skillnad mot nationella föreskrifter så är inte nämnda vägledningsdokument bindande, men de har en viss normerande verkan eftersom de just är beslutade vägledningsdokument från ansvariga myndigheter.
²²³¹ 3 kap. patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Se även arbetsmiljölagen, arbetsmiljöförordningen och standard SS-EN ISO 45001:2023 Ledningssystem för arbetsmiljö – Krav och vägledning (ISO 45001:2018, IDT).

20.7.1 Kvalitetsledning avseende tjänster

Hur utvecklar vårdgivaren ett kvalitetsledningssystem för kliniska tjänster?

Som nämnts ovan behöver den externa hälso- och sjukvårdstjänsten utvärderas utifrån huruvida den är ändamålsenlig, samt uppfyller de kvalitetskrav som vårdgivaren uppställer inom ramen för sitt kvalitetsarbete. Viktiga frågor är därmed hur tjänsterelationen behöver implementeras som en del av vårdgivar-ens ledningssystem. Det handlar om en mängd aspekter, med alltifrån externa gränssnitt i avtalsrelationen, till hur man internt ser till att tjänsten tillhandahålls och fungerar tillfredsställande inom ramen för vårdåtgärder.

Tjänsten kommer kontinuerligt att utvärderas inom ramen för samtliga åtgärder i det övergripande kvalitetsarbetet avseende klinisk kvalitet.²²³² En integrerad del av kvalitetsarbetet avser patientsäkerhet och arbetet med att i avtalsförhållandet tillgängliggöra patientdata och patientjournaler. När leverantören tillhandahåller tjänsten till vårdgivaren sker informationsdelning och informationsöverföring avseende patienter och annan personrelaterad vårdinformation. Det ställer krav på kvalitetsarbete och normutveckling avseende datasäkerhet och cybersäkerhet beroende på hur tjänsten är uppkopplad mot IT-infrastruktur. Sistnämnda kvalitetsarbete görs både av vårdgivaren och leverantören, vilket innebär att en viss samverkan och samsyn är nödvändig i kvalitetsarbetet. Vårdgivaren behöver enligt vår analys ett kvalitetsledningssystem som övervakar:

- a. att tjänster förvärvas i enlighet med kvalitetskrav,
- b. att tjänster implementeras och tillgängliggörs i enlighet med kvalitetskrav, samt
- c. att kvalitetsutveckling avseende digitala resurser resulterar i normbildning inom ramen för kunskapsstyrningen.

Dessa processer ska följaktligen planeras, utföras, utvärderas och förbättras inom ramen för ett kvalitetsledningssystem. Vårdgivaren behöver ha en rättslig ordning och handlingssystem för varje del.

20.7.2 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid inköp av tjänster

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid inköp av externa tjänster?

Precis som i tidigare inköps- och förvärvsprocesser återfinns krav i vårdgivarens kvalitetsledningssystem. Vårdgivaren följer därmed sitt kvalitetsdelningsarbete när man utvärderar i vilken omfattning som den aktuella tjänsten är nödvändig och ändamålsenlig för att kunna tillhandahålla infrastruktur och processmiljöer för sin hälso- och sjukvårdstjänst.²²³³ De kvalitativa egenskaper som identifieras behöver sedan omsättas i handlingssystem för inköp av tjänst. Handlingssystem för kvalitetsarbete avseende inköp och användning av tjänster ska utvecklas i

²²³² Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

²²³³ Avsnitt 7.1.3 och 7.1.4 samt 8.1 och 8.4 SS-EN 15224:2017.

enlighet med de krav som följer av upphandlingslagstiftning.²²³⁴ Detta innefattar särskilda inköpsordningar hos vårdgivaren som redovisats ovan.

Det är inte ovanligt att en vårdgivare kontrakterar en underleverantör för specifika hälso- och sjukvårdstjänster inom ramen för sitt vårduppdrag. Det kan handla om både fysiska och digitala tjänster. Handlingssystemet mellan parterna är avtalsbaserat. Tjänster kan utgöra alltifrån vårdutförartjänst för en specifik vårdåtgärd (exempelvis extern diagnostisering genom röntgen) till datalagrings- eller datadelningstjänst (exempelvis webbaserade applikationer). En gemensam nämnare är att vårdgivaren i kvalitetsarbetet kan utforma och framställa funktions- och prestandakrav till den externa leverantören.²²³⁵ Nämda krav kan med fördel ligga i linje med de krav som vårdgivaren ska kommunicera i enlighet med sitt kvalitetsledningsarbete.²²³⁶

20.7.3 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid implementering och tillgängliggörande av tjänster

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid implementering av externa tjänster?

Vårdgivaren behöver utveckla handlingssystem för att hantera det ansvar som föreligger när tjänsten frisläpps som en del av de egna vårdåtgärderna.²²³⁷ Inom ramen för kvalitetsledningsarbetet behöver vårdgivaren tillämpa och utveckla handlingsdirigerande normer avseende övervakning genom att säkerställa att patienters och närståendes behov uppfylls. Vårdgivaren behöver också i övrigt säkerställa överensstämmelse med krav när tjänster erbjuds som en del av vårdgivarens våldsåtgärder.²²³⁸ En viktig del av arbetet rör vårdgivarens handlingsdirigerande normer avseende förbättringar när det gäller bl.a. avvikelser och korrigeringar åtgärder.²²³⁹ I detta sammanhang ska vårdgivaren, enligt vår mening, säkerställa att de olika kvalitetsnormerna tillämpas.

Andra frågor som vårdgivaren behöver hantera vid implementering och tillgängliggörande av externa tjänster rör informationsdelning, framför allt i relationen mellan personal och patienter i vårdutförandet. Detta ställer krav på vårdgivarens handlingssystem för integritetsskydds- och patientdatafrågor i uppdragsförhållanden.²²⁴⁰ Vårdgivaren behöver utveckla normbaserad infrastruktur där man

2234 Vi tar avstamp i lagen om offentlig upphandling.

2235 Se närmare 9 kap. lagen om offentlig upphandling.

2236 Avsnitt 8.4.3 SS-EN 15224:2017 där det framgår en mängd krav som vårdgivaren ska kommunicera till externa leverantörer såsom bl.a. krav på riskhantering och interoperabilitet med befintliga rutiner, utrustning, infrastruktur m.m.

2237 Se vidare avsnitt 8.7 och 8.8 kring bevis på överensstämmelse med kvalitetskrav för frisläpande av tjänst samt ordningar för styrning och kontroll av avvikande processresultat.

2238 Se vidare avsnitt 9 SS-EN 15224:2017. Se exempelvis avsnitt 9.1.2 mätning av kundtillfredsställelse genom enkäter, återkoppling från patient m.m.

2239 Se vidare avsnitt 10 SS-EN 15224:2017. Se exempelvis avsnitt 10.2.1 om avvikelse och korrigering åtgärder.

2240 Här tillämpas bl.a. Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, samt patientdatalagen. Se även EU kommissionens Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om ett europeiskt hälsodataområde 2022/0140 (COD) avseende frågor som rör primär och sekundär användning av hälsodata.

kan spåra vem som tagit del av journalhandlingar och för vilket syfte.²²⁴¹ Andra ordningar rör cybersäkerhet och säkerställande av att informationsdelningen i avtalsförhållandet inte bidrar till ökad risk för cybersäkerhetsangrepp.²²⁴² En inte helt obetydlig ordning i sammanhanget rör utbildning och kompetensutveckling av både vårdgivare och leverantörens personal. En viktig ordning rör hur vårdgivaren tillgängliggör tjänsten så att patienter och andra kan tillgodogöra sig information och funktion. Ordningen kräver bl.a. att vårdgivaren i sitt nedifrån och upp-arbete ser till att verksamheten följer av tillgänglighetskraven.²²⁴³

20.7.4 Vårdgivarens ordning för att kvalitetsutveckling av hantering av externa tjänster inkluderas i kunskapsstyrning

Hur säkerställer vårdgivaren att kvalitetsutveckling avseende externa tjänster inkluderas i kunskapsstyrningen?

När det gäller inköp av externa tjänster kan det föreligga behov att de facto utveckla metoder och arbetssätt för att kunna hantera den externa relationen. Till skillnad från flera av de redan beskrivna sätten att bedriva utveckling så finns det här större utrymme för egna lösningar. Eftersom den externa relationen i huvudsak utgör en avtalsbaserade handlingssystem är det främst avtalet som sätter ”de yttre gränserna” för normbildningen. Ett annan begränsning utgörs naturligtvis av de krav som föreligger i förhållande till vårdgivarens ledningssystem för kvalitet. En ytterligare begränsning menar vi utgör de krav som framgår av kvalitetsnormerna, vilka bör hanteras inom ramen för avtalsförhållandet. Utvecklingen av nya metoder kan manifesteras genom rutiner som beslutas av vardera verksamhetschef som ansvarar för spridning inom den egna linjeorganisationen. Det kan vara så att man även bestämmer sig för att rutinen ska vara bindande mellan parterna. Då har normbildningsprocessen inte bara resulterat i en form av kunskapsstyrning för parterna utan också ett åtagande mellan parterna i form av avtal.

²²⁴¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården uppställer krav på hur dessa handlingssystem ska utformas.

²²⁴² Se relevanta bestämmelser i Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2022/2555 av den 14 december 2022 om åtgärder för en hög gemensam cybersäkerhetsnivå i hela unionen, om ändring av förordning (EU) nr 910/2014 och direktiv (EU) 2018/1972 och om upphävande av direktiv (EU) 2016/1148 (NIS 2-direktivet). I tillägg finns standarder i ISO 27000-serien om säkerhetstekniker för informationssäkerhet och ISO 27001 om säkerhetstekniker för hantering av personuppgifter.

²²⁴³ Se bl.a. Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/2102 av den 26 oktober 2016 om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer. Direktivet är implementerat i svensk rätt genom lagen om tillgänglighet till digital offentlig service och förordning om tillgänglighet till digital offentlig service.

20.8 Rekrytering och kompetensutveckling

Hur utvecklar vårdgivaren hälso- och sjukvården genom rekrytering och kompetensutveckling?

En sista ordning relevant för hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv är den avseende hälso- och sjukvårdspersonalens kompetensutveckling. Det säger sig närmast självt att hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens är en avgörande faktor för att bedriva klinisk verksamhet med hög kvalitet. Detta gäller så klart tillämpningen av patientlagen och det personcentrerade arbetssättet. Kompetens är en viktig del i samtliga processer som beskrivits ovan för att bedriva ändamålsenligt kvalitetsarbete. Samtidigt kan ordningen för rekrytering och kompetensutveckling ses som en separat del av vårdgivarens kvalitetsarbete. Vi menar att det bör vara vårdgivarens ansvar att säkerställa att samtliga kvalitetsnormer implementeras som kompetensnormer för hälso- och sjukvårdspersonalen.

20.8.1 Kvalitetsledning av rekrytering och kompetensutveckling

Hur utvecklar vårdgivaren ett kvalitetsledningssystem för rekrytering och kompetensutveckling?

Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling som rör rekrytering och kompetensutveckling är som nämnts tidigare en del av den övergripande ordningen för klinisk kvalitet ”för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet”.²²⁴⁴ Här ska nämnas att andra yrkesgrupper än legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan omfattas. Det gäller särskilt i delar som rör personal som arbetar med vårdens IT-infrastruktur, digital och elektronisk utrustning m.m. Här ligger ett något bredare fokus på vad som kan ingå i ordning för kvalitetsledning och kvalitetshantering avseende rekrytering och kompetensutveckling. Vårdgivaren behöver enligt vår analys ett kvalitetsledningssystem som övervakar:

- a. att rekrytering och kompetensutveckling planeras och utförs i enlighet med kvalitetskrav,
- b. att kompetensutveckling genom specialisttjänstgöring planeras och utförs i enlighet med kvalitetskrav, samt
- c. att kvalitetsutveckling avseende rekrytering och kompetensutveckling resulterar i normbildning inom ramen för kunskapsstyrningen.

Dessa processer ska följaktligen planeras, utföras, utvärderas och förbättras inom ramen för ett kvalitetsledningssystem. Vårdgivaren behöver ha en rättslig ordning och handlingssystem för varje del.

²²⁴⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Se även krav på ändamålsenligt stöd i avsnitt 7 SS-EN 15224:2017, och särskilt 7.2 avseende kompetensfrågor och införskaffande av sådan till verksamheten.

20.8.2 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid rekrytering och kompetensutveckling

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid rekrytering och kompetensutveckling inom ramen för verksamheten?

Vårdgivarens handlingssystem avseende rekrytering och kompetensutveckling ska utvecklas med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter och övergripande kvalitetsarbete för klinisk kvalitet.²²⁴⁵ Ett centralt handlingssystem är det för att utvärdera behovet av rekrytering och kompetensutveckling i den egna verksamheten.²²⁴⁶ Som nämnts ovan handlar det inte bara om den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen, utan även sjukhustekniker, IT-tekniker m.fl. Detta skapar särskilda utmaningar. Det föreligger dock generella krav på att all personal ska vara utbildad avseende kliniska risker och riskhantering för patientsäkerhet. Detsamma avser krav på att personalen utför uppgifter enligt aktuell evidens och kunskapsbaserad erfarenhet.²²⁴⁷

Inom ramen för handlingssystemet insamlar vårdgivaren information om verksamheten för att därefter utvärdera vilken kompetens och förmåga som eventuellt saknas för att leverera god vård. Denna utvärdering är direkt relaterad till de vårdåtgärder och vårdförlopp som ska utföras. Därefter genomförs en utvärdering av vårdgivarens interna resurser i relation till de krav som finns i form av behov och förväntningar från patienter och deras närstående.²²⁴⁸ Om det föreligger kompetensbrister är vårdgivaren skyldig att rekrytera nödvändiga personella resurser.²²⁴⁹ Handlingssystemen för att utvärdera och säkerställa personalens kompetens är stommen i en ordning för att säkerställa hälso- och sjukvård av god kvalitet inklusive god patientsäkerhet.²²⁵⁰ Det är ur vårt perspektiv rimligt att man utvärderar i vilken utsträckning de olika kvalitetsnormerna tillämpas som kompetensnormer och vilka brister som föreligger.

En närliggande ordning som behöver utvecklas är den beträffande den befintliga personalens kompetensutveckling. Utgångspunkten är kraven på personalens förmåga att utföra arbetsuppgifter enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Vårdgivaren behöver bl.a. utveckla normbaserade handlingssystem för att säkerställa personalens förmåga att hantera klinisk riskhantering för patientsäkerhet.²²⁵¹ I den tekniska rapporten framgår hur vårdgivaren dels kan möta kraven på personalens kompetens i relation till vårdgivarens kliniska processer och kvalitetsaspekter, dels

2245 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Detsamma framgår i standarden SS-EN 15224:2017 att personella resurser och kompetenser är grundläggande faktorer i vårdutförandet.

2246 Utgångspunkt för utvärderingen görs i de kliniska processer som avses, se 4.1 SS-EN 15224:2017.

2247 Avsnitt 7.2 e) och f) SS-EN 15224:2017.

2248 Avsnitt 7.1.1. SS-EN 15224:2017.

2249 Avsnitt 7.1.2. SS-EN 15224:2017.

2250 Teknisk rapport SIS-TR 49:2017 Handledning för att utveckla och tillämpa ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvård med stöd av standarden SS-EN 15224:2017 samt SOSFS 2011:9 – med fokus på det kliniska perspektivet, avsnitt 7.1.2.

2251 Avsnitt 7.2. SS-EN 15224:2017.

arbetssätt för att säkerställa personalens kompetenskrav. Vid kompetensbrist ska vårdgivaren genomföra kompetensutvecklingsaktiviteter för att personalen ska uppfylla kompetenskraven. Vidare har vårdgivaren processer för att säkerställa personalens kompetens avseende dels det konkreta vårdutförandet i sig, dels bredare kompetenskrav som rör områden som klinisk riskhantering, patientsäkerhet m.m. Vid utvärdering av kompetens och kompetensutveckling ska vårdgivaren dokumentera personalens kompetens.²²⁵² Ur vårt perspektiv är det rimligt att vårdgivaren utvecklar kompetensutvecklingsprogram i förhållande till samtliga kvalitetsnormer. Detta kommer, som vi ser det, stärka personalens förmåga att bedriva verksamhetsutveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv.

20.8.3 Vårdgivarens ordning för att säkerställa kvalitet vid utbildning för specialisttjänstgöring

Hur säkerställer vårdgivaren kvalitet vid utbildning för specialisttjänstgöring?

En ytterligare ordning som behöver utvecklas är den avseende utbildning för specialisttjänstgöring. Det finns föreskrifter ur vilka vi kan utläsa krav som behöver hanteras inom ramen för vårdgivarens organisationsbaserade handlingssystem.²²⁵³ Exempelvis föreligger krav på att vårdgivaren ska utvärdera i vilken utsträckning verksamheten genomför specialisttjänstgöring av hög och jämn kvalitet. Utbildningen syftar till att meritera personalen. Vårdgivaren ska utse och hantera roller som studierektor, handledare samt andra medarbetare med relevanta kompetenser. Inom ramen för kvalitetsarbetet är det verksamhetschefen som ansvarar för att nämnda krav tillgodoses samt att utbildningsverksamhetens kvalitet systematiskt och kontinuerligt granskas, dels genom det egna kvalitetsledningsarbetet och dels genom extern granskning.²²⁵⁴ Vi menar att det är rimligt att man inom ramen för denna utbildning lägger särskilt vid hur kvalitetsnormerna kan utvecklas som kompetensnormer för den specifika specialisttjänstgöringen.

20.8.4 Vårdgivarens ordning för att kvalitetsutveckling avseende personalens kompetens inkluderas i kunskapsstyrning

Hur säkerställer vårdgivaren att kvalitetsutveckling avseende professionernas kompetens inkluderas i kunskapsstyrningen?

När vårdgivaren, utifrån sitt nedifrån och upp-perspektiv, bedriver rekrytering och kompetensutveckling kräver det ett kontinuerligt kvalitets- och förbättringsarbete. Exempelvis kan det finnas behov av att skapa arbetsmetoder för hur verksamhetschefen utvärderar och säkerställer utbildningskvaliteten vid vårdenheten. Normbildningen i detta fall bygger på bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd på området. Rekryterings- och utbildningsarbetet behöver innefatta perspektiv och normer avseende god vård utifrån medicinskt

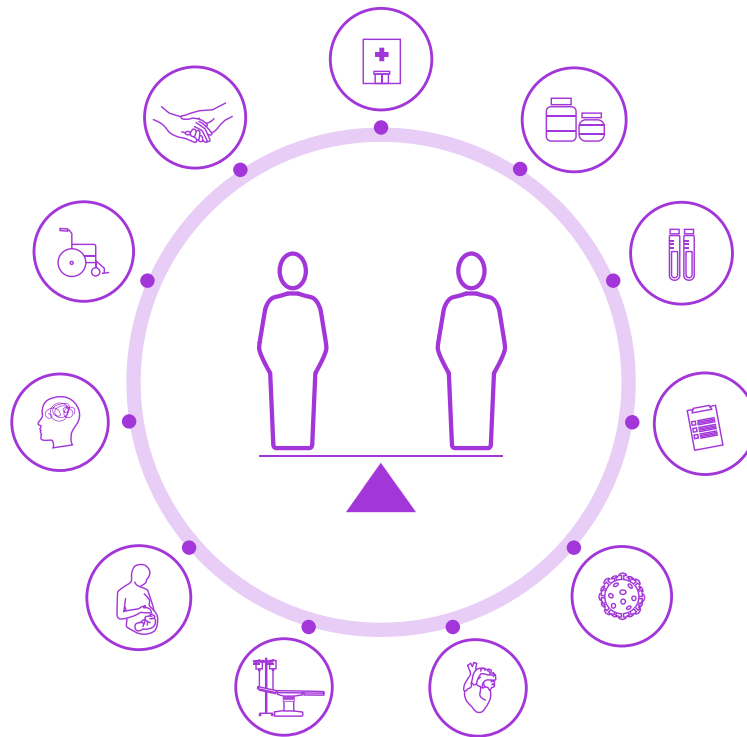
²²⁵² Avsnitt 7.2. SIS-TR 49:2017

²²⁵³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring för krav avseende läkares utbildning för specialisttjänstgöring.

²²⁵⁴ 2 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring för krav avseende läkares utbildning för specialisttjänstgöring.

perspektiv, patientperspektiv samt sjukvårdspolitiskt perspektiv. När det gäller utbildning för specialisttjänstgöring kan normbildningen manifesteras genom beslut om styrande dokument för verksamhetschefens utvärdering av utbildning för specialisttjänstgöring. Verksamhetschefen har beslutskompetens i ärendet och ansvaret för att sprida kunskapen inom linjeorganisationen. Genom att besluta om rutiner inom området blir också detta arbete en tydlig del av vårdgivarens kvalitetsarbete. Härigenom kan kvalitetsnormerna utvecklas som mer detaljerade och anpassade kompetensnormer inom ramen för kunskapsstyrningen.

DEL 5



**SLUTSATSER OCH REFLEKTION –
FÖRMÅGAN ATT HANTERA
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS
OMSTÄLLNING I EN DIGITAL ERA**

"We are, thus, confronted with two different conceptions of the law: one reflecting lawyers' understanding, which regards the law as a tool with which to do things, while the other is the sociologist's conceptualization of the law as an integral part of the larger societal processes. There is, however, a third way of looking at the role of the law, one which recognizes that these two understandings, different as they are, provide valid descriptions of the way law manifests itself at different levels of social reality and, thus, do not necessarily exclude each other. This third way acknowledges that there are issues, such as social order and compliance, which are central concerns of both law and sociology, although these common concerns are often expressed in different terminologies."

Banakar, On Socio-Legal Design s. 3.

KAPITEL 21

GAPET MELLAN PATIENTLAGEN OCH TILLÄMPNINGEN AV "PATIENTENS RÄTT" SOM NORMER I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

21.1 Samspelet mellan personcentrering och patientens rätt utifrån ett normperspektiv

I denna femte del kommer vi att sammanfatta och reflektera över vad som presenterats i arbetets fyra huvuddelar. Detta gör vi genom att lyfta fram och diskutera ett antal socio- och medikolegala slutsatser vad gäller att implementera patientlagen och att bedriva hälso- och sjukvårdsreform. Ambitionen är att bidra till hur man i praktiken implementerar patientlagen samtidigt, som man hanterar det omfattande systemskifte som digitaliseringen av hälso- och sjukvården innebär. Utifrån denna ambition kommer vi att reflektera över hur socio- och medikolegal teori och metod kan användas, inte bara i forskning, utan även i den praktiska utvecklingen av hälso- och sjukvården.

En fundamental teoretisk, såväl som praktisk insikt, på vilket arbetet vilar är att hälso- och sjukvårdssystemet måste förstås som en rättslig ordning. Den ordning kan delas in i mer avgränsade handlingssystem, vilka i sin tur innefattar rättsliga normer. Det är först när patientlagens rättsregler översätts till rättsliga handlingssystem och rättsliga normer som de implementeras. Inom ramen för hälso- och sjukvården som organiserad verksamhet måste exempelvis reglerna om delaktighet översättas i handlingssystem där patienter genom kompetensnormer ges praktisk möjlighet att vara delaktiga. Detta förutsätter förekomsten av handlingssystem, där hälso- och sjukvårdspersonalen tillämpar kompensnormer i förhållande till vad som förväntas av deras förmåga till delaktighet och handlingsdirigerande normer för hur själva delaktigheten ska förverkligas.

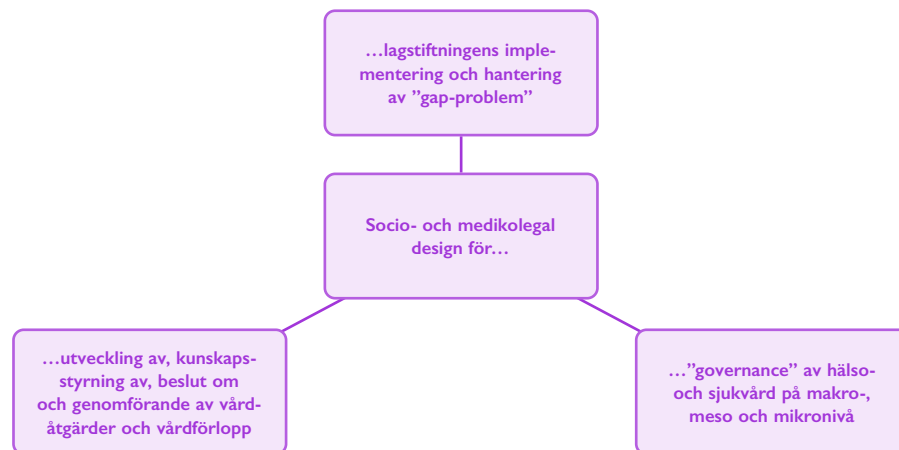
En övergripande slutsats för arbetet i sin helhet är att det krävs en mer proaktiv förmåga hos dem som bedriver reform och utveckling att behärska dessa normskapande processer.²⁰⁵⁵ Detta kan också uttryckas med att det finns behov av socio- och medikolegal design i samband med lagstiftning och annat utvecklingsarbete avseende hälso- och sjukvård.²⁰⁵⁶ Ur vårt perspektiv är detta särskilt påkallat i

2055 I detta sammanhang blir betydelsen av Hydéns utvecklade normvetenskap tydlig. "In legal science, the norm scientific analysis helps, among other things, to shift focus from the lawyer's quest to find and interpret the normative legal system's solution to both private and societal issues to instead adopting a functional approach to legal regulation." Hydén, *Sociology of law as the science of norms* s. 238.

2056 Vi menar att denna utveckling i den fas vi är idag förutsätter mer socio- och medikolegal forskning. Utmärkande för denna forskning är att den tar vara på forskning som bedrivs inom flera områden. Banakar konstaterar följande: "One way to ensure the socio-legal disposition of our research is to review existing socio-legal research of significance to our topic of inquiry. However, good research does not limit itself to any particular discipline and instead collects the best relevant studies irrespectively of their disciplinary origins. The strength of socio-legal design lies in its ability to appreciate and incorporate the insights gained by other disciplines into its own repertoire of knowledge." Banakar, *On Socio-Legal Design* s. 9–10.

den så intensiva omvandlingsfas som hälso- och sjukvårdens befinner sig. Vi har i arbetet ringat in tre fundamentala och samspelande processer i förhållande till vilka det behövs socio- och medikolegal design.

FIGUR 95.
Socio- och medikolegal
design av hälso- och sjuk-
vårdssystem.



Vår slutsats är om man ska behärska hur mer ingripande lagar som patientlagen ska implementeras krävs ett helhetsgrepp vad gäller hur hälso- och sjukvård utvecklas och bedrivs i samspelen mellan stat, regionerna, kommuner, privata vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är inom och mellan dessa rättssubjekt som handlingssystem och normer ska utvecklas. Implementering av lagstiftning är följaktligen direkt relaterad till förmågan till "governance" och samverkan inom hälso- och sjukvården som system. När man fokuserar på hur hälso- och sjukvården utvecklas blir det tydligt att detta sker både utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv och ett nedifrån och upp-perspektiv. Detta blir särskilt tydligt när det gäller utveckling och säkerställande av hälso- och sjukvårdens kvalitet.

21.2 "Gap-problem"

En fundamental slutsats för detta arbete är att det finns två olika synsätt på patientlagens bristande implementering. Det ena är att lagen inte tas på tillräckligt stort allvar av dem som verkar inom hälso- och sjukvården, framför allt beroende på att lagen inte tillskriver patienter starka rättigheter som kan utkrävas vid domstol. Ett annat synsätt är att patientlagen medvetet stiftats som ett inslag bland flera i en paradigmatisering av hälso- och sjukvården, vilken kommer att ta tid och är kopplad bl.a. till samhällets digitalisering. Detta är synsätt som inte nödvändigtvis står i konflikt med varandra, men som ställer krav på olika åtgärder för att patientlagen ska implementeras.

Inom diskursen om den sociolegala och rättssociologiska forskningen är det förekommande att beskriva bristande implementering som ett "gap problem" och de studier som utvärderar dessa problem som "gap research".

"The gap explores how two facets of the law – its *normative dimension*, which consists of the law's claims, ideals and intentions, and its *factual dimension* which consists of its actual practices and empirically observable impact on society – are produced and reproduced over time. It highlights how "law in the books", or the objectives behind a piece of legislation, diverges from "law in action", or the outcome of the legislation once it is implemented and enforced. The interest in the gap corresponds with the interest in "impact studies". One way to evaluate the impact of a particular legislation or policy on social conditions is to explore the gap between the policymakers' intentions and objectives and the outcome of the law or policy once they are implemented. Impact studies are in turn used for carrying out legal reforms, which make laws and policies more effective. Moreover, they are, as a rule, designed in a top-down fashion."²⁰⁵⁷

Det är i enlighet med detta synsätt fullt möjligt att beskriva detta arbete som "gap-forskning". Vi menar som framgått att det finns ett stort behov av en utvecklad sociolegal förståelse av hur statlig styrning av hälso- och sjukvården, bl.a. genom lagstiftning, ska implementeras i regional, kommunal och privat hälso- och sjukvården. Just den omständigheten att hälso- och sjukvård planeras, styrs och utförs inom ramen för statlig, regional, kommunal och privat verksamhet gör behovet särskilt påkallat. Det krävs, enligt vår mening, en sociolegal och även medikolegal teoribildning kring hur hälso- och sjukvård bedrivs som rättslig ordning inom dessa olika verksamheter. Detta lägger en rättslig grund för hur man med lagstiftning bedriver utveckling av hälso- och sjukvården. Utmärkande är således att vi fokuserar på hur hälso- och sjukvård utgör en rättslig ordning bestående av rättsliga handlingssystem. Dessa handlingssystem kan vara statliga, regionala, kommunala och privaträttsliga. Inom ramen för handlingssystemen fattas beslut och vidtas åtgärder, vilka samtliga baseras på rättsliga normer. Mycket av arbetet i framför allt del 3 handlade om att med utgångspunkt i en sociolegal förståelse kartlägga hälso- och sjukvårdens rättsliga ordning och handlingssystem. Vi utgick från en teoretisk förståelse av hur handlingssystem är statusbaserade, avtalsbaserade och organisatoriska/beslutsbaserade.²⁰⁵⁸

Med utgångspunkt i det arbete som presenterats i ovan fyra delar är det, enligt vår mening, möjligt att utveckla teori och metod för att utvärdera s.k. gap-problem avseende ingripande hälso- och sjukvårdslagstiftning, som exempelvis patientlagen, på ett sådant sätt att vi mer konkret kan påvisa det rättsligt möjliga när det gäller implementeringen.²⁰⁵⁹ Ambitionen är att påvisa den

²⁰⁵⁷ a.a. s. 15.

²⁰⁵⁸ För dem som ägnar sig åt "gap-research" och "impact studies" är det vedertaget att bristen på implementering av en specifik lag kan härledas till omständigheter som inte utan vidare kan förklaras i rättsliga termer. Ramverket har inte som ambition att inbegripa dessa. Samtidigt innebär en sociolegal förståelse av organisatorisk ordning och beslut respektive avtal som rättsliga handlingssystem att mycket av de processer som motverkar implementering att kunna förklaras i rättsliga termer.

²⁰⁵⁹ Vi delar Banakars slutsats att det numer krävs det att vi inom den sociolegala forskningen har förmåga att "stepping beyond the gap". "The standard explanation for the gap is that the top-down implementation of law and policy is always dependent on agencies and institutions (such as police, the court system, social welfare agencies or local authorities etc.) which interpret and enforce them. These agencies and institutions possess their own internal social and cultural norms of organization, which mould and, in some cases, reconstruct content of laws as the interpret and implement them. Although this theoretical aspect of the research is exhausted, it can still be part our socio-legal research design in so far as it can provide an empirical way of describing and explaining how law works in a changing society. If we decide to focus on the gap, we need to acknowledge that is a theoretically exhausted are and formulate our RQ in such a way as to seek to go beyond what already exists. Put differently the aim of our research ca no longer be to examine if, or even why, there is a gap." a.a. s. 16.

rättsliga ordning och handlingssystem man i implementeringsarbete har att förhålla sig till på statlig nivå, huvudmannanivå, vårdgivarnivå och professionsnivå. Vi behöver både teori och metod för att möjliggöra implementering av hälso- och sjukvårdslagstiftning genom reformarbete på makro-, meso- och mikronivå inom hälso- och sjukvården. Särskilt viktigt är att fånga samspelet mellan dessa nivåer, med beaktande av att hälso- och sjukvårdens huvudmän är 21 regioner och 290 kommuner. Genom att applicera dessa teoretiska insikter om hur samspelet ska hanteras i det praktiska handhavandet kan vi i större utsträckning ”designa” hur centrala lagar ska implementeras och hälso- och sjukvårdsreform bedrivas.

21.3 Hälso- och sjukvårdens ”governance”

En annan för arbetet fundamental slutsats är att den socio- och medikolegala analysen av hälso- och sjukvården som system på olika nivåer möjliggör ett normbaserat säkerställande av kvalitet. Den i sig omfattande utvärdering som har gjorts i ovan fyra delar banar väg för något av ett helhetsgrepp avseende hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling. Detta är enligt vår mening särskilt påkallat när det gäller hälso- och sjukvårdens kvalitativa utveckling i en digital era. Sammantaget är ambitionen i denna sista del att reflektera över ett helhetsgrepp för:

- implementering av patientlagen,
- möjliggörandet av personcentrerad vård
- hälso- och sjukvårdens kvalitet och kvalitetsutveckling, och
- hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning.

Vår slutsats är således att det krävs ett helhetsgrepp för samtliga av dessa processer. Helhetsgreppet kommer, enligt vår mening, att öka förutsättningarna för att med framgång driva respektive process.

Det sociolegala perspektivet påvisar som sagt hur rättsreglerna i patientlagen, för att implementeras, behöver översättas i handlingssystem och normer inom ramen för hälso- och sjukvården som rättslig ordning. Vi menar att det har lagts för stor vikt vid den omständigheten att patientlagen inte innehåller rättigheter som ger patienten rätt att vända sig till domstol. Redan i arbetets första del drog vi slutsatsen att det är möjligt att ge patienten en starkare ställning i enlighet med patientlagen, men att detta kräver att en mer utförlig sociolegal förståelse för hur ansvar tas, fördelas och utkrävs på hälso- och sjukvårdens olika nivåer. I denna sista del kommer vi följaktligen att särskilt reflektera över hur rättsreglerna i patientlagen kan utvecklas till normer inom ramen för hälso- och sjukvården som rättslig ordning på olika nivåer. När det gäller förståelsen av hälso- och sjukvården som rättslig ordning och handlingssystem utgår vi från analysen i del 3. Vi kommer att reflektera över hur hälso- och sjukvården utvecklas både utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv och ett nedifrån och upp-perspektiv. Vi tar avstamp i det statliga reformarbetet, men beaktar samtidigt de socio- och medikolegala insikter som utvecklats i del 4.

En ytterligare fundamental slutsats är att implementeringen av patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård är en integrerad del av det reformarbete som nu sker av hälso- och sjukvården. Många av de mer detaljerade slutsatser

vi gör i denna sista del baseras på lärdomar vi gjort när vi följt reformarbetet avseende kunskapsstyrning, kvalitetsutveckling, god och nära vård, hantering av e-hälsodata m.m. Vi menar att det numera finns en tydligare uttalad ambition att bedriva ett mer samverkansbaserat reformarbete där hälso- och sjukvårdens olika aktörer tar en mer aktiv del. Det är i detta sammanhang som vi tror att ett socio- och medikolegalt perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling har förutsättningar att bidra till något av ett helhetsgrepp.

21.4 Klinisk kvalitet

Den kanske viktigaste slutsatsen i förevarande arbete är att utvecklingen av personcentrerad vård och även implementering av patientlagen måste hanteras inom ramen för hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling. En huvudhypotes för hela arbetet har varit att implementeringen av patientlagen möjliggör personcentrerad vård. Härvidlag är vi givetvis medvetna att så kan vara fallet i större eller mindre utsträckning. Vi menar inte att implementeringen i sig med nödvändighet innebär att vården blir personcentrerad. Vår hypotes är att implementeringen är ett möjliggörande. I slutändan är det individernas förmåga och handlingsetik som kommer att avgöra om vården är personcentrerad.²⁰⁶⁰ Under arbetets fortskridande har det blivit alltmer tydligt att både implementeringen av patientlagen och möjliggörandet av personcentrerad vård i grunden handlar om kvalitetsutveckling och måste ske inom ramen för den kvalitativa utvecklingen av hälso- och sjukvården. Detta i sin tur har resulterat i slutsatsen att implementeringen av patientlagen och möjliggörandet måste hanteras inom ramen för den evidensbaserade kunskapsstyrningen. Vår slutsats är t.o.m. att implementeringen av patientlagen och det därtill sammankopplade möjliggörandet av personcentrerad vård är avgörande för att styra både kvalitetsutvecklingen och kunskapsstyrningen.

Vad som gör arbetet särskilt angeläget och även utmanande är den paradigmatiske omvandling som hälso- och sjukvården befinner sig i. Vår slutsats är som redan sagts att implementeringen av patientlagen är ett mycket centralt inslag och verktyg för att hantera denna omvandling, samtidigt som lagen är en konsekvens av omvandlingen i sig. Digitaliseringen skapar helt nya förutsättningar för patienter att följa kunskapsutvecklingen vad gäller det egna sjukdoms- eller funktionsnedsättningstillståndet. Förutsättningarna till hemsjukvård, egenvård och egen delaktighet i vården förändras i grunden. Hälso- och sjukvårdens förutsättningar till utveckling, kunskapsstyrning och utveckling av mer sammanhållna vårdförlopp befinner sig i vad som kan beskriva i en paradigmatiske omvandling. Vår slutsats är också att i det skede vi befinner oss nu är det särskilt angeläget att utveckla sociolegal och även medikolegal kunskap om hur denna omvandling kan styras och ledas i en riktning som utvecklar hälso- och sjukvården på ett hållbart sätt. Utifrån vår relativt omfattande rättsempiriska analys av hälso- och sjukvården som rättslig ordning insåg vi att kärnan i den moderna hälso- och sjukvården är hur vi med digitaliseringens hjälp säkerställer:

²⁰⁶⁰ Vi utgår i detta arbete från det handlingsetiska förhållningssätt till personcentrerad vård som utvecklats av GPCC, se ovan i avsnitt 3.3.

- vårdåtgärdernas kvalitet och personcentrering
- vårdåtgärdernas tillhandahållande som sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp

Arbetets övergripande slutsats är således att patientlagen bör implementeras som en integrerad del i utvecklandet av kvalitetssystem för hälso- och sjukvården. Utifrån analysen i del 3 menar vi att det är möjligt att tydliggöra tre för hälso- och sjukvården fundamentala kvalitetssystem. Varje vårdgivare behöver utveckla ett ledningssystem och övriga kvalitetssystemskomponenter avseende alla de vårdåtgärder som ska utföras. I del 4 utvecklade vi hur man med medikolegal normförståelse konstruerar vårdåtgärder i enlighet med vad som är god vård. Den medikolegala normförståelsen påvisade också hur utvecklingen av kvalitetssystem och kunskapsstyrning samspelar i en digital era. I denna del kommer vi att bygga vidare på dessa slutsatser.

FIGUR 96.
Hälso- och sjukvårdens
kvalitativa utveckling.



I denna sista del kommer vi att utveckla hur kvalitetssystemet avseende vårdåtgärder behöver kompletteras med kvalitetssystem för vårdförlopp. Vi fokuserar på hur vårdgivare behöver utveckla ledningssystem och annan rättslig ordning avseende kvalitetsarbete och kunskapsstyrning. Vi är också intresserade av att utveckla hur vårdens huvudmän och även staten tar aktiv del i att utveckla kvalitetssystem såväl som kunskapsstyrningssystem. Utifrån den medikolegala teorin utvecklar vi hur patientlagens regler kan implementeras som kvalifikationsnormer för vårdåtgärder såväl som för vårdförlopp. Teoretiskt såväl som praktiskt utvecklar vi hur patientlagens regler kan implementeras som kompetensnormer såväl som handlingsdirigerande normer. På denna nivå använder vi våra medikolegala slutsatser för att bidra till hur man medikolegalt ”designar” vårdåtgärder, vårdförlopp, ledningssystem m.m. Denna design kan ske inom ramen för både kunskapsstyrningen och det praktiska hanterandet av hälso- och sjukvårdens kvalitet.

21.5 Del 5 och dess innehåll

En viktig slutsats när det gäller implementeringen av patientlagen är således att vi behöver skilja mellan tillämpningen av patientlagen som normer i vårdgivarens verksamhet i förhållande till de mer omfattande beslut som behöver fattas och åtgärder som behöver vidtas för att denna tillämpning ska ske. I enlighet med denna slutsats har vi delat upp våra slutsatser och diskussioner i två kapitel. Den första delen avser hur patientlagen konkret kan implementeras inom en vårdgivares rättsliga ordning (kapitel 22). Den andra delen avser hur hälso- och sjukvårdsreform bedrivs i samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika nivåer (kapitel 23). Den sociolegala ansatsen, i enlighet med denna indelning, betyder att vi fokuserar på:

- hur patientlagens regler tillämpas som normer för personal och patienter inom ramen för vårdgivarens rättsliga ordning för kvalitet (kvalitetssystem).
- hur hälso- och sjukvårdsreform bedrivs inom ramen för den rättsliga ordningen på statlig nivå, huvudmannanivå, vårdgivarnivå och professionsnivå med ett särskilt fokus på kvalitetsledning.

21.5.1 Patientlagens tillämpning inom ramen för vårdgivarens kvalitetssystem

I kapitel 22 kommer vi att reflektera över hur patientlagen ska tillämpas och utvecklas som normer och handlingssystem i hälso- och sjukvården som rättslig ordning. En viktig sociolegal distinktion är således den mellan tillämpningen av patientlagen och det arbete som krävs för att möjliggöra och säkerställa att lagen tillämpas. Distinktionen är viktig samtidigt som den i praktiken inte alltid är lätt att upprätthålla, då tillämpningen av en lag i sig mycket väl kan ställa krav på omfattande reformarbete. Detta gäller inte minst en sådan systemomvandlande lagstiftning som patientlagen.

En utmaning avseende patientlagen är att den samtidigt riktar sig till patient-sfären och till hälso- och sjukvårdens olika företrädare. Lagens tillämpning ska stärka patientens ställning och förutsättningar, samtidigt som den ska tillämpas som skyldigheter för personal, vårdgivare och huvudmän. Patientlagens rättsregler ska för implementering översättas till kompetensnormer för patienter, närstående, läkare, sjuksköterskor, andra professionsföreträdare, vårdgivare och i viss utsträckning även huvudmän. Särskilt för hälso- och sjukvårdens olika aktörer ska rättsreglerna även översättas till handlingsdirigerande normer. I detta arbete har vi lärt oss att detta inte sker per automatik då en patientlag stiftats, utan kräver ett omfattande reformarbete på hälso- och sjukvårdens olika nivåer.

21.5.2 Hälso- och sjukvårdens utveckling som rättslig ordning och väloljat maskineri för utveckling

I arbetets sista kapitel 23 kommer vi att reflektera över vissa slutsatser kring hur hälso- och sjukvårdsreform kan bedrivas. Arbetets tredje del innehöll som sagt en relativt omfattande analys av hur reformarbete och utveckling av hälso- och sjukvård bedrivs och kan bedrivas. Med ett fokus på den rättsliga systemkomplexitet som råder inom hälso- och sjukvården formulerade vi fyra sammanlänkade forskningsfrågor:

- Hur implementeras lagar avseende hälso- och sjukvård på respektive systemnivå?
- Hur bedrivs hälso- och sjukvårdsreform och annat utvecklingsarbete på respektive systemnivå?
- I vilken utsträckning och hur planeras, styrs, utförs och utvärderas hälso- och sjukvård på respektive systemnivå?
- Hur sker samverkan inom en systemnivå och mellan olika systemnivåer?

Ett viktigt inslag i forskningen var att tydliggöra vilka delar som innefattas i respektive aktörs rättsliga ordning. Vi preciserade och utvärderade den rättsliga ordningen för implementering, reformarbete och utveckling på statlig nivå, huvudmannanivå, vårdgivarnivå och professionsnivå. I kapitel 23 kommer vi att sammanfatta och reflektera kring hur hälso- och sjukvårdsreform kan bedrivas på dessa nivåer. Som vi redan konstaterat var vi arbetets tredje del särskilt intresserade av att ringa in vad som utgör den rättsliga ordningen för hälso- och sjukvårdsreform och utveckling. Vi tog här avstamp i hur man ska förstå statlig, regional, kommunal och privat verksamhet som rättslig ordning. Denna utvärdering förutsätter i sig en omfattande analys av tillämpliga rättsregler, men också av ingångna avtal och organisatoriska beslut. Vi utgår följaktligen från de övergripande forskningsfrågor som ställdes upp i del 3:

- *Statligt styrningsansvar:* Hur styr staten hälso- och sjukvården och hur kan staten möjliggöra och säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?
- *Huvudmannans ansvar:* Hur utövar regioner och kommuner sitt huvudmannaskap och hur kan de möjliggöra och säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?
- *Vårdgivaransvar:* Hur organiserar och leder vårdgivare hälso- och sjukvårdens utförande och hur kan de möjliggöra och säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?
- *Professionsansvar:* Hur utvecklar hälso- och sjukvårdens olika professioner sitt professionella ansvar och hur kan de möjliggöra och säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?

Detta är följaktligen också de övergripande frågorna vi kommer att reflektera över. I detta sammanhang ska det samtidigt understrykas att trots de omfattande studier som genomförts inom ramen för detta arbete, är arbetet fortfarande "work in progress".

KAPITEL 22

VÅRDGIVARENS OCH PERSONALENS TILLÄMPNING AV PATIENTLAGEN

22.1 Tillämpning av patientlagen inom ramen för tre integrerade systemskiften

Vi har konstaterat att patientlagens regler syftar till att stärka patientens och dennes närståendes ställning inom hälso- och sjukvården. Även om lagen inte är en rättighetslagstiftning som ger patienten rätt att vända sig till domstol, är det ändå uppenbart att lagen har patienterna som adressat. Patienten ska ges en stark ställning inom ramen för hälso- och sjukvården som verksamhet och utifrån denna kunna ställa vissa anspråk. Vi har i del 2 dragit slutsatsen att patienten ska kunna göra anspråk på vissa "kvasirättigheter" och härigenom ges en viss kompetens och ställning i hälso- och sjukvårdssystemet. För att detta ska vara möjligt måste personalen och även vårdgivarna se det som sin uppgift att verka för att patienternas ställning stärks och att deras anspråk tillgodoses. Detta verkande och tillgodoseende måste dessutom vara proaktivt. Ett viktigt inslag i det proaktiva arbetssättet är kvalitetsledning och kunskapsstyrning. Kärnan i det arbetet är, enligt vår mening, utvecklandet av rättliga normer som tillämpas inom ramen för handlingssystem. Slutsatsen i detta arbete är att denna utveckling av normer och handlingssystem (rättslig ordning) behöver ske inom ramen för tre relativt omfattande systemskiften nära förknippade med den omvandling vi betecknar digitalisering. Detta är systemskiften som möjliggör, men inte nödvändigtvis resulterar i, en stärkt ställning för patienten. Vi kommer i detta kapitel, utifrån en ambition till socio- och medikolegal design, normativt sammanfatta och ringa in vad vi menar är centrala rättsliga normer att tillämpa för att implementera patientlagen samtidigt som man möjliggör personcentrerad vård.

22.1.1 Patientlagens implementering som normer och handlingssystem för att stärka patientens ställning

Redan inledningsvis avgränsade vi tre fokusområden där patientlagens implementering är ett led i möjliggörandet av personcentrerad vård. Utifrån vår rättsempiriska analys har vi dragit slutsatsen att det är tre fokusområden som förutsätter olika rättslig ordning för att implementeras, men att de alla rimligen ingår i den kvalitetsutveckling som behöver hanteras. Med utgångspunkt i ambitionen att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården som system och ordning bör implementeringen av patientlagen fokusera på:

- patientens *rätt till vårdåtgärder* som uppfyller kravet på god vård och övriga bestämmelser i patientlagen, m.fl. lagar,
- patientens *rätt till vårdförlopp* som uppfyller kravet på tillgänglighet, kontinuitet och övriga bestämmelser i patientlagen, m.fl. lagar, samt
- patientens *rätt till sin journal och data* enligt bestämmelserna i patientlagen, patientdatalagen, m.fl. lagar.

Tillämpningen av sociolegal och medikolegal teori påvisar att om patienten i slutändan faktiskt ska uppleva en stark ställning inom dessa områden kräver det en relativt omfattande utveckling av normer och handlingssystem. Patientlagens rättsregler måste inom ramen för hälso- och sjukvården som organisation och som avtalsöverenskommelser översättas till kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för både personal och vårdgivare. Detta ska ske inom ramen för hälso- och sjukvården som organisation och som avtalsöverenskommelser. Medikolegalt är det avgörande att kvalificeringen av vad som är vårdåtgärder, vårdförlopp och patientjournaler av god kvalitet innefattar de krav som följer av patientlagen m.fl. lagar. Patientlagens regler behöver följaktligen översättas till kvalifikationsnormer.

För oss avgörande forskningsresultat var när vi konstaterade att implementeringen av patientlagens rättsregler måste förstås utifrån hur implementeringens samspelar med olika fundamentala omvandlingsprocesser av hälso- och sjukvården. Patientens rätt till kvalitativt god vård måste förstås i ljuset av hur digitaliseringen resulterar i en fundamentalt förändrad tillgång till kunskap om sjukdomar och funktionsnedsättningar, samt den kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården som härigenom möjliggörs. Patientens rätt till vårdförlopp baserade på tillgänglighet och kontinuitet måste förstås utifrån hur digitaliseringen möjliggör sammanhållna vårdförlopp, digital vård, egenvård, hemsjukvård m.m. Patientens rätt till sin journal och data måste förstås i det sammanhang där e-hälsodata i stor utsträckning är de viktigaste tillgångarna för ny hälso- och sjukvårdsinnovation, samtidigt som data på individuell nivå möjliggör individanpassning (precision) av hälso- och sjukvården.

22.1.2 Patientlagens implementering inom ramen för hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem

Man behöver inte vara teknikdeterminist för att konstatera att dessa omvandlingsprocesser är ett oundvikligt resultat av digitaliseringen, samtidigt som det på intet sätt är givet exakt hur omvandlingen kommer att ta sig uttryck. En av de viktigaste slutsatserna i detta arbete är att patientlagens implementering tillsammans med ett personcentrerat arbetssätt är ett fundamentalt verktyg för att leda dessa omvandlingsprocesser inom hälso- och sjukvården i en riktning som stärker patienternas ställning och även gör hälso- och sjukvårdssystemet mer hållbart. Vår slutsats är att detta måste ske på hälso- och sjukvårdens samtliga nivåer. Det är också möjligt att hävda att detta är processer som iscensatts genom reformerna avseende kunskapsstyrning, god och nära vård, e-hälsodata m.m. Den övergripande slutsatsen för hela förevarande arbete är att det reformarbete som iscensatts, såväl som implementeringen av patientlagen, handlar om hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling. Vi menar följaktligen att implementeringen av patientlagen ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvårdens systemutveckling avseende:

- *vårdåtgärdernas* kvalitet och kunskapsstyrning av dessa.
- *tillhandahållandet* av vårdåtgärder som sammanhållna och personcentrerade *vårdförlopp* och kunskapsstyrning av dessa.
- *hantering* och *tillhandahållandet* av *patientjournaler* och *patientdata*.

Det är möjligt att dela upp patientlagens bestämmelser utifrån i vilket fokusområde de är tillämpliga och därmed inom ramen för vilket kvalitetssystem som rättsreglerna måste översättas till normer och handlingssystem. Utifrån ett implementeringsperspektiv är det inte möjligt att fokusera på patientlagen isolerat. Som framgått ovan behöver flera av patientsäkerhetslagens bestämmelser inkluderas då man utvärderar patientens rätt till kvalitativt god vård. När det gäller patientens rätt och tillgång till hälso- och sjukvården aktualiseras även flera av hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. Beträffande patientens rätt till sin journal och patientdata hänvisar patientlagen till patientdatalagen och lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Överhuvudtaget aktualiseras, som framgått särskilt i del 3, ett stort antal ytterligare rättsregler i implementeringsarbetet.

22.1.2.1 Hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem för vårdåtgärder

Genomgående har vi lagt särskild vikt vid patientens ställning och roll i själva vårdssituationen, dvs. vid utförande av vårdåtgärder. Det råder ingen tvekan om att säkerställandet av vårdåtgärdernas kvalitet är den viktigaste för hälso- och sjukvården som rättslig ordning. Det har också framförts kritik om brister i denna ordning. En fundamental slutsats var som sagt att implementeringen av centrala delar av patientlagen är avgörande för utvecklingen av ett kvalitetssystem för vårdåtgärder. Här tar vi avstamp i patientens rätt till god vård. Detta är ett fokusområde där implementeringen i stor utsträckning måste ske i dynamiken mellan vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Samtidigt är det mycket tydligt att den utveckling som nu sker avseende kunskapsstyrning i stor utsträckning handlar om att utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet och vad som utgör god vård. Digitaliseringen möjliggör ett paradigmiskt skifte när det gäller att insamla, dela, studera och tillämpa kunskap avseende vårdåtgärder. En central socio- och medikolegal slutsats i detta arbete är hur kunskapsstyrningen i kombination med utvecklad kvalitetsledning möjliggör en förändringsprocess, där vårdåtgärdernas utveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv översätts till en hierarkisk ordning av normer utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv.

I den forskning som ligger till grund för del 4 har vi identifierat behovet av att ta ett helhetsgrepp vad gäller normerna för vad som är god vård och de kvalitetsinriktade handlingssystem som rimligen behöver utvecklas. Vi har därför utvecklat medikolegala ramverk för vårdåtgärders kvalitet, vilka i stor utsträckning baseras på patientlagens bestämmelser. Utmärkande för de medikolegala ramverken i del 4 är att vi fokuserar på den rättsliga konstruktionen av vad som utgör vårdåtgärder som uppfyller kraven på god vård. Detta kvalitetsorienterade synsätt banar väg för implementeringen av ett flertal av de mest centrala rättsreglerna i patientlagen. Viktiga är de mer generella bestämmelserna om rätt till respekt, rätt till jämlik vård och rätt till vård utifrån behov som följer av det första kapitlet. Särskilt centrala är patientlagens bestämmelser om patientens rätt till information i kapitel 3, patientens rätt att samtycka i kapitel 4, patientens rätt att vara delaktig i kapitel 5, samt patientens rätt att välja behandlingsalternativ och hjälpmedel i kapitel 7. När man fokuserar på vårdåtgärdernas kvalitet är det också ofrånkomligt att inbegripa centrala delar av patientsäkerhetslagens bestämmelser.

Vår slutsats är följaktligen att dessa rättsreglers implementering ska ske inom ramen för den digitala kunskapsstyrningen och utvecklingen av kvalitetssystem för vårdåtgärder. Denna implementering är ur vårt perspektiv ett avgörande inslag för att systemen för både kunskapsstyrning och kvalitetshantering ska utvecklas i en önskvärd riktning. Det är i sig fortfarande så att det i slutändan är hälso- och sjukvårdens personal som ska utföra vårdåtgärderna och därmed implementera patientlagens bestämmelser. Det är också hälso- och sjukvårdens professioner som står för kunskapsutvecklingen och därmed också normbildningen avseende vad som är god vård. Kunskapsstyrningen och hanterandet av kvalitetssystem kommer att påkalla ett allt större ansvarstagande från vårdgivaren och även huvudmannen. Detta kommer i sin tur ställa krav på en omfattande samordning och samverkan mellan vårdgivare och huvudmän, vilket i sin tur ställer krav på statligt stöd och ansvarstagande.

22.1.2.2 Hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem för sammanhållna vårdförlopp

Ett andra fokusområde är patientens roll och ställning när det gäller att få tillgång till och navigera inom ramen för hälso- och sjukvården. Bristen på samordning och kontinuitet är en av de större utmaningarna. Även när det gäller tillgången till och organiseringen av vården har digitaliseringen iscensatt ett systemskifte. Alltmer vård tillhandahålls genom digitala lösningar. Detta skapar i sin tur allt större förutsättningar för egenvård och hemsjukvård. Det är även i detta sammanhang uppenbart att ett personcentrerat förhållningssätt och en strävan om att stärka patientens ställning är viktigt när det gäller sjukvårdens tillgänglighet.

När det gäller tillämpningen av patientlagen är utgångspunkten innebörden av bestämmelser om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet i patientlagens kapitel 2. Centralt är också implementeringen av bestämmelserna om fast vårdkontakt, läkarkontakt och individuell planering i kapitel 6. Även implementeringen av rätten att välja utförare i kapitel 9 och implementeringen av rätten till en ny medicinsk bedömning i kapitel 8 innefattas i detta fokusområde. Här är det mer uppenbart att implementeringen av rättsregler i detta avseende förutsätter en systemutveckling. Kopplingen till den s.k. vårdgarantin och vårdvalssystemet är uppenbar. Detta innebär i sin tur att implementeringen måste förstås utifrån den marknadsutveckling som skett inom ramen för primärvården. Idag är det många privata aktörer inom primärvården och det är också förekommande att beskriva vårdvalssystemet i ett sammanhang där det ska råda ett visst mått av etableringsfrihet. Utvecklingen i detta avseende har inte studerats närmare i detta arbete.

Vad vi har lagt vikt vid är reformarbetet avseende god och nära vård, vilket i flera delar baseras på tankar kring en personcentrerad vård. I del 3 har vi försökt kartlägga reformarbetet i denna del. Inom ramen för reformarbetet till god och nära vård är det viktigt med fast vårdkontakt och läkarkontakt. Viktig är även den individuella planeringen i det fall det finns behov av att samordna vård- och omsorgsinsatser. Särskilt intressant i detta sammanhang är det arbete som bedrivs vad gäller personcentrerad och sammanhållna vårdförlopp. Utvecklingen påvisar att det är möjligt att tydliggöra vårdförlopp som är sammanhållna och tar utgångspunkt i patienternas specifika behov, önskemål om delaktighet o.s.v. Ett systembygge i detta avseende har stor potential och är även det sammanflätat med

digitaliserings möjligheter. Det har iscensatts en utveckling av kunskapsstyrning för vårdförlopp. I detta sammanhang är det särskilt angeläget att systemutvecklingen sker med utgångspunkt i patientlagens ambitioner att stärka patientens ställning och en personcentrerad syn på vårdinsatser. Ur vårt perspektiv handlar det om att utveckla kvalitetssystem även för vårdförlopp – kvalitetssystem som baseras på bl.a. patientlagens bestämmelser.

22.1.2.3 Hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem för patientjournaler och annan patientdata

Det tredje fokusområdet avser patientens roll och ställning när det gäller hanteringen av den egna journalen och egna patientdata m.m. Tillgången till patientdata är en av de omständigheter som tydligast driver innovation inom hälso- och sjukvården. Det gäller för att utveckla lösningar inom precisionsmedicin, digitala vårdlösningar och annan innovation. Patientdata utvecklas som intellektuella tillgångar för läkemedelsföretag, medicintekniska företag och IT-företag med inriktning mot hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården inbegrips i flera avseenden i denna omvandling. I slutändan är det också hälso- och sjukvården som kommer att implementera mycket av innovationerna.

I detta fokusområde tar vi avstamp i patientens rätt till den egna patientjournalen och hanteringen av patientdata. Patientlagen innehåller inte några substantiella bestämmelser i dessa avseenden, utan hänvisar endast till annan lagstiftning, se kapitel 10. I stor utsträckning handlar det här om att implementera patientdatalagens bestämmelser, men även ett antal andra regelkomplex såsom GDPR. Det säger sig självt att implementeringen av dessa bestämmelser förutsätter ett mer omfattande systembygge på vårdgivarnivå, huvudmannanivå och i vissa avseenden även på statsmaktsnivå. Detta är ett viktigt implementeringsarbete inte minst inom ramen för den utveckling som sker avseende e-hälsodata och även kunskapsstyrning. Vår slutsats är att det även här handlar om att inom hälso- och sjukvården utveckla kvalitetssystem. Vi har i detta arbete endast i begränsad utsträckning följt arbetet i detta avseende och kommer inte heller i denna sammanfattande del att närmare reflektera över denna utveckling.

22.1.3 Socio- och medikolegal design för patientlagens tillämpning

Den samlade slutsatsen är att hälso- och sjukvården är i behov av en socio- och medikolegal teori för att ta ett samlat grepp kring hur patientlagen ska tillämpas, hur personcentrerad vård ska möjliggöras och hur man ska hantera hälso- och sjukvårdens omställning. Slutsatsen är just att det är genom det samlade greppet som respektive del kan hanteras. Vi har redan konstaterat att implementeringen av patientlagen möjliggör personcentrerad vård och vice versa. Av vad som här sagts följer att omställningen av hälso- och sjukvården utifrån de möjligheter som digitaliseringen erbjuder bör inriktas på att i slutändan möjliggöra personcentrerad vård i så stor utsträckning som möjligt.

22.1.3.1 Medikolegal kvalifikation av vad som utgör vårdåtgärder, vårdförlopp och patientjournaler av god kvalitet

Vi har i del 4 utvecklat hur ett antal kvalifikationsnormer för kvalitet i hälso- och sjukvården utgör själva grundbulten i vad som är god vård. Vi fokuserar på hur patientlagen och andra lagar ställer krav på kvalitet avseende: 1) vårdåtgärder, 2) vårdförlopp och 3) patientjournaler och patientdata. Ambitionen är att kunna avgränsa vad som utgör fundamentala kvalitetsnormer i dessa avseenden. Fokuset på patientlagens bestämmelser gör det möjligt att tydliggöra hur ett personcentrerat synsätt utgör ett fundamentalt inslag i denna normutveckling. Utifrån de analyser som gjorts i arbetet avgränsar vi följaktligen vad vi menar utgör de kvalifikationsnormer man har att tillämpa då man bestämmer vad som utgör vårdåtgärder, vårdförlopp och patientjournaler av god kvalitet. Den omständigheten att man ser normerna som just kvalitetsnormer gör att de även kan vara föremål för en kvalitetsutveckling för specifika sjukdomar och funktionsnedsättningar. Normbildningen i detta avseende är typiskt en del av kunskapsstyrningen. Detta är uppenbart vad gäller kvalitetsutvecklingen avseende vårdåtgärder. Numera ser vi början på en utveckling där detta även gäller vårdförlopp. Som vi kommer att förklara nedan har detta relevans avseende journalhandlingar och patientdata.

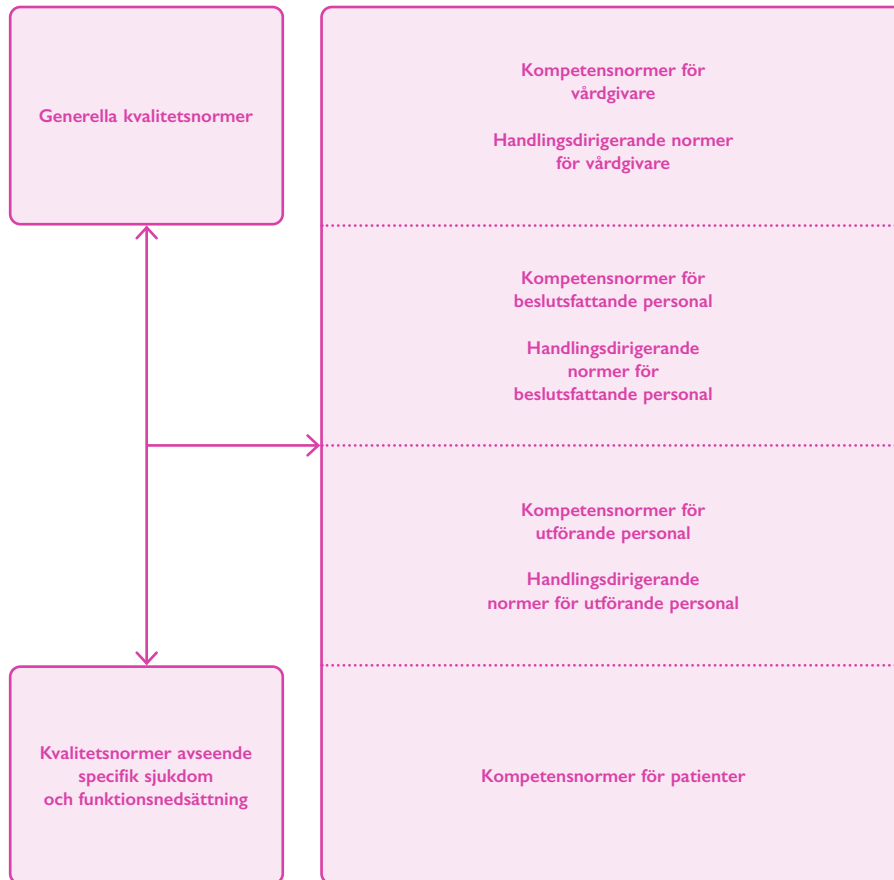
FIGUR 97.
Kvalifikationsnormer
för kvalitet.



Medikolegal teoribildning är särskilt relevant när det gäller att inom ramen för hälso- och sjukvården utveckla de specifika kvalifikationsnormerna. Det är i detta sammanhang som den s.k. nedifrån och upp-logiken tillämpas. Översättandet från de generella till de specifika kvalitetsnormerna avseende vårdåtgärder förutsätter vetenskaplig evidens eller beprövad erfarenhet. Mycket talar för att motsvarande kommer att vara fallet avseende vårdförlopp. Både de generella och specifika kvalifikationsnormerna tillämpas också då man utför åtgärderna, säkerställer förloppen och hanterar journalerna. Dessutom tillämpas normerna för utvecklingen av kvalitetssystemen i sig. Vi bygger på den teoretiska förståelsen av hur kvalifikationsnormer tillämpas för beslut, för utförande av beslut och för systembyggen avseende beslutshantering.

22.1.3.2 Översättandet av vårdåtgärdernas och vårdförloppens kvalitet i kompetensutveckling och handlingsdirigering

Utifrån medikolegal teori kan vi också konstatera att kvalifikationsnormer avseende kvalitet behöver, för att förverkligas, översättas till både kompetensnormer och handlingsdirigerande normer. Det är då själva implementeringen sker. Detta gäller som sagt både de generella normerna och de mer sjukdomsspecifika normerna.



FIGUR 98.
Kompetensnormer och
handlingsdirigerande normer
för kvalitet.

Det är vårdgivaren som ska utvärdera hur patientlagen implementerats när det gäller utvecklingen och utförandet av vårdåtgärder och vårdförlopp. Utvärderingen förutsätter dock att vårdgivaren i sin utvärdering riktar sig till tre adressater:

- Vårdgivarens normtillämpning, normbildning och kunskapsstyrning
- Personalens normtillämpning och normbildning avseende vården
- Patientens kompetensnormer och ställning inom vården

Den första adressaten (a) är vårdgivaren. Utvärderingen i denna del fokuserar på i vilken utsträckning vårdgivaren vidtagit erforderliga åtgärder vad gäller kvalitetsledning, kunskapsstyrning och säkerställande av kvalitet. Vi menar att

detta är nyckeln för implementering. Föreligger rutiner, instruktioner och annan kunskapsstyrning där patientlagens regler översatts till normer för personal och även patienter. Det är här frågan om att göra lagstiftning, förordning, föreskrifter från myndigheter och rättskällelinnehåll relevant för patientlagens implementering, tillgängligt och tillämpbart. På motsvarande sätt kan det vara aktuellt att göra styrningsdokument och beslut från huvudmannen tillgängliga och tillämpliga. Här innefattas kunskapsstyrning och kunskapsstöd på olika nivåer. Viktigt är hur vårdgivaren själv väljer att använda kunskapsstöd och kunskapsstyrning.

De andra adressaten (b) är hälso- och sjukvårdspersonalen. Här fokuserar vi på att utvärdera personalens förmåga att besluta om och utföra aktiviteter som är relevanta avseende vårdåtgärder och vårdförlopp. I detta sammanhang är vi intresserade av förekomsten av kompetensnormer avseende vad som krävs av personalens förmåga och konkreta handlingsdirigerande normer. Utvärderingsmässigt är vi även intresserade av hur en specifik personalgrupp tillämpar normer i detta avseende och om de genom egen forskning etc. deltar i normbildning. Vi fokuserar på personalen som både beslutsfattare och utförare avseende vårdåtgärder och vårdförlopp. Även här är den normativa ambitionen att tydliggöra vikten av att rättsreglerna översatts till samspelade kvalifikationsnormer, kompetensnormer och handlingsdirigerande normer.

Den tredje adressaten (c) är patientkollektivet. I slutändan är vi intresserade av att utvärdera patientens ställning i förhållande till den kvalitativa utvecklingen av hälso- och sjukvården vård. Först kan vi konstatera att det alltid är relevant att utvärdera vad som är patientens upplevelse av sin ställning. Utmärkande i detta sammanhang är att vi också vill förstå den rättsliga ställning patienten har i vården som handlingsystem, dvs. om det föreligger en kompetensnorm för patienten. Har den ”rätt” och ”ställning” som följer av patientlagens regler utvecklats som kompetensnormer för patientkollektivet? Normativt eftersträvar vi att tydliggöra de kompetensnormer som bör föreligga för patienter i den specifika verksamhet som utvärderas.

Genom att utvärdera de tre perspektiven parallellt skapas en process vilken kan utgöra underlag för att förbättra vårdgivarens kunskapsstyrning och stöd. Samtidigt utvecklas kompetensnormer såväl som handlingsdirigerande normer för patienter och personal, vilket i sin tur möjliggör ett faktiskt stärkande av patientens ställning och personalens professionella förmåga. Detta möjliggörande avser enligt vår mening en personcentrerad handlingsetik och arbetssätt. Utvärderingen av de tre perspektiven avseende patientlagens samtliga bestämmelser möjliggör en utvärdering av i vilken utsträckning patientlagens mål har uppfyllts – i vart fall avseende den hälso- och sjukvård som utvärderingen avser. I lagens första paragraf tydliggörs att lagens syfte är att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Enligt lagens förarbeten handlar det som sagt om både en makt- och perspektivförskjutning. I slutändan är det viktigt att få en bild av hur implementeringsarbetet möjliggör en personcentrerad handlingsetik.

22.2 Normer för personcentrerade vårdåtgärder

Först fokuserar vi som sagt på patientens rätt till vårdåtgärder som uppfyller kravet på god vård och övriga bestämmelser i patientlagen, m.fl. lagar. Patientens rätt och rättsliga ställning i detta avseende lägger grunden till hela hälso- och sjukvården. Detta är som sagt den del av patientlagens implementering som vi lagt mest vikt vid i förevarande arbete. Det är också i denna del där kopplingen till den personcentrerade handlingsetiken och de personcentrerade förhållningssätten till vård är mest påtaglig. En av våra fundamentala slutsatser i denna del är att det finns behov av kontinuerlig kunskapsutveckling och normbildning kring vad som är god vård, samt att god vård i detta avseende innefattar medicinska normer, personcentreringsnormer och andra sjukvårdspolitiska normer. Denna kunskapsutveckling och normbildning ska rimligen ske på samma sätt, dvs. genom vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är i detta sammanhang som hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem behöver utvecklas. Kärnan i systemet är hur patientlagen, tillsammans med vissa rättsregler i annan central hälso- och sjukvårdslagstiftning, översätts till just medicinska normer, personcentreringsnormer och andra sjukvårdspolitiska normer.

22.2.1 Utveckling av normer och handlingssystem för vårdens kvalitet

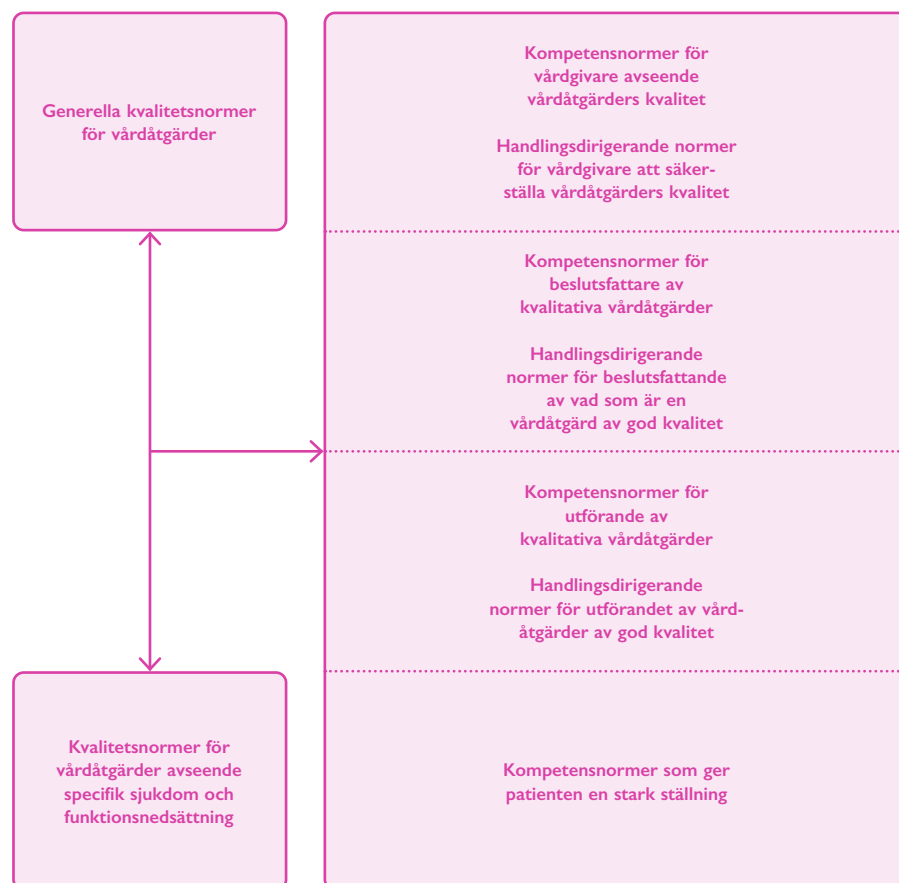
Den viktigaste medikolegala slutsatsen är att vårdåtgärder måste konstrueras med utgångspunkt i kvalitetsnormer och att dessa i stor utsträckning går att härleda till patientlagen. Samma sak går att uttrycka i termer med att flera av patientlagens viktigaste rättsregler ska tillämpas som kvalifikationsnormer i förhållande till vårdåtgärder. Detta är uppenbart vad gäller de generella rättsreglerna om god vård, men ska rimligen vara fallet även avseende andra rättsregler. Med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitet och även den europeiska kvalitetsstandarden är det enligt vår mening möjligt att avgränsa ett antal kvalitetsnormer, vilka som utgångspunkt ska tillämpas avseende alla vårdåtgärder:

- Normen om medicinsk verkan
- Patientsäkerhetsnormen
- Normen om respekt och omtanke
- Normen om integritet och informerat samtycke
- Normen om informerad delaktighet
- Normen om jämlik vård
- Normen om kostnadseffektiv vård
- Normen om prioritering

I del 4 utvecklade vi hur dessa normer är de medikolegala kvalifikationsnormer som vårdpersonalen ska tillämpa då man beslutar om vad som är en vårdåtgärd som uppfyller kraven på god vård. Vi visade att detta är normer som rimligen tillämpas då man bestämmer vad vårdåtgärden består av. Varje kvalitetsnorm skapar ett attribut avseende den specifika vårdåtgärden. Tillämpningen av de vi betecknade personcentreringsnormerna, vilka kan härledas till centrala rättsregler i patientlagen, gör att själva besluten om vårdåtgärderna åtminstone har ambitionen

att vara personcentrerade. Vi utvecklade vidare varför det är dessa normer som ska tillämpas i hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem avseende vårdåtgärder. Detta är en av de viktigaste slutsatserna i arbetet. Hälso- och sjukvårdens kvalitetsledning ska utvecklas enligt dessa åtta kvalitetsnormer, vilket också betyder att kunskapsstyrningssystemet ska skapa underlag för tillämpning av samtliga åtta normer. Detta innebär i sin tur att inte endast innebörden av de medicinska normerna, utan även av personcentreringsnormerna och de övriga sjukvårdspolitiska normerna, ska vara föremål för vetenskaplig evidens eller beprövad erfarenhet. Detta är ur vårt perspektiv en nödvändig utveckling utifrån var hälso- och sjukvården befinner sig idag, vilken möjliggörs av digitaliseringen. Vår slutsats utifrån den i sig begränsade rättsempiriska analys vi gjort av kunskapsstyrningen är att det är ett rimligt nästa steg att utveckla den normbaserade förståelsen – både utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv och ett uppifrån och ned-perspektiv.

FIGUR 99.
Kompetensnormer och
handlingsdirigerande normer
för vårdåtgärdernas kvalitet.



Utifrån en medikolegal förståelse av vad som utmärker centrala kvalifikationsnormer drog vi vidare slutsatsen att dessa åtta kvalitetsnormer måste utvecklas som centrala kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta är som vi redan konstaterat en förutsättning för att kvalifikationsnormerna ska implementeras. Detta är i sig en fundamental medikolegal

slutsats. Kvalitetskrav på beslutet om vilka vårdåtgärder som ska sättas in måste, om besluten ska förverkligas, översättas till krav på reell och formell förmåga hos dem som ska utföra vårdåtgärderna och även konkreta instruktioner om vad som måste göras, bör göras, inte får göras och kan göras utan fara för patienten. Efter-som tillämpningen av kvalitetsnormerna som kvalifikationsnormer sker avseende den specifika vårdåtgärden kan kompetensnormerna och de handlingsdirigerande normerna också utvecklas för specifika sjukdomar och funktionsnedsättningar.

Kvalifikationsnormerna behöver även översättas till kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för hur vårdgivaren ska utveckla och hantera sitt kvalitetssystem och även kunskapsstyrningssystem. Det behöver utvecklas specifika handlingssystem inom ramen för både vårdgivarens kvalitetsledningssystem såväl som kunskapsstyrningssystem. Den generella förståelsen för innebörden av kvalitetsnormerna lägger grunden till systemet i sig. Kunskapsstyrningen behöver dock utvecklas för de specifika vårdåtgärderna. Digitaliseringen möjliggör att den vetenskapliga och annorstädes bedrivna kunskapsutvecklingen genom kunskapsstyrning kan utvecklas som normer på sjukdomsspecifik nivå.

En ytterligare central slutsats för arbetet i denna del är att när denna normutveckling sker är det även möjligt att börja diskutera i termer av hur kvalitetsnormerna utvecklas som kompetensnormer för patienterna. Det är härigenom som patientens ställning verkligen kommer att stärkas. Ur vårt perspektiv samspelar patientlagens implementering och den samlande utvecklingen av kvalitetsnormerna. Det handlar om att förstå och hantera hur centrala delar av patientlagens rättsregler utvecklas som kvalifikationsnormer för vårdåtgärder, kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för både personal och vårdgivare, samt kompetensnormer för patienterna. Det är detta den digitalt strukturerade kvalitets- och kunskapsstyrningen har att åstadkomma. Inkluderandet av personcentreringsnormerna och de övriga hälso- och sjukvårdspolitiska normerna i dessa system kommer i grunden förändra förutsättningarna för att tillhandahålla en personcentrerad vård.

Ambitionen i detta sammanfattande kapitel begränsas till att påvisa vilka frågor man bör ställa för att skaffa sig en bild av hur långt vårdgivaren kommit vad gäller denna utveckling och härigenom också skaffa en bild av den normutveckling som rimligen krävs för att implementera patientlagen i dessa delar. Utvärderingen kan göras på både en generell nivå och en mer sjukdomsspecifik nivå.

22.2.2 Vårdgivarens normtillämpning, normbildning och kunskapsstyrning när det gäller vårdåtgärdernas kvalitet

Först utvärderar vi alltså vårdgivaren. Utvärderingen avser hur kvalitetsnormerna hanteras och utvecklas. Som vi redan konstaterat är vårdgivaren adressat för utvärderingen i sin helhet. Här fokuserar vi särskilt på vårdgivarrollen och de specifika vårdenheternas organisatoriska förmåga. Vi menar att särskilt vårdgivarna behöver fokusera på varje kvalitetsnorm för sig.

Normen om medicinsk verkan

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att vården ska ha bäst medicinsk verkan?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren samlat och tillgängliggjort rättsregler, kunskapsstyrning, kunskapsstöd och andra kunskapskällor avseende medicinsk verkan?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer för att specifika vårdåtgärder ska ha bäst medicinsk verkan?

Patientsäkerhetsnormen

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att vården ska vara patientsäker?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren samlat och tillgängliggjort rättsregler, kunskapsstyrning, kunskapsstöd och andra kunskapskällor avseende patientsäkerhet?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer för att specifika vårdåtgärder ska vara patientsäkra?

Normen om respekt och omtanke

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att vården ska utföras med respekt och omtanke?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren samlat och tillgängliggjort rättsregler, kunskapsstyrning, kunskapsstöd och andra kunskapskällor avseende hur vårdåtgärder utförs med respekt och omtanke?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer för att specifika vårdåtgärder ska utföras med respekt och omtanke?

Normen om integritet och informerat samtycke

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att vården ska utföras med respekt och omtanke?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren samlat och tillgängliggjort rättsregler, kunskapsstyrning, kunskapsstöd och andra kunskapskällor avseende hur vårdåtgärder utförs med respekt och omtanke?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer för att specifika vårdåtgärder ska utföras med respekt och omtanke?

Normen om informerad delaktighet

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att vården ska utföras med respekt och omtanke?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren samlat och tillgängliggjort rättsregler, kunskapsstyrning, kunskapsstöd och andra kunskapskällor avseende hur vårdåtgärder utförs med respekt och omtanke?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer för att specifika vårdåtgärder ska utföras med respekt och omtanke?

Normen om jämlik vård

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att vården ska vara jämlik?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren samlat och tillgängliggjort rättsregler, kunskapsstyrning, kunskapsstöd och andra kunskapskällor avseende vad som är jämlika vårdåtgärder?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer för att specifika vårdåtgärder ska vara jämlika?

Normen om kostnadseffektivitet

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att vården ska vara kostnadseffektiv?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren samlat och tillgängliggjort rättsregler, kunskapsstyrning, kunskapsstöd och andra kunskapskällor avseende vad som utgör kostnadseffektiva vårdåtgärder?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer för att specifika vårdåtgärder ska vara kostnadseffektiva?

Prioriteringsnormen

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att vården ska ges utifrån behov och i rimlig tid?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren samlat och tillgängliggjort rättsregler, kunskapsstyrning, kunskapsstöd och andra kunskapskällor avseende prioritering?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer för att specifika vårdåtgärder ska prioriteras på ett korrekt sätt?

Utvärderingen i denna del måste ses i ljuset av den mer omfattande utvärdering av vårdgivarens verksamhetsstyrning och ledningsarbete som ska utföras enligt nedan.²⁰⁶¹

22.2.3 Personalens normtillämpning och normbildning när det gäller vårdåtgärdernas kvalitet

En nästa del i utvärderingen avser i vilken utsträckning det utvecklats kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för personalen. I detta sammanhang är det en central medikolegal slutsats att personalen såsom professioner agerar utifrån tre roller:

- rollen att besluta om vilken vårdåtgärd som ska utföras och vad vårdåtgärden ska bestå i
- rollen att utföra vårdåtgärden
- rollen att kunskaps- och normbilda om vårdåtgärder

²⁰⁶¹ Se avsnitt 21.5.

I någon mening har säkerligen all hälso- och sjukvårdspersonal alla dessa tre roller. I en specifik kontext kan det vara helt olika aktörer inblandade. Den som tillämpar kvalitetsnormer för att bestämma om vilken vårdåtgärd som ska utföras, behöver inte vara samma person som tillämpar kvalitetsnormerna vid utförande av vårdåtgärderna. För vissa, exempelvis överläkare, är det mer uppenbart att de har en beslutsfattande och normbildande roll i mycket av vad de gör. Viktigt att utvärdera är följaktligen förutsättningarna för normtillämpning såväl som normbildning. På motsvarande sätt som ovan menar vi att varje kvalitetsnorm ska utvärderas. Den personal som beslutar om vårdåtgärder ska, enligt vår mening, ha kompetens att normtillämpa och även normbilda avseende de relevanta vårdåtgärderna.

Normen om medicinsk verkan

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att fatta besluta om och utföra vård med bäst medicinsk verkan för patienterna?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen om vad som utgör vård med bäst medicinsk verkan?
- I vilken utsträckning är personalen inblandad i kunskapsutvecklingen av vad som är vård med bäst medicinsk verkan?

Patientsäkerhetsnormen

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att fatta besluta om och utföra patientsäker vård?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen om vad som är patientsäkra vårdåtgärder?
- I vilken utsträckning är personalen inblandade i kunskapsutvecklingen av vad som är patientsäkra vårdåtgärder?

Normen om respekt och omtanke

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att fatta besluta om och utföra vårdåtgärder där patienten behandlas med respekt och omtanke?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen om vad som är vårdåtgärder där patienten behandlas med respekt och omtanke?
- I vilken utsträckning är personalen inblandade i kunskapsutvecklingen av vad som är vårdåtgärder där patienter behandlas med respekt och omtanke?

Normen om integritet och informerat samtycke

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att fatta beslut om och utföra hur samtycke ska inhämtas och att erforderlig information tillhandahålls?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen om hur samtycke inhämtas och erforderlig information ges för olika vårdåtgärder?
- I vilken utsträckning är personalen inblandade i kunskapsutvecklingen av hur man säkerställer informerat samtycke?

Normen om informerad delaktighet

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att fatta besluta om och utföra hur patienten ska vara delaktig och att erforderlig information tillhandahålls?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen om patienters delaktighet och erforderlig informationsgivning vid olika vårdåtgärder?
- I vilken utsträckning är personalen inblandade i kunskapsutvecklingen av vad som är informerad delaktighet vid olika vårdåtgärder?

Normen om jämlik vård

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att fatta besluta om vad som är jämlik vård för patienterna?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen om vad som är jämlika vårdåtgärder?
- I vilken utsträckning är personalen inblandade i kunskapsutvecklingen av vad som är jämlika vårdåtgärder?

Normen om kostnadseffektivitet

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att fatta besluta om vad som är kostnadseffektiv vård för patienterna?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen om vad som är kostnadseffektiva vårdåtgärder?
- I vilken utsträckning är personalen inblandade i kunskapsutvecklingen av vad som är kostnadseffektiva vårdåtgärder?

Prioriteringsnormen

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att fatta besluta om vilka vårdåtgärder som ska vidtas utifrån prioriteringsperspektiv och när de ska utföras?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen om hur vårdåtgärder ska prioriteras?
- I vilken utsträckning är personalen inblandade i kunskapsutvecklingen av hur vårdåtgärder ska prioriteras?

Även när det gäller personalens kompetensnormer och vikten av att de engagerar sig i normbildning skiljer det sig åt mellan de olika kompetensnormerna.

22.2.4 Patientens ställning och kompetens när det gäller vårdåtgärdernas kvalitet

Utvärderingen i denna del avser således patientkollektivets normupplevelse och i vilken utsträckning det kan anses ha utvecklats kompetensnormer inom detta kollektiv. Utgångspunkten är att utvärderingen sker för specifika vårdgivare, vilket betyder att utvärderingen ska ske avseende de patienter som vårdas av denna vårdgivare. Vi fokuserar på de åtta kvalitetsnormerna. Relevansen för patienternas normupplevelse och betydelsen av att utveckla kompetensnormer skiljer sig

mellan de olika kvalitetsnormerna. Kompetensnormerna är som framgått särskilt betydelsefulla avseende personcentreringsnormerna.

Normen om medicinsk verkan

- I vilken utsträckning upplever patienterna att de får vård med bästa möjliga verkan?
- Vilken information har givits till patienten om vårdåtgärdernas medicinska verkan?
- Vilken ställning och kompetens har patienterna när det gäller att ställa krav på vårdåtgärders medicinska verkan?

Patientsäkerhetsnormen

- I vilken utsträckning upplever patienterna att de får patientsäker vård?
- Vilken information har givits till patienten om vårdåtgärdernas patientsäkerhet?
- Vilken ställning och kompetens har patienterna när det gäller att ställa krav på patientsäkerhet?

Normen om respekt och omtanke

- I vilken utsträckning upplever patienterna att de får vård där de behandlas med respekt och omtanke?
- Vilken information har givits till patienten som är relevant för att hen ska känna respekt och omtanke?
- Vilken ställning och kompetens har patienterna när det gäller att ställa krav på att behandlas med respekt och omtanke?

Normen om integritet och informerat samtycke

- I vilken utsträckning upplever patienterna att de givits möjlighet att ge samtycke till vården och fått tillräcklig information för att göra så?
- Vilken information har givits till patienten om rätten till samtycke?
- Vilken ställning och kompetens har patienterna när det gäller att ställa krav på att få tillräcklig information och att få ge sitt samtycke?

Normen om informerad delaktighet

- I vilken utsträckning upplever patienterna att de givits möjlighet att vara delaktig i vården, bl.a. när det gäller att välja behandling och hjälpmedel, samt att de har fått tillräcklig information för att vara det?
- Vilken information har givits till patienten om rätten till delaktighet?
- Vilken ställning och kompetens besitter patienterna när det gäller att ställa krav på att vara delaktig och att få erforderlig information för att kunna vara delaktig?

Normen om jämlik vård

- I vilken utsträckning upplever patienterna att vården är jämlik?
- Vilken ställning och kompetens har patienterna när det gäller att påverka vårdens jämlikhet?

Normen om kostnadseffektivitet

- I vilken utsträckning upplever patienterna att vården är kostnadseffektiv?
- Vilken ställning och kompetens har patienterna när det gäller att påverka vårdens kostnadseffektivitet?

Prioriteringsnormen

- I vilken utsträckning upplever patienterna att deras vård prioriterats utifrån behov och att de fått den i rimlig tid?
- Vilken ställning och kompetens har patienterna när det gäller att ställa krav på att få vård utifrån behov och i rimlig tid?
- Vårdgivaren behöver enligt vår mening kontinuerligt utvärdera patienternas normupplevelse. Mer utmanande är att utvärdera förekomsten av kompetensnormer. Detta förutsätter som framgått en integrerad bedömning med andra delar.

22.3 Normer för personcentrerade vårdförlopp

Ett andra fokusområde när det gäller patientlagens implementeringen avser således utvecklingen och tillhandahållandet av vårdförlopp. I vilken utsträckning har patienten i förhållande till den specifika vårdgivaren rätt till vårdförlopp som uppfyller kravet på tillgänglighet, kontinuitet och övriga bestämmelser i patientlagen. Här tar vi som sagt utgångspunkten patientens tillgång till vård och möjligheten att navigera inom hälso- och sjukvårdssystemet. Även i denna del är vi som sagt medvetna om att det pågår ett mer omfattande reformarbete, i förhållande till vilket patientlagens implementering måste relateras. I del 3 ovan har vi följt reformarbetet avseende god och nära vård. Vi har dock inte gjort en lika omfattande normativ analys som vi gjort avseende patientlagens implementering som kvalitetsnormer. I samband med utvärderingen av vårdgivarens kvalitetssystem i kapitel 20 kom vi dock till att fokusera på hur kvalitetsnormer för vårdåtgärder behöver kompletteras med kvalitetsnormer för vårdförlopp. Vi tog här fasta på de medikolegala slutsatserna som gjorts avseende kvalitetsnormerna för vårdåtgärder och frågade oss vad som utgör de kompletterande kvalifikationsnormer för vårdförlopp. Särskilt intressant, utifrån ett medikolegalt perspektiv, är utvecklingen av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Digitaliseringen skapar nya förutsättningar att utveckla sammanhållna och systemintegrerade vårdförlopp för patienterna. Den kunskapsbaserade utvecklingen är inte lika tydlig som vad gäller vårdåtgärder, men det finns all anledning att utifrån ett mediko- och sociolegalt perspektiv dra vissa slutsatser, vilka kan ligga till grund för utvecklingen av kunskapsstyrningen avseende vårdförlopp.

22.3.1 Utveckling av normer och handlingssystem för vårdens tillgänglighet, sammanhållning och kontinuitet

Med utgångspunkt i en ambition att implementera patientlagens regler avseende det andra fokusområdet är det även i denna del möjligt att lyfta fram vissa centrala kvalifikationsnormer. De generella kvalitetsnormerna för vårdåtgärder är i sig tillämpliga även för vårdförloppen. Den utvärdering som gjorts för de olika

vårdåtgärderna behöver läggas samman i en samlad bedömning för vårdförloppen. I denna del är vi dock intresserade av att ringa in vilka ytterligare kvalitetsnormer som vårdgivare och personalen har att tillämpa då de bestämmer vad som utgör vårdförlopp. Vi menar att det finns behov av att utveckla kvalifikationsnormer för systemets tillgänglighet generellt, men även för de specifika vårdförloppen. Det är just denna slutsats som är så spännande utifrån ett sociolegalt och även medikolegalt perspektiv. Med ett medikolegalt perspektiv är det som sagt möjligt att utveckla sammanhållna vårdförlopp för specifika sjukdomstillstånd. Den rättsliga utvecklingen av sammanhållna vårdförlopp kräver relativt omfattande utveckling av handlingssystem inom vårdgivarens verksamhet, men beroende på vilken vårdgivare vi pratar om även i samverkan med andra vårdgivare och dessutom med den kommunala omsorgen.

22.3.1.1 Kvalifikationsnormer för vårdens tillgänglighet och sammanhållna vårdförlopp

Utifrån vår analys i del 2 och del 3 är det möjligt att avgränsa ett antal fundamentala kvalifikationsnormer, vilka enligt vår mening möjliggör personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp:

- Normen om lättillgänglighet, sammanhållning och rimlig tid
- Normen om fast kontakt och kontinuitet
- Normen om partnerskap
- Normen om ifrågasättande och ny medicinsk bedömning

Detta är således som utgångspunkt kvalifikationsnormer för det system där vårdgivarens vårdinsatser tillgängliggörs för patienterna. Som ovan sagts har normerna också potential att utvecklas som kvalifikationsnormer för specifika vårdförlopp. De är då föremål för en medikolegal normbildning, vilken på motsvarande sätt som för vårdåtgärderna ligger till grund för beslutet om det specifika vårdförloppet. Normerna kan härledes till patientlagens bestämmelser, men beaktar även det reformarbete som sker avseende god och nära vård. Ambitionen är genomgående att normerna ska resultera i att patientlagens implementering möjliggör personcentrerad vård.

Normen om lättillgänglighet, sammanhållning och rimlig tid

En första kvalifikationsnorm, som vi utifrån en tolkning av hur patientlagens regler ska översättas som normer kan urskilja, är att vårdförloppen ska vara lättillgängliga, sammanhållna och utföras inom rimlig tid. I 2 kap. 1 § patientlagen stadgas att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. I 6 kap. 1 § anges att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. När det gäller tidsaspekter anges i 2 kap. 2 § att patienten ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Enligt 3 § i samma kapitel och även 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen ska patienter dessutom ha rätt till en vårdgaranti. Den enskilde patienten ska ha rätt till att inom en viss tid få: 1) kontakt med primärvården, 2) en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,

3) besöka den specialiserade vården, och 4) planerad vård. Sammantaget skapar dessa rättsregler en övergripande kvalitetsnorm för systemets tillgänglighet.

Vi menar således att denna norm rimligen bör ses som en kvalifikationsnorm också för specifika vårdförlopp. Innebörden av att vården ska vara lätt tillgänglig och att en medicinsk bedömning ska ske snarast skiljer sig rimligen åt beroende på vilket hälsotillstånd vi talar om. En vårdgaranti är de tider som absolut senast ska tillämpas. Det är dock rimligt att de olika tiderna anpassas utifrån vilket hälsotillstånd det handlar om. Utmärkande är här att tillgänglighet och tiderna avser hela vårdförloppet, dvs. inte bara en enskild vårdåtgärd. När patientlagens rättsregler tillämpas som kvalifikationsnormer för vårdförlopp kommer det följaktligen att ske normbildning för olika hälsotillstånd, vilken i sin tur rimligen inbegrips i kunskapsstyrningen. En tillämpning av denna norm på ett specifikt hälsotillstånd lägger grunden till vad som är vårdförloppet för den enskilde patienten.

Normen om fast kontakt och kontinuitet

En andra kvalifikationsnorm som kan utläsas är kravet på fast kontakt och kontinuitet. I 6 kap. 1 § patientlagen stadgas att behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Det anges också, vilket ovan redan sagts, att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. I 2 § anges att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.²⁰⁶² Dessutom anges i 3 § att patienten ska få möjlighet att välja och få tillgång en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning i enlighet med 7 kap. 3 § a hälso- och sjukvårdslagen. I förhållande till utvecklandet av ett system skapar dessa rättsregler en norm om att utveckla vårdförlopp som är förankrade hos fasta vård- och läkarkontakter – där vårdens kontinuitet, trygghet och säkerhet tillgodoses. Det är dessa som utgör den fasta punkten i vårdförloppet och det är rimligen också de som har att säkerställa att patienterna är informerade om de möjliga vårdförloppen. Enligt 3 kap. 1 § patientlagen ska patienten få information om det förväntade vård- och behandlingsförloppet.²⁰⁶³

Ur vårt perspektiv är det som sagt en särskilt normbildningsuppgift att tydliggöra vad som är möjliga sammanhållna vårdförlopp i förhållande till olika sjukdomar och funktionsnedsättningar. I detta sammanhang är det tydligt att det sammanhållna vårdförloppet behöver koordineras med omsorgsbehovet. Kunskapsstyrningen avseende förloppen för specifika hälsotillstånd bör enligt vår mening innefatta båda generella vårdförlopp och omsorgsförlopp. Kunskapsstyrningen ska utifrån

²⁰⁶² Patienten ska enligt 3 kap. 2 § få information om möjligheten att välja vårdgivare och utförare.

²⁰⁶³ I detta sammanhang bör vi även ha med oss innebörden av 3 kap. 2 b § där det stadgas att en patient som skrivs ut från sluten vård ska få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller regionfinansierade öppna vården. Det stadgas i paragrafen också att om information finns tillgänglig ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt. Tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivning.

ett kvalifikationsperspektiv kopplas till den fasta vård- och läkarkontakten, vilken utgör utgångspunkt för vårdförloppets sammanhållning. Normbildning och kunskapsstyrning möjliggör också att kontaktpersonerna kan tillhandahålla underbyggt informationsmaterial till patienterna. Utvecklandet av informationsmaterial till patient innefattas rimligen i både normbildning och normtillämpning.

Normen om partnerskap

Den tredje kvalifikationsnormen för vårdförlopp är den avseende partnerskap. Även avseende denna norm är det rimligt att utgå från kraven på tillgänglighet (närhet) och kontinuitet. Vårdförloppet ska baseras på ett partnerskap mellan ett antal olika aktörer, varav patienten och dennes närstående är några. I patientlagens 3 kap. 1 § anges som sagt att patienten ska få information om det förväntade vård- och behandlingsförloppet. När beslut ska fattas om det konkreta förloppet ska detta ske med utgångspunkt i patientens rätt till valfrihet. De aktörer som ska utföra vårdåtgärder utgör tillsammans med den fasta kontakten, patienten och de närstående det huvudsakliga partnerskapet. Enligt 9 kap. 1 § patientlagen ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård, inom eller utom denna region, få välja utförare av öppenvård.

Utifrån vad som ovan sagts är det dessutom rimligt att i partnerskapet inkludera även andra aktörer än dem som ska utföra vårdåtgärder. I patientlagens 6 kap. 4 § tydliggörs att för en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

I enlighet med dessa rättsregler, tillsammans med utvecklingen avseende dokumenterad överenskommelse, är det således rimligt att tala om ett partnerskap som konstitutiv norm för vårdförloppen. Normen om partnerskapet ska ligga till grund för hur den enskilde patientens vårdförlopp ska bestämmas. Vidare ska den, enligt vår mening, tillämpas i samband med att man bedriver kunskapsstyrning avseende vårdförlopp i förhållande till olika sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar. Inom ramen för kunskapsstyrningen preciseras vad som utgör de typiska partnerskapen, vilket följaktligen kommer att resultera i mer specifika normer för hur partnerskap ska sättas samman i konkreta situationer.²⁰⁶⁴

Normen om ifrågasättande och ny medicinsk bedömning

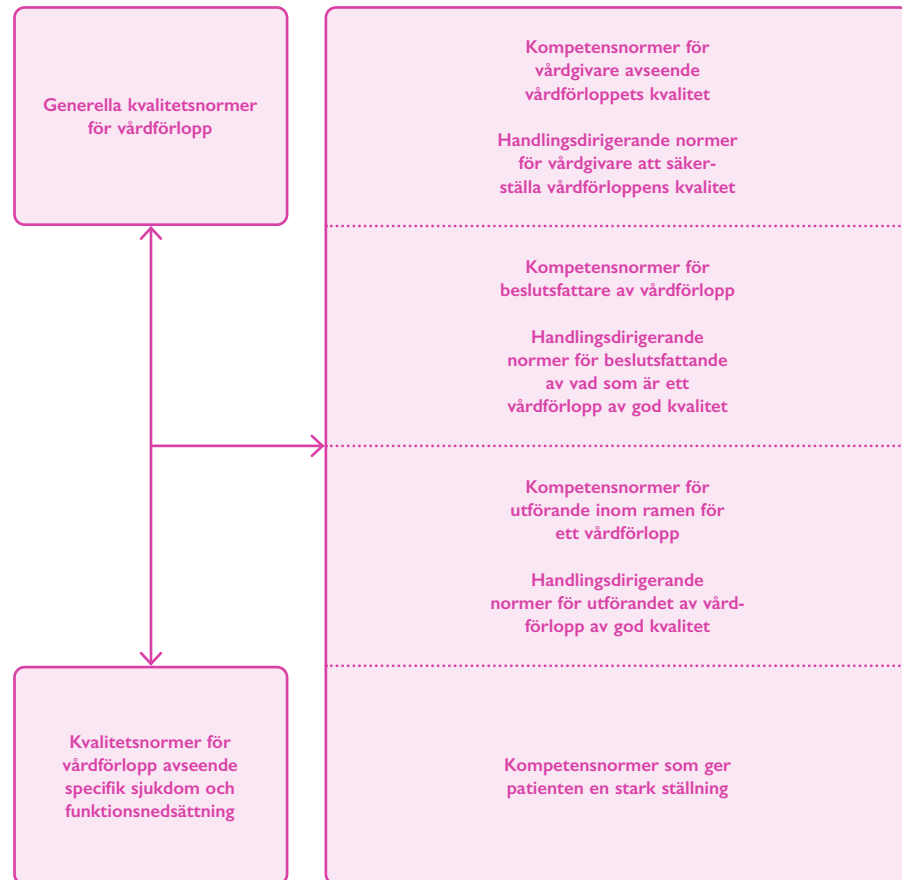
En avslutande norm vad gäller utvecklandet av vårdförlopp är att det ska finnas utrymme för ifrågasättande och i vissa sammanhang också möjlighet att få nya medicinska bedömningar. I 8 kap. 1 § patientlagen stadgas att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning.

²⁰⁶⁴ När det gäller kvalitetsarbete anges i 11 kap. 4 § patientlagen att patientens och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

22.3.1.2 Kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för vårdens tillgänglighet och sammanhållna vårdförlopp

Vi menar således att vi med utgångspunkt i patientlagens bestämmelser kan precisera vad som utgör konstituerande normer för vad som är vårdförlopp som uppfyller kravet på god vård. Ovan konstaterade vi att varje vårdåtgärd måste baseras på de åtta kvalitetsnormerna för att uppfylla kravet på god vård. Då vårdförlopp i stor utsträckning består i ett antal vårdåtgärder så ska ju vårdförloppen sammantaget också uppfylla dessa kvalitetsnormer. För att i övrigt uppfylla patientlagens rättsregler menar vi att vårdförloppen dessutom ska baseras på tre kvalifikationsnormer. I enlighet med vad som ovan utvecklats kan ett flertal av övriga rättsregler i patientlagen översättas till normer som man använder då man beslutar om vad som ska utgöra vårdförlopp; generellt inom kunskapsstyrning, såväl som specifikt för enskilda patienter. Dessa tre normer utgör också kvalitetsnormer, dvs. de är viktiga för vad som är god vård. Vårdförloppen baserade på ett antal steg ska vara lättillgängliga (nära) och utföras inom rimlig tid. Förloppen ska utvecklas så att de resulterar i kontinuitet och sammanhållning. Ett viktigt inslag i denna kontinuitet och sammanhållning är den fasta vård- och läkarkontakten. Vidare ska vårdförloppet vara kopplat till ett partnerskap. Även dessa kvalitetsnormer behöver vidareutvecklas som kompetensnormer och handlingsdirigerande normer.

FIGUR 100.
Kompetensnormer och
handlingsdirigerande normer
för vårdförloppens kvalitet.



I slutändan är det patienten som ska ha kompetens att kunna ställa krav på, för hen, personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Detta förutsätter, enligt vår mening, på motsvarande sätt som ovan att det föreligger kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för både vårdgivare och personal.

22.3.2 Vårdgivarens normtillämpning, normbildning och systemutveckling när det gäller vårdförloppens kvalitet

En första adressat för utvärderingen är vårdgivaren som verksamhet. Vi fokuserar på vårdgivarens organisatoriska förmåga att utveckla och tillhandahålla vårdförlopp som uppfyller patientlagens bestämmelser och kravet på god vård. Vi menar att vårdgivarna även i denna del behöver fokusera på varje kvalitetsnorm för sig.

Normen om lättillgänglighet, sammanhållning och rimlig tid

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att vårdförloppen ska vara lättillgängliga, sammanhållna och att de olika åtgärderna ska tillhandahållas inom rimlig tid?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren samlat och tillgängliggjort rättsregler, förordningar, kunskapsstyrning, kunskapsstöd och andra kunskapskällor avseende

vad som är lättillgängliga (nära) och sammanhållna vårdförlopp, samt vad som är rimlig tid för specifika vårdförlopp?

- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer avseende lättillgängliga och sammanhållna vårdförlopp?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren säkerställt att det föreligger informationsmaterial om lättillgängliga och sammanhållna vårdförlopp?

Normen om fast kontakt och kontinuitet

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att de som efterfrågar och har behov ska få tillgång till fast läkarkontakt och vårdkontakt som har förmåga att säkerställa kontinuitet?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer avseende innebörden av att vara fast kontakt i förhållande till olika patientgrupper?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren säkerställt att det föreligger informationsmaterial om fasta vård- och läkarkontakter och vad detta innebär när det gäller vårdförloppens hantering?

Normen om partnerskap

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att det ska formeras partnerskap i förhållande till patienternas vårdförlopp?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren etablerat nätverk och samverkan med de aktörer som behöver vara delaktiga i patienternas partnerskap?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer med relevans för etablerandet av partnerskap?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren säkerställt att det föreligger informationsmaterial om dokumenterad överenskommelse, individuell planeringen och annat som är relevant vad gäller partnerskap?

Normen om ifrågasättande och ny medicinsk bedömning

- I vilken utsträckning tillhandahåller vårdgivaren erforderliga resurser för att det ska finnas förutsättningar för patienter att framföra synpunkter och klagomål, samt få en ny medicinsk bedömning?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren utfärdat egna rutiner, instruktioner och andra normer avseende hantering av patienternas synpunkter, klagomål och önskan om en ny medicinsk bedömning?
- I vilken utsträckning har vårdgivaren säkerställt att det föreligger informationsmaterial om framförande av synpunkter och klagomål, samt att få tillgång till en ny medicinsk bedömning?

22.3.3 Personalens normtillämpning och normbildning när det gäller vårdförloppens kvalitet

En andra del i utvärderingen avser patienternas roll i säkerställandet av vårdförloppens kvalitet. Viktigt att utvärdera är förutsättningarna för normtillämpning såväl som normbildning. På motsvarande sätt som ovan menar vi att varje kvalitetsnorm ska utvärderas. Den personal som beslutar om vårdåtgärder ska, enligt

vår mening, ha kompetens att normtillämpa och även normbilda avseende de relevanta vårdåtgärderna.

Normen om lättillgänglighet, sammanhållning och rimlig tid

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att fatta besluta om och säkerställa lättillgängliga och sammanhållna vårdförlopp som utförs i rimlig tid för patienterna?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen om vårdförlopp för olika hälsotillstånd?
- I vilken utsträckning är personalen inblandad i kunskapsutvecklingen avseende vårdförlopp?

Normen om fast kontakt och kontinuitet

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att verka som fast kontakt för patienter och för att det föreligger kontinuitet m.m. vad gäller deras specifika vårdförlopp?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen om vad som förväntas av de som agerar som fast kontakt i förhållande till patienter?
- I vilken utsträckning är personalen inblandad i kunskapsutvecklingen avseende vad det innebär att vara fast kontakt?

Normen om partnerskap

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att sätta samman och delta i partnerskap för specifika patienters vårdförlopp?
- I vilken utsträckning säkerställer personalen att de har tillgång till den senaste kunskapen vad gäller formering och hantering av partnerskap för vårdförlopp?
- I vilken utsträckning är personalen inblandad i kunskapsutvecklingen avseende partnerskap för vårdförlopp?

Normen om ifrågasättande och ny medicinsk bedömning

- I vilken utsträckning har personalen kompetens och resurser att hantera synpunkter och klagomål från patienter, samt att möjliggöra en ny medicinsk bedömning?

22.3.4 Patientens ställning och kompetens när det gäller vårdförloppens kvalitet

En tredje del vad gäller vårdförloppens kvalitet avser således patientkollektivets normupplevelse och i vilken utsträckning det kan anses ha utvecklats kompetensnormer inom detta kollektiv. Utgångspunkten är att utvärderingen sker för specifika vårdgivare, vilket betyder att utvärderingen ska ske avseende de patienter som vårdas av denna vårdgivare. Vi fokuserar på de åtta kvalitetsnormerna. Relevansen av patienternas normupplevelse och betydelsen av att utveckla kompetensnormer skiljer sig mellan de olika kvalitetsnormerna. Kompetensnormerna är som framgått särskilt betydelsefulla avseende personcentreringsnormerna.

Normen om lättillgänglighet, sammanhållning och rimlig tid

- I vilken utsträckning upplever patienterna att vården är lättillgänglig, vårdförloppen är sammanhållna och att de olika delarna i förloppen utförs i rimlig tid?
- Vilken information har patienten fått om vårdförloppet?
- Vilken kompetens besitter patienterna när det gäller att ställa krav på lättillgängliga och sammanhållna vårdförlopp som utförs i rimlig tid?

Normen om fast kontakt och kontinuitet

- I vilken utsträckning upplever patienterna att fasta vård- och läkarkontakter har säkerställt kontinuitet i vårdförloppet?
- Vilken information har patienten fått vad gäller rätten till fast vård- och läkarkontakt?
- Vilken kompetens besitter patienterna när det gäller att ställa krav på fast vård- och läkarkontakt?

Normen om partnerskap

- I vilken utsträckning upplever patienterna att de är delaktiga i planerandet av vårdförloppet och att de ingår i ett partnerskap?
- I vilken utsträckning har patienten ingått dokumenterad överenskommelse?
- Vilken information har patienten fått vad gäller rätten att välja utförare, ingå dokumenterad överenskommelse m.m.?
- Vilken kompetens besitter patienterna när det gäller att ställa krav på att det utvecklas ett partnerskap för vårdförloppet?

Normen om ifrågasättande och ny medicinsk bedömning

- I vilken utsträckning upplever patienterna att de har möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, samt kunna efterfråga en ny medicinsk bedömning när så är aktuellt?
- Vilken information har patienten fått när det gäller att framföra synpunkter/klagomål och att få en ny medicinsk bedömning?
- Vilken kompetens besitter patienterna när det gäller att ifrågasätta vårdgivarens sätt att hantera deras vårdförlopp?

KAPITEL 23

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSREFORM I SAMVERKAN MELLAN STAT, HUVUDMAN, VÅRDGIVARE OCH PROFESSION

23.1 Hälso- och sjukvårdens förmåga att implementera centrala lagar och bedriva reform

En central uppgift i detta arbete har varit att ringa in de beslut och åtgärder som är möjliga, på hälso- och sjukvårdens olika nivåer, för att implementera patientlagen. I enlighet med vår hypotes om att patientlagens implementering möjliggör personcentrerad vård är detta följaktligen beslut och åtgärder som också möjliggör personcentrerad vård. I föregående kapitel fokuserade vi på lagens tillämpning, dvs. på de normer som behöver föreligga inom en vårdgivares verksamhet för att patientlagen ska tillämpas på ett ändamålsenligt sätt. I detta kapitel fokuserar vi på den mer omfattande implementeringsprocessen, dvs. på *vad som behöver göras på statlig nivå, huvudmannanivå, vårdgivarnivå och inom professionernas handlingsystem för att denna normbildning och normtillämpning ska ske*. Vilka åtgärder och beslut krävs av staten, regionerna, kommunerna och privata vårdgivare? Vår uppfattning är att redan under patientmaktutredningen borde man ha utvärderat vilka beslut och åtgärder som krävs för att en lag som patientlagen ska kunna implementeras. Som vi konstaterat ett antal gånger var man inom patientmaktutredningen, åtminstone i viss utsträckning, medvetna om att patientlagens implementering består både i ett maktskifte och perspektivskifte inom hälso- och sjukvården, varför det också borde varit uppenbart att detta är en lag som kräver särskild eftertanke utifrån ett implementeringsperspektiv. Ambitionen i detta kapitel är att sammanfatta vad som sagts i arbetet och formulera något av en modell för planering av hälso- och sjukvårdsreform. Vi kommer att argumentera för vikten av en mer utvecklad ordning (handlingsystem) för hälso- och sjukvårdsreform, vilken tar avstamp i en samverkansambition och arbetet med kvalitetsledning.

23.1.1 Sociolegal design för hälso- och sjukvårdsreform

En central slutsats för detta arbete är att implementering av patientlagen förutsätter ett omfattande reformarbete baserat på samverkan. Denna samverkan behöver bedrivas på hälso- och sjukvårdens samtliga nivåer. Vår slutsats är att staten har en central roll i detta samverkansbaserade reformarbete för att patientlagen ska implementeras.²⁰⁶⁵ Ett annat sätt att se på saken är att det just nu sker omfattande

²⁰⁶⁵ Det är också vår slutsats att det kan vara förhastat att med utgångspunkt i formaljuridiska överväganden hävda att det är olämpligt att använda sig avtalsbaserade samverkanslösningar då man inte utvärderat vad dessa kan åstadkomma, se SOU 2024:43 Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn. Mycket talar för att det krävs ett nytänkande vad gäller samspelet mellan statens och de regionala respektive kommunala huvudmännen.

strukturuomvandlingar av hälso- och sjukvården som kräver kontinuerliga reformarbeten och att patientlagens implementering är en viktig integrerad del i detta reformarbete. Vi har forskningsmässigt följt reformarbetet avseende god och nära vård och i vissa delar avseende kunskapsstyrningen. Ytterst begränsat har vi även i detta arbete följt reformarbetet avseende patientdata, e-hälsodata och journalföring. Vi menar att alla de frågor vi formulerar avseende statens roll och ansvar för patientlagens implementering behöver utvärderas och hanteras utifrån vad som sker inom ramen för detta reformarbete.

En närliggande slutsats, vilken dragits ett antal gånger, är att det krävs ett mer utvecklat sociolegalt förhållningsätt till hur lagar implementeras så att ett statligt initierat reformarbete bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Detta gäller generellt, men är särskilt påtagligt vad gäller hälso- och sjukvården. Förklaringen är den komplexitet som följer av att hälso- och sjukvården utvecklas genom ett samspel mellan statlig, regional, kommunal och privat verksamhet, där särskilt regionerna och kommunerna, men även staten, agerar utifrån flera roller. Regioner och kommuner är både huvudmän och vårdgivare. Staten styr hälso- och sjukvården, men agerar i vissa speciella delar som vårdgivare. Vår slutsats är att det inte bara finns behov av en utvecklad handlingsordning avseende hur hälso- och sjukvårdslagstiftning implementeras och hur hälso- och sjukvården utvecklas i samspillet mellan hälso- och sjukvårdens olika nivåer. Att det redan bedrivs ett arbete att utgå ifrån tydliggörs inom ramen för det reformarbete som bedrivits avseende kunskapsstyrningen och omställningen till god och nära vård.

Med beaktande av det kommunala självstyret och att huvudmannaskapet är placerat på regioner och kommuner är det rimligt att man från statens sida konstaterar att hälso- och sjukvårdsreform förutsätter samverkan. Det krävs gemensam planering, stöd, uppföljning och förbättring för att hälso- och sjukvårdens utveckling ska säkerställas. Detta kan även uttryckas med att det krävs något av ett kvalitetsledningssystem för hela hälso- och sjukvården baserat på samverkan. Det är i detta sammanhang som sociolegal design kan bidra.

23.1.2 Utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet – i dynamiken uppifrån och ned respektive nedifrån och upp

En ytterligare slutsats är att reformarbete avseende hälso- och sjukvård måste förstås utifrån hur hälso- och sjukvården utvecklas både utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv respektive ett uppifrån och ned perspektiv. Dynamiken mellan dessa två perspektiv är tydliga både vad gäller reformarbetet avseende god och nära vård och kunskapsstyrning. I arbetets fjärdedel har vi ringat in de olika gränssnitt där hälso- och sjukvården utvecklas utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Själva kärnan är den evidensbaserade utvecklingen av vårdåtgärder och vårdförlopp. I förhållande till denna kärna ringade vi in betydelsen av en utvecklad ordning för: a) forskning, b) utvärdering, inköp och förskrivning av läkemedel, c) utvärdering, inköp och användning av medicinteknik, c) egentillverkning av medicinteknik, d) utvärdering, inköp och användning av digitala resurser, d) utvärdering, inköp och implementering av tjänster, samt e) rekrytering och kompetensutveckling. Detta är handlingssystem (rättslig ordning) i enlighet med vilka hälso- och sjukvården utvecklas nedifrån och upp.

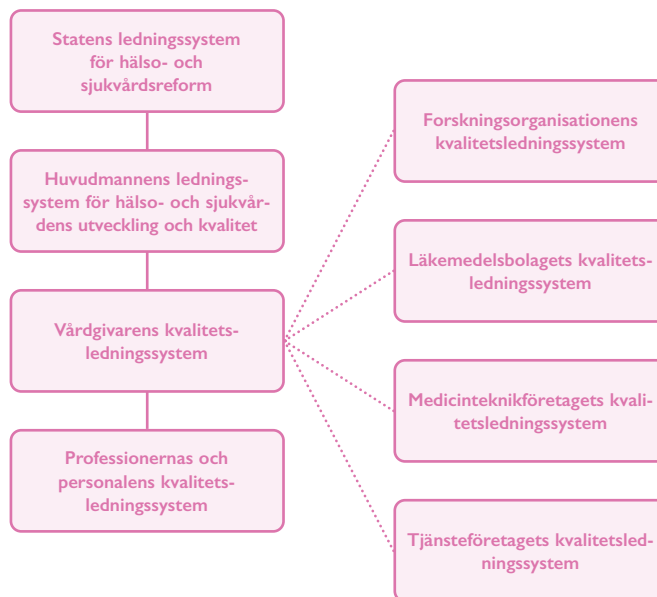
Vi kan konstatera att hälso- och sjukvården genom de processer som hanteras inom respektive ordning resulterar i ett kontinuerligt utvecklingsarbete på professions- och vårdgivarnivå. I det mer normativt inriktade arbetet i del 4 understryker vi vikten av ett kvalitetsarbete och kunskapsstyrning där patientdelaktighet och möjliggörandet av personcentrering är ett centralt inslag. Samtidigt blir det, med ett nedifrån och upp-perspektiv, tydligt att mycket av hälso- och sjukvårdens utveckling drivs av externa aktörer. Läkemedelsindustrin och medicinteknikindustrin möjliggör kontinuerligt nya vårdåtgärder och även vårdförlopp. Särskilt intressant är hur företag som levererar AI-baserade system och andra digitala lösningar möjliggör nya vårdåtgärder och vårdförlopp.

Vi menar följaktligen att ett reformarbete avseende hälso- och sjukvården måste beakta den utveckling som sker utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Detta kan även uttryckas med att reformarbete avseende hälso- och sjukvård måste hantera kvalitetsarbete och kunskapsstyrning både utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv respektive utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv.

23.1.3 En samhällsövergripande kvalitetsordning baserad på samverkan

Den sammantagna slutsatsen är att det behövs ett helhetsgrepp för hälso- och sjukvårdsreform och implementering av lagstiftning för hela den svenska hälso- och sjukvården med fokus på kvalitet. Vår slutsats i detta arbete är man avseende en sådan utveckling bör ta avstamp i arbetet med kvalitetsledningssystem. I del 3 beskrev vi hur man både på huvudmannanivå, vårdgivarnivå och vårdenhetsnivå alltmer arbetar med samordnade kvalitetsledningssystem. I del 4 utvecklade vi hur det utifrån ett sociolegalt perspektiv är tydligt att kvalitetsledningssystemet är grundbulten i vårdgivarens rättsliga och handlingssystem. Detta är överbyggnaden i förhållande till den kvalitetsordning enligt vilken patientlagen rimligen implementeras på vårdgivarnivå, se ovan i kapitel 22. Även om arbete med kvalitetsledningssystem fortfarande är under utveckling så har det potential att samordna kvalitetsarbetet på alla nivåer inom regionerna oavsett om hälso- och sjukvården bedrivs inom offentlig eller privat regi. Utifrån vår analys i del 3 menar vi att det är rimligt att även samverkan mellan huvudmän inbegrips i arbetet med kvalitetsledningssystem. Det är fullt möjligt att hälso- och sjukvårdens huvudmän har samordnade kvalitetsledningssystem. Vi frågar oss även om det kan vara möjligt att även inbegripa statsmaktens reformarbete i utvecklingen av kvalitetsledningssystem. Härigenom skulle ambitionen vara att länka samman kvalitetsarbetet för hela hälso- och sjukvården. Nyckeln för en dylik utveckling, enligt vår mening, är att man tydliggör hur hälso- och sjukvården utvecklas både utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv respektive ett nedifrån och upp-perspektiv.

FIGUR 101.
Samordnade ledningssystem
för kvalitetsutveckling.



Oavsett ambitionen att länka samman kvalitetsledningssystem för hela hälso- och sjukvården är det rimligt att statsmakten tar ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdens kvalitet. I enlighet med vår analys i kapitel 13 menar vi att detta redan sker i viss utsträckning. Vi menar följaktligen att det krävs en mer utvecklad ambition i detta avseende och att man börjar med att fokusera på sitt eget reformarbete avseende hälso- och sjukvården. Hur säkerställer statsmakten att reformarbetet avseende hälso- och sjukvården håller hög kvalitet. Den omständigheten att patientlagen inte har implementerats måste rimligen ses som ett fundamentalt misslyckande i detta avseende. Den omständigheten att de utredningar som gjorts av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys inte resulterat i ett rejält omtag framstår som bekymmersamt. Visserligen är det som vi konstaterat fullt möjligt att argumentera för att det reformarbete som nu bedrivs är ett viktigt led i ett sådant omtag.

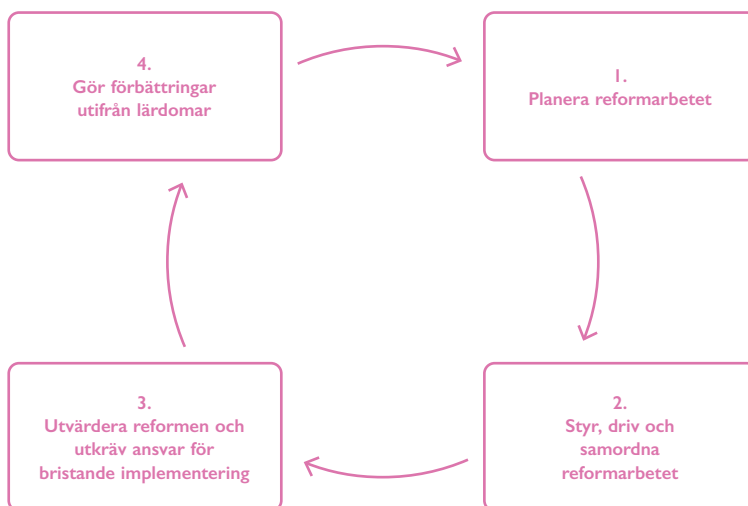
Vi menar således att statsmakten avseende hälso- och sjukvården ska utveckla vad som kan beskrivas som ett kvalitetsledningssystem för hälso- och sjukvårdsreform. Socialstyrelsen lyfter i sin handbok fram vikten att ledningen för hälso- och sjukvården måste kunna styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

”Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer.”²⁰⁶⁶

Detta ställningstagande gäller rimligen även för av statsmakten initierat och styrt reformarbete. På motsvarande sätt som avseende ledningssystem på vårdgivar-nivå är det rimligt att ta avstamp i föreskrifternas 3 kap. 2 §, där det stadgas

2066 Socialstyrelsen, Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete s. 9.

att ledningen med stöd av ledningssystemet ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I den europeiska standarden lyfter man som konstaterats fram den s.k. "Plan-Do-Check-Act-cykeln". Denna menar man ska kunna ligga till grund för all kvalitetsledning.



FIGUR 102.

Ett grundläggande modell för allt utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården.

Staten bör i enlighet med dessa slutsatser fortsätta med den utveckling som påbörjats fokusera på mer koordinerade reformarbetet i samverkan med huvudmän och även vårdgivare. I förhållande till dessa reformer bör man förstärka sitt ledningsansvar med mer utvecklade ledningssystem. Inom ramen för detta har staten fyra huvudansvar: planering, styrning, utvärdering och uppföljning, samt förbättring. Detta är som vi diskuterat i både del 3 och 4 en cykel som fortgår kontinuerligt, dvs. reformarbetet behöver hanteras som fortlöpande utveckling. Det är ur vårt perspektiv också rimligt att se implementeringen av patientlagen som ett inslag i ett kontinuerligt reformarbete där patientens ställning säkerställs i ett hälso- och sjukvårdssystem som präglas kontinuerlig omvandling. I enlighet med detta menar vi att det är rimligt att staten har ett mer eller mindre permanent reformarbete avseende personcentrerad och sammanhållen vård. Detta ligger dessutom helt i linje med föresatserna avseende reformarbetet för god och nära vård.

I detta kapitel begränsas ambitionen att sammanställa ett antal frågor som kan utgöra underlag för en sociolegal design av patientlagens implementering. Detta är frågor som man kan förhålla sig till då hälso- och sjukvårdens centrala aktörer i samverkan planerar hur implementering ska ske. Underlaget är tänkt att användas utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv, dvs. vi utgår ifrån statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdens styrning. Samtidigt menar vi att det är själva samverkan som är nyckeln till ett framgångsrikt reformarbete. Det är rimligt att frågorna diskuteras gemensamt i olika samverkansfora. I samverkan diskuteras vilka åtgärder som ska vidtas av staten, huvudmännen och vårdgivarna, samt vilken samverkan som ska ske. Härigenom iscensätts ett gemensamt reformarbete. Ambitionen är att indirekt lägga grunden till ett samordningsbaserat kvalitetsledningssystem för hälso- och sjukvården.

23.2 Statens roll och ansvar för patientlagens implementering

Statligt styrningsansvar: Hur styr staten hälso- och sjukvården och hur kan staten möjliggöra och säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?

23.2.1 Ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsreform på nationell nivå

Reformen att stärka patientens rätt och ställning har som sagt iscensatts på statlig nivå. Vår slutsats är att detta är ett reformarbete som sträcker sig bortom att implementera en lag. Det krävs ett fortsatt engagemang från statsmaktens sida. När man följer det reformarbete som bedrivs avseende god och nära vård kan vi som sagt konstatera att staten både måste styra och samverka. Vi menar som sagt att det är rimligt att regeringen tänker i termer av ett statligt ledningssystem för hälso- och sjukvårdsreform – ett ledningssystem som genom samverkan och koordinering länkas samman med de regionala och kommunala huvudmännens ledningssystem för hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling.

En första del i planeringsarbetet avser statens roll i det reformarbete som krävs för att implementera patientlagen och möjliggöra personcentrerad vård. På ett övergripande plan uppställer vi följande frågor:

- Vilken politik bedrivs, som är relevant för reformarbetet, på nationell nivå och EU-nivå?
- Hur ska reformarbetet formuleras och ansvar fördelas på nationell nivå?
- Vilka målnormer ska uppställas för reformarbetet på nationell nivå?
- Hur ska regeringen och Regeringskansliet bedriva reformarbete?
- Hur ska myndigheterna bedriva reformarbete?
- Hur ska regeringen och myndigheterna utvärdera och förbättra reformarbetet?

Det är dessa frågor som man, enligt vår mening, bör förhålla sig till då man bedriver hälso- och sjukvårdsreform på statlig nivå. Det är också inom ramen för dessa frågor man bör diskutera hur implementeringen av patientlagen förhåller sig till ett mer omfattande reformarbete. Vi har valt att avgränsa den sociolegala designen till vad som görs på nationell nivå. När det gäller reformarbete på EU-nivå begränsar vi oss till att fråga oss vilka initiativ som iscensatts. Varje fråga behöver i slutändan mynna ut i olika former av statliga beslut. Detta hindrar inte att dessa beslut kan föregås av mer eller mindre omfattande samverkan.

En övergripande slutsats är således att staten, som inte innehar huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, bör bedriva förändringsarbete vad gäller hälso- och sjukvården i form av reformpaket. Så långt möjligt bör man, enligt vår mening, hantera dessa reformer utifrån ett för staten samlat kvalitetsledningssystem. Även statliga myndigheter verkar alltmer inom ramen för sådana. Utmärkande för kvalitetsledning av hälso- och sjukvården på statlig nivå är att det behöver baseras på samverkan. Redan att säkerställa att de statliga aktörerna är koordinerade och samordnade kan vara en utmaning.

23.2.2 Hälso- och sjukvårdspolitik på nationell nivå och EU-nivå

Vilken politik bedrivs, som är relevant för reformarbetet, på nationell nivå och EU-nivå?

Hälso- och sjukvårdspolitikerna är grunden för reformarbetet som bedrivs utifrån ett uppifrån och nedperspektiv. Som vi redogjort för bedrivs politik relevant för hälso- och sjukvårdens utveckling på fyra nivåer: EU-nivå, nationell nivå, regional nivå och kommunal nivå. Det är, med beaktande av hälso- och sjukvården som sådan inte innefattas i EU:s mandat, rimligt att hälso- och sjukvårdspolitikerna på riksplånet ges en särställning. Detta är inte självklart då huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården innehas av regionerna och kommunerna.

Redan genom att fokusera på dessa politiska processer blir det tydligt att det krävs samverkan. Hälso- och sjukvårdsreform som samverkansprojekt kommer att behöva förhålla sig till de politiska processerna på samtliga nivåerna. Den omständigheten att riksdagen innehar lagstiftningsmakten säkerställer dock det naturliga med att iscensätta hälso- och sjukvårdsreformer med utgångspunkt i rikspolitikerna. Hälso- och sjukvårdsreform, utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv, baseras följaktligen på den politik som realiserats i lagstiftningsinitiativ. I den utsträckning det är EU-reglering som iscensätter behovet av hälso- och sjukvårdsreform behöver man ta utgångspunkt i den europeiska politiken. Mycket talar för att det krävs en pågående och aktiv politisk diskussion för att stärka patientens ställning och möjliggöra för hälso- och sjukvården att bli personcentrerad

23.2.3 Reformarbetets formering och organisering på nationell nivå

Hur ska reformarbetet formeras och ansvar fördelas på nationell nivå?

En slutsats är således att mer omfattande hälso- och sjukvårdsreform, även då den initieras av staten med lagstiftning, förutsätter ett samverkansarbete mellan staten och huvudmännen. Mycket talar för att huvudmännen behöver vara aktivt delaktiga i planeringen av själva reformarbetet. Staten behöver vidta åtgärder som kommer att stimulera huvudmännen att ta sitt ansvar för reformarbetet. Detta kräver i sin tur att ansvaret för reformarbetet fördelas, hanteras och samordning inom regeringen respektive de olika myndigheterna. Det är numera förekommande att det tillsätts särskilda koordinatörer.

I detta sammanhang är vi intresserade av att få en överblick över vilka delar av staten som är involverade.

- Hur ska regering och de olika departementen bedriva reformarbete?
- Hur ska de regionala huvudmännen inviteras i reformarbetet?
- Hur ska de kommunala huvudmännen inviteras i reformarbetet?
- Vilka centrala myndigheter är och ska bli delaktiga i reformarbetet avseende patientlagen?

När det gäller hälso- och sjukvården är det regering och riksdag som har nyckelrollen på statlig nivå. Myndigheternas ansvar och delaktighet för reformarbetet

kan alltid härledes tillbaka till beslut från regering och riksdag. När det gäller myndigheternas delaktighet frågar vi oss vilka av följande myndigheter som är delaktiga i vilket reformarbete.

Socialdepartementets myndigheter

- Socialstyrelsen
- E-hälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten
- Inspektionen för vård och omsorg IVO
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd HSAN
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Läkemedelsverket
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV
- Försäkringskassan
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering SBU
- Rättsmedicinalverket
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
- Myndigheten för delaktighet
- Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Finansdepartementets myndigheter

- Myndigheten för digitalförvaltning DIGG

Försvarsdepartementets myndigheter

- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap MSB

Justitiedepartementets myndigheter

- Integritetsskyddsmyndigheten IMY

Utbildningsdepartementets myndigheter

- Vetenskapsrådet

Vi frågar oss även i vilken utsträckning länsstyrelserna och universiteten och högskolorna är delaktiga i reformarbetet. Det kan även vara relevant se till rollen för andra granskande myndigheternas som Riksdagens ombudsmän (JO), Justitekanslern (JK) och Riksrevisionen.

23.2.4 Målnormerna för det nationella reformarbetet

Vilka målnormer ska uppställas för reformarbetet på nationell nivå?

En vedertagen insikt är att det inom ramen för lagstiftning och statligt reformarbete är viktigt att uppställa konkreta och även mätbara mål. Utifrån ett sociolegalt perspektiv är det samtidigt viktigt att utvärdera om och i vilken utsträckning patientlagens övriga bestämmelser ska översättas till målnormer för verksamheten. Varje rättsregel kan översättas till målnormer. På ett övergripande plan frågar vi oss följande:

- Vilka målnormer ska uppställas för utfallet av hälso- och sjukvårdsreformen på nationell nivå?
- Vilka målnormer ska uppställas för statens reformarbete och implementeringsåtgärder?
- Vilka målnormer ska uppställas för samverkan mellan stat, huvudmän och andra aktörer?

Ur vårt perspektiv är översättandet av patientlagens regler till målnormer ett effektivt sätt att lägga en strategi för vad man avser åstadkomma alternativt bidra till. Det kan uppställas målnormer i princip alla avseenden när det gäller implementeringen av patientlagen. Det kan göras vad gäller patienternas upplevelse av sin rätt. Det kan också göras vad gäller vilka åtgärder som ska vidtas av personal och vårdgivare. Målnormer kan också uppställas i förhållande till statens egna åtgärder. I detta sammanhang är det bra att ta utgångspunkt i de tre fokusområdena.

När det gäller vilka målnormer som staten ska uppställa för sitt reformarbete i förhållande till patientlagen har vi som sagt dragit slutsatsen att detta måste hanteras inom ramen för det mer omfattande reformarbetet i relation till hälso- och sjukvårdens systemskiten. Detta betyder att vi behöver utvärdera målnormerna även i förhållande till dessa. På motsvarande sätt frågar vi oss vad som utgör målnormer avseende de olika fokusområdena:

- Vad ska staten åstadkomma genom sitt reformarbete avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet- och kunskapssystem gällande vad som är god vård?
- Vad ska staten åstadkomma genom sitt reformarbete avseende hälso- och sjukvården som ett tillgängligt, nära och sammanhållet system?
- Vad ska staten åstadkomma genom sitt reformarbete avseende systemet för hantering av journaler och patientdata?

Inom dessa mer omfattande frågor är vi följaktligen också intresserade av vilka åtgärder som är kopplade till patientlagens implementering. I enlighet med vad som ovan sagts kan de olika fokusområdena relateras till respektive fråga. Vi frågar oss vilka beslut staten fattat och kommer att fatta vad gäller målnormerna för respektive reformarbete.

23.2.5 Regeringens och departementens beslut och åtgärder

Hur ska regeringen och Regeringskansliet bedriva reformarbete?

Efter den mer övergripande planeringen av vilka verksamheter som ska vara involverade i reformarbetet på statlig nivå är det rimligt att regeringen i samverkan planerar vad det mer konkreta reformarbetet ska bestå i:

Offentliga utredningar

- I vilken utsträckning ska regeringen genomföra ytterligare utredningar som ett led i hälso- och sjukvårdsreformen?

Preciserande och kompletterande lag och förordning

- I vilken utsträckning ska regeringen stifta nya lagar eller utfärda nya förordningar som ett led i, och med relevans för, hälso- och sjukvårdsreformen?

Budgetarbete och finansiering

- I vilken utsträckning ska regeringen avsätta särskilda finansiella medel för projekt som har relevans för hälso- och sjukvårdsreformen?

Styrning av myndigheter

- I vilken utsträckning ska regeringen ge uppdrag till de statliga myndigheterna att bedriva hälso- och sjukvårdsreform, samt genomföra andra aktiviteter som har relevans i detta avseende?

Avtal och samverkan med huvudmän

- I vilken utsträckning ska staten, genom regeringen, ingå särskilda avtal med huvudmännen för att dessa ska ta en aktiv del i den statligt initierade hälso- och sjukvårdsreformen?

Samverkan med civilsamhället

- I vilken utsträckning har och ska regeringen samverka med patientorganisationer och övriga civilsamhället som ett led i hälso- och sjukvårdsreformen?

På detta sätt iscensätts ett reformpaket utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv. Det är ur vårt perspektiv rimligt att även regeringens styrning är föremål för samverkan med framför allt hälso- och sjukvårdens huvudmän, men även med patientorganisationer m.fl.

23.2.6 Myndigheternas beslut och åtgärder

Hur ska myndigheterna bedriva reformarbete?

I förhållande till varje myndighet som ska vara inblandad i hälso- och sjukvårdsreform krävs en närmare planering. På myndighetsnivå bör reformarbete planeras utifrån följande frågor:

Utredning av regeringsuppdrag

- I vilken utsträckning ska myndigheten utföra utredningar?

Föreskrifter och rekommendationer

- I vilken utsträckning ska myndigheten utfärda föreskrifter eller rekommendationer?

Prövning, tillstånd och tillsyn

- I vilken utsträckning ska myndigheten genomföra prövning, utfärda tillsyn eller bedriva tillsyn?

Bevilja medel

- I vilken utsträckning ska myndigheten bevilja medel för aktiviteter?

Informationsplikt och serviceskyldighet

- I vilken utsträckning ska myndigheten vidta informationsåtgärder och andra serviceåtgärder?

Externa avtal och samverkan

- I vilken utsträckning ska myndigheten samverka med huvudmän, patientorganisationer och andra aktörer?

Digitalisering och IT-infrastruktur

- I vilken utsträckning ska myndigheten tillhandahålla digital infrastruktur eller genomföra andra digitala projekt?

Intern samverkan

- I vilken utsträckning ska myndigheten samverka internt med andra myndigheter?

Uppföljning och granskning

- I vilken utsträckning ska myndigheten utvärdera och granska reformarbete som bedrivs?

Utifrån dessa frågor preciseras myndighetsspecifika reformpaket. Även denna planering kan mycket väl ske i samverkan med hälso- och sjukvården.

23.2.7 Utvärdering av reformarbete och implementering på nationell nivå*Hur ska regeringen och myndigheterna utvärdera och förbättra reformarbetet?*

En viktig del av planeringen är som framgått hur utvärderingen av reformarbetet ska ske. Det handlar här om att utvärdera reformarbetet utifrån de målnormer som uppställts. Ur vårt perspektiv är det frågan om att planera hur vi utifrån indikatorer m.m. ska utvärdera att de uppställda målnormerna uppfyllts. Vidare behöver vi planera utvärdering av reformarbetet som sådant. I vilken utsträckning har de olika reformåtgärderna på statlig nivå resulterat i de mål som uppställts? Det är som följer av de frågor som uppställts ovan rimligt att utvärderingsarbetet åvilar de involverade statliga myndigheterna. Vissa myndigheter får rimligen mer omfattande utvärderingsuppdrag. Detta gäller IVO, Vårdanalys, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket m.fl.

Mycket av statens ansvarstagande avseende implementeringen av patientlagen handlar i slutändan om att säkerställa att aktörer på hälso- och sjukvårdens övriga nivåer tar sitt ansvar. Det är ur vårt perspektiv viktigt att någon av de centrala statliga kontrollorganen har till uppgift att ta ett helhetsgrepp och mer systematiskt svara för kontroll, uppföljning och revision av hälso- och sjukvårdsreformer. Rent principiellt kan både JO och JK få ett mer omfattande uppdrag i detta avseende.

Ur vårt perspektiv ligger det närmast till hands att Riksrevisionen ser det som sin uppgift att systematiskt utvärdera och kontrollera hälso- och sjukvårdsreform.

När det gäller statligt ansvarsutkrävande för bristande implementering av patientlagen kan man som nämnts tidigare i boken ta utgångspunkt i regeringens kontrollmakt. Den illustrerar just riksdagens kompetens att granska huruvida regeringen implementerar lagstiftning genom att besluta om förordningar för de statliga myndigheterna. Riksdagen kan därmed utkräva ansvar om regeringen åsidosätter sina förpliktelser genom att besluta om bindande regler som inte följer av exempelvis patientlagens bestämmelser, eller annan central lagstiftning som rör frågor avseende patientens rätt. Rimligtvis bör riksdagens kontrollorgan även utvärdera i vilken omfattning regeringen möjliggjort implementering av rättsliga ordningar för genomförandet av de bindande bestämmelserna.²⁰⁶⁷

Vi menar som sagt att implementeringen av patientlagen måste sättas in i ett större sammanhang vad gäller statens reformarbete av hälso- och sjukvården. Som vi konstaterat är det reformarbete som sker avseende kunskapsstyrning och god och nära vård av stor relevans när det gäller implementering av patientlagen. Sätillvida är det tydligt att staten åtminstone i vissa delar tar ansvar och verkar för implementeringen av patientlagen.

23.3 Huvudmannens roll och ansvar för patientlagens implementering

Huvudmannaansvar: Hur utövar regioner och kommuner sitt huvudmannaskap och hur kan de möjliggöra och säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?

23.3.1 Ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsreform på huvudmannanivå

Det är huvudmannen som har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården. Här innefattas även ansvaret för att hälso- och sjukvården bedrivs i enlighet med lagar och regler. Det råder följaktligen ingen tvekan om att huvudmännen, dvs. regionerna och kommunerna, har ansvar för att säkerställa att patientlagen implementeras i verksamheten. Det är, efter alla de utredningar som gjorts av Vårdanalys, svårt för huvudmännen att hävda att de saknar kännedom om bristen på implementering. Det är också rimligt att staten ifrågasätter huvudmännens avsaknad av engagemang i frågan.

Särskilt intressant är huvudmännens roll när det gäller att ta ansvar för hur man ska hantera de ingripande systemskiften som hälso- och sjukvården står inför. Det är i detta sammanhang tydligt att många av huvudmännen saknar förutsättningar att självständigt bedriva ett reformarbete för att hantera dessa av systemskiften som i stor utsträckning drivits fram av digitaliseringen. Mycket

²⁰⁶⁷ Eftersom det inte är en huvudsak för detta arbete att utvärdera huruvida statsråd eller anställda vid statliga myndigheter m.fl. har ett personligt ansvar för implementering av patientlagen i hälso- och sjukvårdsverksamhet så kommer vi inte i detta läge gå igenom ansvarsutkrävande avseende sådana ansvar. Dock vill vi principiellt nämna möjligheter för ansvarsutkrävande genom prövning av misstroendeförklaring i riksdagen, prövning av ansvar genom ansvarsnämnder, straff- och civilrättsliga påföljder i domstol m.m.

ansvar har också lagts på SKR som en gemensam organisation för huvudmännen. Frågan är vad en ideell förening, vilken också ska verka som arbetsgivarorganisation och intresseorganisation, har för förutsättningar ta ett ledande ansvar vad gäller hälso- och sjukvårdens omvandling.

I arbetet har vi lagt särskild vikt vid att förstå huvudmannansansvaret som rättslig ordning och hur reformarbete bedrivs inom ramen för denna ordning, där huvudmannen hanterar sitt ansvar vad gäller hälso- och sjukvårdsreform. Även på denna nivå finns behov av planeringsarbete. På motsvarande sätt som för staten har vi formulerat ett antal övergripande frågor:

- Vilken politik bedrivs, som är relevant för reformarbetet, på regional och kommunal nivå?
- Hur ska reformarbetet formuleras och ansvar fördelas på läns- och huvudmannanivå?
- Vilka målnormer ska uppställas för reformarbetet på läns- och huvudmannanivå?
- Inom ramen för vilken intern rättslig ordning ska huvudmannen bedriva reformarbete?
- Hur ska huvudmannen bedriva reformarbete i samverkan med andra huvudmän?
- Hur ska huvudmannen bedriva reformarbete i samverkan med patientorganisationer, professionsorganisationer och det övriga civilsamhället?
- Hur ska huvudmannen uppställa krav på externa vårdgivare som är relevanta för reformarbetet och dess implementering?
- Hur ska huvudmannen uppställa krav på externa leverantörer och innovatörer som är relevanta för reformarbetet och dess implementering?
- Hur ska huvudmannen utvärdera reformarbetet och dess implementering?
- I vilken utsträckning och hur ska huvudmannen utkräva ansvar för bristande implementering?
- Hur ska den utvärdering som gjorts resultera i ett förbättrat reformarbete?

Dessa frågor ska således ligga till grund för planeringen av hälso- och sjukvårdsreform inom ramen för varje huvudmans verksamhet. Vi menar som framgått att huvudmännen bör se hälso- och sjukvårdsreform som en del av sin kvalitetsutveckling. Huvudmännen bör se det som sin uppgift att tydliggöra pågående reformarbete och planera dessa utifrån sitt kvalitetsledningssystem. Beroende på vad reformen mer konkret avser kan ytterligare delar av ledningssystemet aktualiseras. På huvudmannanivå är det särskilt angeläget att hälso- och sjukvårdsreform baseras på samverkan. Samverkansarbetet bör därför hanteras som ett led i kvalitetsledningen.

23.3.2 Hälso- och sjukvårdspolitik på regional och kommunal nivå

Vilken politik bedrivs, som är relevant för reformarbetet, på regional och kommunal nivå?

Även på huvudmannanivå är det viktigt att förhålla sig till politiken. Det är slutändan hos fullmäktige som ansvaret för hälso- och sjukvårdsreform är placerat. De folkvalda politikerna har det övergripande ansvaret för att lagar implementeras. Detta gäller för de regionala såväl som kommunala huvudmännen. Regional och

kommunal hälso- och sjukvårdspolitik är rimligen central vad gäller hälso- och sjukvårdens utveckling, samtidigt som krav på jämlikhet m.m. sätter upp tydliga begränsningar i detta avseende. Ur vårt perspektiv är det rimligt att det utvecklas politiska samverkansprocesser mellan hälso- och sjukvårdens olika nivåer. Detta talar också för att mer omfattande hälso- och sjukvårdspolitiska reformer förut-sätter en bred politisk förankring.

23.3.3 Reformarbetets formering och organisering på läns- och huvudmannanivå

Hur ska reformarbetet formeras och ansvar fördelas på läns- och huvudmannanivå?

Vi har konstaterat att huvudmannens verksamhet, vilken är regional och kommunal, bedrivs i enlighet med olika verksamhetslogiker och är relativt komplex till sin natur. En central uppgift är att planera hur ansvaret för att implementera patient-lagen fördelas inom huvudmannen som verksamhet. Vi ställer oss följande frågor:

- Vilket ansvar hanteras inom ramen för huvudmannens politiska ordning när det gäller hälso- och sjukvårdsreformen?
- Vilket ansvar hanteras inom ramen för huvudmannens förvaltningsordning när det gäller hälso- och sjukvårdsreformen?
- Vilket ansvar hanteras inom ramen för huvudmannens ordning för utförande när det gäller hälso- och sjukvårdsreformen?

Ett hälso- och sjukvårdsreform formeras på huvudmannanivå genom ett tydlig-görande av ansvar på denna övergripande nivå. Alla har ansvaret för att säker-ställa att lagar följs och för att bedriva verksamhetsutveckling. Inom ramen för reformarbete har huvudmannen att hantera båda delar.

23.3.4 Målnormer för reformarbetet på läns- och huvudmannanivå

Vilka målnormer ska uppställas för reformarbetet på läns- och huvudmannanivå?

Huvudmannen har som sagt ett särskilt strategiskt ansvar för hälso- och sjuk-vårdens planering och därmed också omvandling. Ur vårt perspektiv är det i dagens läge särskilt viktigt att huvudmännen ser det som sin uppgift att driva patientlagens implementering som en integrerad del i det mer omfattande refor-marbete som nu bedrivs. Huvudmannen bör översätta patientlagens regler till målnormer som ett led i att ta ett strategiskt ansvar. På motsvarande sätt som på den statliga nivån frågar vi oss hur respektive fokusområde inom patientlagen bör översättas till målnormer:

- Vilka målnormer ska uppställas för utfallet av hälso- och sjukvårdsreformen inom den egna regionen respektive kommunen?
- Vilka målnormer ska uppställas för huvudmannens reformarbete och imple-menteringsåtgärder?
- Vilka målnormer ska uppställas för samverkan mellan stat, regionala huvudmän, kommunala huvudmän och andra aktörer?

Även för huvudmannen är det viktigt att relatera implementeringen av patientlagen till det mer omfattande reformarbetet avseende hälso- och sjukvårdens systemskiften. På motsvarande sätt frågar vi oss vad som utgör målnormer avseende de olika fokusområdena:

- Vad ska huvudmannen åstadkomma genom sitt reformarbete avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet- och kunskapssystem?
- Vad ska huvudmannen åstadkomma genom sitt reformarbete avseende hälso- och sjukvården som ett tillgängligt, nära och sammanhållet system?
- Vad ska huvudmannen åstadkomma genom sitt reformarbete avseende systemet för hantering av journaler och patientdata?

Vi menar följaktligen att huvudmannen bör uppställa konkreta och även mätbara mål att förhålla sig till då man implementerar patientlagen och samtidigt driver det mer omfattande utvecklingsarbetet av hälso- och sjukvården.

23.3.5 Huvudmannens interna beslut och åtgärder

Inom ramen för vilken intern rättslig ordning ska huvudmannen bedriva reformarbete?

Efter att det skett en övergripande planering av hur huvudmannen fördelar ansvaret för implementeringen av patientlagen bör det ske en mer detaljerad planering av det interna arbete som ska bedrivas. I detta avseende uppställer vi följande frågor:

Tydliggörande av ansvar

- I vilken utsträckning ska huvudmannen genom reglementen m.m. tydliggöra vilket ansvar som den interna vårdgivarorganisationen har när det gäller delaktighet och implementering av hälso- och sjukvårdsreformen?

Finansiering

- I vilken utsträckning ska huvudmannen avsättas finansiella medel för reformarbetet och implementeringen av detsamma?

Kvalitets- och kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård

- I vilken utsträckning ska huvudmannen bedriva kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning som ett led i reformarbetet?

Stöd till och styrning av kompetensutveckling och annat resursskapande

- I vilken utsträckning ska huvudmannen tillhandahålla och stödja kompetensutveckling och annat resursskapande som ett led i hälso- och sjukvårdsreformen?

Hälso- och sjukvårdsforskning och innovation

- I vilken utsträckning ska huvudmannen bedriva och finansiera forskning och innovationsverksamhet som ett led i hälso- och sjukvårdsreformen?

Klagomål och verksamhetsutveckling baserad på dialog med patienter m.fl.

- I vilken utsträckning ska huvudmannen möjliggöra klagomål och bedriva dialog med patienter m.fl. som ett led i hälso- och sjukvårdsreformen?

Revision, granskning och kontroll av hälso- och sjukvård

- I vilken utsträckning ska huvudmannen genomföra revision, granskning och kontroll av det reformarbete som bedrivs?

23.3.6 Huvudmannens samverkan med andra huvudmän

Hur ska huvudmannen bedriva reformarbete i samverkan med andra huvudmän?

En viktig slutsats i arbetet är som sagt att huvudmannansansvaret i stor utsträckning innefattar ett samverkansansvar. Behovet av att samverka är särskilt stort i en era då hälso- och sjukvården står inför en omfattande omvandling. I detta sammanhang är det relevant att ställa följande frågor:

Samverkan inom SKR och mellan huvudmän på nationell nivå

- I vilken utsträckning ska huvudmannen tillsammans med andra huvudmän använda sig av SKR som en plattform för att bedriva reformarbete?

Samverkan mellan huvudmännen och staten

- I vilken utsträckning ska huvudmannen själv och tillsammans med andra huvudmän samverka med staten för att bedriva reformarbete?

Samverkan med kommunala huvudmän inom regionen

- I vilken utsträckning ska den regionala huvudmannen samverka med de kommunala huvudmännen inom regionen för att bedriva reformarbete?

Samverkan i sjukvårdsregionen

- I vilken utsträckning ska de samverka inom den egna sjukvårdsregionen för att bedriva reformarbete?

Frivillig samverkan med enskilda huvudmän

- I vilken utsträckning ska huvudmannen i övrigt samverka med andra huvudmän för att bedriva reformarbete?

23.3.7 Huvudmannens samverkan med professionsorganisationer, patientorganisationer och civilsamhället

Hur ska huvudmannen bedriva reformarbete i samverkan med patientorganisationer, professionsorganisationer och det övriga civilsamhället?

Huvudmannens samverkan är viktig inte bara i förhållande till andra huvudmän, utan också i förhållande till civilsamhället. Detta är också ett viktigt inslag i den demokratiska utvecklingen av hälso- och sjukvården. Under lång tid har hälso- och sjukvården i olika avseenden samverkat med patientorganisationer

och andra aktörer inom civilsamhället. Denna samverkan blir särskilt viktig i en tid då hälso- och sjukvården omvandlas. Det säger sig i princip självt att det är viktigt när det gäller reformarbete som syftar till att stärka patientens ställning och makt. Även här är det viktigt att planera samverkan.

Regionala huvudmannens interna ordning med patientnämnder m.m.

- Vilken samverkan ska huvudmannen bedriva med civilsamhället inom den interna ordningen med patientnämnder m.m. som ett led i hälso- och sjukvårdsreformen?

Övergripande ordning (överbyggnad) för samverkan med civilsamhället

- Vilken samverkan ska huvudmannen bedriva med civilsamhället genom en övergripande ordning som ett led i hälso- och sjukvårdsreformen?

Ordning för samverkan med patient- och brukarorganisationer inom avgränsade områden

- Vilken samverkan ska huvudmannen bedriva med patient- och brukarorganisationer inom avgränsade medicinska områden som ett led i hälso- och sjukvårdsreformen?

Ordning för samverkan genom idéburet offentligt partnerskap

- Vilken samverkan ska huvudmannen bedriva med idéburet offentligt partnerskap som ett led i hälso- och sjukvårdsreformen?

23.3.8 Huvudmannens hantering av externa vårdgivare

Hur ska huvudmannen uppställa krav på externa vårdgivare som är relevanta för reformarbetet och dess implementering?

Mycket av hälso- och sjukvården bedrivs numera av andra än den egna regionen. Det är viktigt för huvudmannen att säkerställa att denna verksamhet utförs på ett lagenligt sätt. Härvidlag är det följaktligen viktigt att planera hur huvudmannens säkerställer att externa vårdgivare implementerar patientlagen och i övrigt deltar i relevant hälso- och sjukvårdsreform.

Hantering av egna vårdgivare i form av privaträttslig association

- I vilken utsträckning ska huvudmannen uppställa krav, relevanta för hälso- och sjukvårdsreformen, i styrningen av bolag som huvudmannen själv äger?

Hantering av vårdgivare genom kommunal avtalssamverkan

- I vilken utsträckning ska huvudmannen uppställa krav, relevanta för hälso- och sjukvårdsreformen, i kommunal avtalssamverkan?

Hantering av vårdgivare i privat regi

- I vilken utsträckning ska huvudmannen uppställa krav, relevanta för hälso- och sjukvårdsreformen, i den avtalsbaserade styrningen av privata vårdgivare?

23.3.9 Huvudmannens hantering av externa leverantörer av vårdrelaterade produkter och tjänster

Hur ska huvudmannen uppställa krav på externa leverantörer och innovatörer som är relevanta för reformarbetet och dess implementering?

Vi menar att det även i förhållande till externa aktörer som tillhandahåller vård-tjänster och medicintekniska produkter m.m. kan vara rimligt att ställa krav som är relevanta vad gäller patientlagens implementering. Det är så klart beroende på vilka tjänster och produkter det är frågan om. Visserligen är det primärt vårdgivaren som har att hantera dessa relationer, se vidare nedan. Det finns dock anledning att planera hur man ska hantera dessa relationer på huvudmannanivå.

Inköp av kommersiella produkter och tjänster

- I vilken utsträckning ska huvudmannen uppställa krav relevanta för hälso- och sjukvårdsreformen vid upphandling och köp av kommersiella produkter och tjänster?

Inköp av samhällsnyttiga produkter och tjänster

- I vilken utsträckning ska huvudmannen uppställa krav relevanta för hälso- och sjukvårdsreformen vid upphandling och köp av samhällsnyttiga produkter och tjänster?

Inköp av produkter och tjänster genom innovation

- I vilken utsträckning ska huvudmannen uppställa krav relevanta för hälso- och sjukvårdsreformen då man upphandlar och beställer innovationsverksamhet avseende produkter och tjänster?

23.3.10 Utvärdering och förbättring av reformarbete och implementering på regional nivå och huvudmannanivå

Hur ska huvudmannen utvärdera och förbättra reformarbetet?

På huvudmannanivå är det ännu tydligare att reformarbete avseende hälso- och sjukvården ska inbegripa kontinuerlig utvärdering och förbättring. Till grund för huvudmannens granskning avseende reformarbetet ligger lagstiftning, men också konstituerande och styrande dokument avseende den interna organisationen. Sätillvida är utvärderingsarbetet till stor del en intern angelägenhet för den regionala huvudmannen. Som ovan sagts är det rimligt att implementeringen av lagstiftning granskas särskilt av de statliga myndigheterna, vilka också har en främjande och rådgivande roll för att säkerställa kvalitativ hälso- och sjukvård. För att skaffa oss en bild avseende utvärdering och förbättringar av huvudmannens reformarbete har vi uppställt följande frågor:

- I vilken utsträckning ska staten genom de statliga myndigheterna granska huvudmannens reformarbete och implementering?

- I vilken utsträckning ska huvudmannen själv granska det egna reform- och implementeringsarbetet?
- I vilken utsträckning ska huvudmannen själv granska reformarbetet genom kommunal samverkan?
- I vilken utsträckning ska huvudmannen själv granska reformarbetet genom avtalsbaserad samverkan?
- Hur och i vilken utsträckning kan personliga ansvar granskas vad gäller bristande implementering av hälso- och sjukvårdsreform?

Genom att svara på frågorna kan man dels utvärdera huvudmannens olika delar avseende implementering av patientlagen, dels vilka förbättringar som kan ske och hur även dessa kan implementeras. Granskning av personliga ansvar skapar också förutsättningar för en mer högupplöst förståelse för hur reformarbete bedrivs som en del av huvudmannens verksamhet. Särskilt intressant är i vilken omfattning som förtroendevalda politiker och förvaltningens tjänstemän samspelar i de politiska ärendeprocesser som rör frågor avseende implementering av patientlagen. Nämda granskning är relevant både för hur det fungerar inom ramen för huvudmannens interna ordning, men också för hur reformarbete bedrivs på avtalsbaserade samverkansarenor. Det föreligger, som vi ser det, ett stort personligt ansvar för att säkerställa implementering av patientlagen.²⁰⁶⁸

23.4 Vårdgivarens roll och ansvar för patientlagens implementering

Vårdgivaransvar: Hur organiserar och leder vårdgivare hälso- och sjukvårdens utförande och hur kan de möjliggöra och säkerställa att patientlagen implementeras och att vården är personcentrerad?

23.4.1 Ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsreform på vårdgivar- och vårdenhetsnivå

Det är vårdgivaren som har det organisatoriska ansvaret för utförandet av vården. Vårdgivaren får också anses ha ett särskilt ansvar vad gäller säkerställandet av patientlagens tillämpning. I detta sammanhang kan vi också tala om vårdgivarens implementeringsarbete. Det krävs, ur vårt perspektiv, ett mer strategiskt arbete där vårdgivare planerar verksamheten utifrån hur man ska möjliggöra och säkerställa att man hanterar de krav som föreligger på vården. Vår slutsats är, som framgått vid ett flertal tillfällen, att vårdgivarens kvalitetsledningssystem är av särskild betydelse för vårdens utveckling och utförande. Vi menar att planeringsarbetet på vårdgivar- och vårdenhetsnivå bör fokusera på bl.a. följande frågor:

²⁰⁶⁸ Även i denna del är inte ett fokus för detta arbete att visa hur personliga ansvar ska utkrävas. Som nämnts tidigare kan ansvar utkrävas i relation till personernas uppdrag och anställning, om det handlar om brott eller tvister i domstol m.m. där straff- respektive civilrättsliga påföljder kan aktualiseras. I stället vill vi påvisa hur en förståelse kring ansvarsutkrävande hjälper oss att granska och därigenom hitta grund vilka förbättringar som kan ske samt hur sådana förbättringar kan implementeras. Se exempelvis samspelet mellan politiker och tjänstemän för politiska beslut som rör frågor avseende implementering av patientlagen.

Övergripande planering på vårdgivarnivå

- Hur ska reformarbetet formuleras och ansvar fördelas på vårdgivar- och vårdenhetsnivå?
- Vilka målnormer ska uppställas för reformarbetet på vårdgivar- och vårdenhetsnivå?

Reformarbete i förhållande till utvecklingen av vårdåtgärder nedifrån och upp

- Hur ska reformarbete bedrivas och implementeras inom ramen för det kliniska tillhandahållandet av vårdåtgärder?
- Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för forskning och utveckling?
- Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för utvärdering, inköp, förskrivning och användning av läkemedel?
- Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för utvärdering, inköp, egentillverkning, förskrivning och användning av medicintekniska produkter?
- Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för utvärdering, förvärv och användning av digitala resurser och intellektuella tillgångar?
- Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för utvärdering, inköp och implementering av tjänster?
- Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för rekrytering och kompetensutveckling?

Ytterligare reformarbete

- Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för arbetsledning och arbetsmiljö?
- Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för ordningen för vårdens tillgänglighet?
- Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för journal- och patientdatahantering?
- Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för extern samverkan och samordning?

Utvärdering, ansvarsutkrävande och förbättring

- Hur ska vårdgivaren utvärdera reformarbetet och dess implementering?
- I vilken utsträckning och hur ska vårdgivaren utkräva ansvar för bristande implementering?
- Hur ska den utvärdering som gjorts resultera i ett förbättrat reformarbete på vårdgivar- och vårdenhetsnivå?

Med utgångspunkt i dessa frågor kan vårdgivare planera inom ramen för vilka organisatoriska och avtalsbaserade ordning handlingsystem man ska bedriva hälso- och sjukvårdsreform. Detta gäller följaktligen även planeringen av vilket konkret ansvarstagande som ska tas vad gäller patientlagens implementering.

23.4.2 Reformarbetets formering och organisering på vårdgivar- och vårdenhetsnivå

Hur ska reformarbetet formeras och ansvar fördelas på vårdgivar- och vårdenhetsnivå?

Vi menar således att mer omfattande hälso- och sjukvårdsreform kommer att behöva formeras som utvecklingsprojekt inom ramen för vårdgivarens verksamhet. Detta sker rimligen med utgångspunkt i en plan över hur ansvaret för och arbetet avseende den specifika reformen fördelas inom vårdgivarens organisation. Då det är frågan om utvecklingsprojekt som drivs i enlighet med en uppifrån och ned-logik är det rimligt att formera projektet med utgångspunkt i hur ledningsarbetet bedrivs. Även om vårdgivare kan skilja sig drastiskt åt, menar vi att det är rimligt att utgå från följande frågor:

- Vilket ansvar har vårdgivarens ledningsstruktur för hälso- och sjukvårdsreformen?
- Vilket ansvar har vårdenheterna och deras särskilt tillsatta styrelser m.m. för hälso- och sjukvårdsreformen?
- Vilket ansvar har verksamhetschefer och chefsläkare för hälso- och sjukvårdsreformen?

En central utmaning när det gäller hälso- och sjukvårdsreform på vårdgivare är att länka samman reformen med det utvecklingsarbete som sker i enlighet med en nedifrån och upp-logik. Vi menar som sagt att detta rimligen sker inom ramen för vårdgivarens kvalitetsledningssystem och andra relevanta ledningssystem. På ett övergripande plan bör de som har ett ledande ansvar följaktligen överväga hur man kan använda ledningssystem för att hantera det reformbehov som föreligger.

23.4.3 Målnormer för reformarbetet på vårdgivar- och vårdenhetsnivå

Vilka målnormer ska uppställas för reformarbetet på vårdgivar- och vårdenhetsnivå?

Även på vårdgivarnivå är det en viktig planering att bestämma hur reformen ska översättas till målnormer. Vi fokuserar följaktligen på målnormer för respektive vårdgivare och möjligen även vårdenhet. På denna nivå blir målnormerna, särskilt om de relateras till indikatorer och resultatstyrning, än mer operativa. Vi menar att man i planeringsarbetet kan utgå från följande tre övergripande frågor:

- Vilka målnormer ska uppställas för utfallet av hälso- och sjukvårdsreformen inom vårdgivarens och de specifika vårdenheternas verksamhet?
- Målnormer för vårdgivarens reformarbete och implementeringsåtgärder?
- Målnormer för vårdgivarens samverkan?

När det gäller vilka målnormer som vårdgivaren ska uppställa för sitt reformarbete i förhållande till patientlagen har vi ovan dragit slutsatsen att detta måste hanteras inom ramen för det mer omfattande reformarbetet i relation till hälso- och

sjukvårdens systemskiften. Detta betyder att vi behöver utvärdera målnormerna även i förhållande till dessa. På motsvarande sätt frågar vi oss vad som utgör målnormer avseende de olika fokusområdena:

- Vad ska vårdgivaren åstadkomma genom att utveckla verksamhetens kvalitets- och kunskapssystem?
- Vad ska vårdgivaren åstadkomma genom sitt utvecklingsarbete kring hur verksamheten ska vara en del i ett tillgängligt, nära och sammanhållet system?
- Vad ska vårdgivaren åstadkomma avseende utvecklingen av ett system för hantering av journaler och patientdata?

Inom dessa mer omfattande frågor är vi följaktligen också intresserade av vilka åtgärder som är kopplade till patientlagens implementering.

23.4.4 Kliniskt tillhandahållande av vårdåtgärder

Hur ska reformarbete bedrivas och implementeras inom ramen för det kliniska tillhandahållandet av vårdåtgärder?

Den ordning där hälso- och sjukvårdsreform utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv möter vårdens utveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv är den avseende det kvalitativa tillhandahållandet av vårdåtgärder. Planeringen vad gäller denna ordning är följaktligen särskilt viktig. Inom ramen för denna ordning är också hälso- och sjukvårdsprofessionerna av särskild betydelse. Vi menar att man i planeringsarbetet kan utgå från följande frågor:

- I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreformen bedrivas och implementeras genom vårdgivarens ledningssystem för kvalitet?
- I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreformen bedrivas och implementeras genom utveckling av vårdåtgärder och vårdförlopp inom ramen för nämnda ledningssystem?
- I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreformen bedrivas och implementeras genom vårdgivarens kunskapsstyrning?

Frågorna ger en bild av hur hälso- och sjukvårdsreform ska hanteras inom ramen för ett för vårdgivaren gemensamt kvalitetsledningssystem. Själva kärnan är utvecklandet av vårdåtgärder och även vårdförlopp. Vad som är god vård ska där det är ändamålsenligt bli en del av vårdgivarens kunskapsstyrning. Det är i stor utsträckning inom dessa processer som patientens rätt ska implementeras och tillämpas, se kapitel 22.

23.4.5 Forskning och utveckling

Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för forskning och utveckling?

En annan viktig ordning som rör vårdgivarens reform och implementeringsarbete i ett nerifrån och upp-perspektiv är framtagande av ny kunskap för vårdgivarens verksamhet. Här finns som nämnts tidigare krav på vetenskaplig grund och

beprovad erfarenhet för att den nya kunskapen ska anses vara ändamålsenlig och kunna användas för vårdåtgärder och vårdförlopp. Det innebär bl.a. att reform- och implementeringsarbete i denna del behöver möta särskilda krav avseende kvalitet. Vi har därför uppställt följande frågor:

- I vilken utsträckning implementeras patientlagen genom vårdgivarens kvalitetsledningssystem för forskningsbaserad utveckling?
- I vilken utsträckning implementeras patientlagen genom forskning i enlighet med god forskningssed och i enlighet med godkänd etikprövning?
- I vilken utsträckning implementeras patientlagen genom att forskning- och utvecklingsarbetet resulterar i vårdåtgärder av god kvalitet?
- I vilken utsträckning implementeras patientlagen genom att forskningsresultat inkluderas i vårdgivarens kunskapsstyrning?

Genom att besvara frågorna får man ett underlag för hur och i vilken omfattning implementering av patientlagen sker genom forskning och utveckling. Särskilt intressant i sammanhanget är just att mycket av den konkreta vårdåtgärdsutvecklingen har krav på sig om vetenskaplig grund. Härefter kan bidrag finnas för att vårdgivaren lyckas erbjuda behandling med exempelvis bästa medicinska verkan.

23.4.6 Läkemedel

Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för utvärdering, inköp, förskrivning och användning av läkemedel?

En annan del av vårdgivarens reformarbete i ett nerifrån och upp-perspektiv avser vårdgivarens läkemedelshantering och läkemedelsförsörjning. Detta är ett reformarbete som till viss del sker tillsammans med externa aktörer från läkemedelsindustrin vilket på olika skapar relationella strukturer i reformarbetet. För att planera vårdgivarens reformarbete i denna del kan vi utgå ifrån ett antal frågor.

I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreformen bedrivas och implementeras:

- inom ramen för kvalitetsledningssystem för läkemedel?
- vid utvärdering och inköp av läkemedel?
- vid hantering av läkemedel?
- vid förskrivning och användning av läkemedel?

Det uppställda frågorna skapar en bild av hur vårdgivaren genom läkemedelshantering m.m. implementerar patientlagen i sin vårdverksamhet. Som nämnts tidigare i boken är läkemedel en central del av tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster och vårdåtgärder för att behandla patienter och därmed även uppfylla de krav som ställs i patientlagen. Rutiner för optimering av läkemedelsdosering är exempel där det är relevant att diskutera implementering av åtminstone vissa av patientlagens bestämmelser.

23.4.7 Medicintekniska produkter

Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för utvärdering, inköp, egentillverkning, förskrivning och användning av medicintekniska produkter?

Nya lösningar avseende medicintekniska hjälpmedel är också ett viktigt inslag i den utveckling som sker utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv. Utvecklingen sker i stor utsträckning tillsammans med externa industriaktörer. Medicintekniska produkter är ofta del av vårdåtgärder som rör både diagnostisering, behandling och rehabilitering för såväl sjukdomstillstånd som funktionshinder. Detta är också något som får allt större utrymme inom ramen för digitalisering och monitorering av vårdåtgärder och vårdförlopp. Även vad gäller planeringen i denna del kan vi utgå ifrån ett antal frågor.

I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreformen bedrivas och implementeras:

- inom ramen för kvalitetsledningssystem för medicintekniska produkter?
- vid utvärdering och inköp av medicintekniska produkter?
- vid egentillverkning av medicintekniska produkter?
- vid förskrivning och användning av medicintekniska produkter?

Frågorna hjälper till att förstå huruvida vårdgivaren implementerar patientlagens bestämmelser genom införskaffande och användning av medicintekniska produkter. Det kan avse implementering genom möjliggörande av nya mer effektiva behandlingsmetoder för sjukdomstillståndet eller mer patientsäker vård vid diagnostisering, behandling eller rehabilitering.

23.4.8 Digitala resurser och intellektuella tillgångar

Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för utvärdering, förvärv och användning av digitala resurser och intellektuella tillgångar?

En annan del av den utveckling som sker utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv avser vårdgivarens anskaffande och användning av digitala resurser. Även i denna del behöver vårdgivaren i sitt reformarbete förhålla sig till vad en extern aktör utvecklat och framställt, samt därmed ansvara för dennes arbete i det egna implementeringsarbetet. Genom digitalisering och användande av datorprogram som en del av vårdåtgärder blir det allt vanligare att bedriva implementering genom användande av digitala resurser. På motsvarande sätt som ovan utgår i planeringsarbetet från några frågor.

I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreformen bedrivas och implementeras:

- inom ramen för kvalitetsledningssystem för digitala resurser?
- vid förvärv av digitala resurser?
- vid användning och uppföljning av digitala resurser?

Med utgångspunkt i frågorna kan man få ett underlag för att analysera på vilka sätt som digitala resurser kan utgöra ett viktigt medel för implementering av patientlagen. I och med utvecklingen av alltmer avancerad mjukvara och databaser med information möjliggörs en mer effektiv och säker diagnostisering av sjukdomstillstånd. Härigenom blir det också tydligt att digitala resurser kan användas för att möta lagkraven i patientlagen.

23.4.9 Externa tjänster

Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för utvärdering, inköp och implementering av tjänster?

Ett ytterligare område som kan ha relevans för vårdgivarens reformarbete innefattar införskaffande och användning av externa tjänster. Som nämnts tidigare kan externa tjänster avse alltifrån kliniskt vårdutförande, tillgång till klinisk miljö, tillgång till externa digitala tjänster. En gemensam sak är att de externa tjänsterna är just externa och i sammanhanget utgör medel för utförande av vårdgivarens vårdåtgärder. För att planera vårdgivarens reformarbete genom externa tjänster kan man utgå från följande frågor.

I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreformen bedrivas och implementeras:

- inom ramen för kvalitetsledningssystem för kliniska tjänster?
- vid inköp av externa tjänster?
- vid implementering av externa tjänster?

Även här blir det tydligt att implementeringen av centrala bestämmelser i patientlagen kan aktualiseras.

23.4.10 Rekrytering och kompetensutveckling

Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för rekrytering och kompetensutveckling?

En sista del av det av den utveckling som sker nerifrån och upp avser vårdgivarens rekrytering och kompetensutveckling. I denna del handlar det om att vårdgivaren bedriver reformarbete genom att rekrytera personal och även kontinuerligt utbildar den egna personalen. I planeringen av reformarbetet kan vi ställa oss ett antal frågor.

I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreformen bedrivas och implementeras:

- inom ramen för ett kvalitetsledningssystem för rekrytering och kompetensutveckling?
- vid rekrytering och kompetensutveckling inom ramen för verksamheten?
- vid utbildning för specialisttjänstgöring?

Inom ramen för planeringen av rekryterings- och kompetensutvecklingsprocesser kan vårdgivaren verka för att kraven i patientlagens bestämmelser ska implementeras genom personalens kompetens.

23.4.11 Arbetsledning och arbetsmiljö

Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för arbetet med arbetsledning och arbetsmiljö?

Även när det gäller den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens roll och ansvar i arbetet med hälso- och sjukvårdsreformen applicerar vi en sociolegal modell. Utifrån ett uppifrån och ned-perspektiv på hälso- och sjukvårdens utveckling är detta det sista steget vad gäller att säkerställa hälso- och sjukvårdens omställning i praktiken. Här handlar det följaktligen också om implementering. Vi fokuserar här på fyra rättsliga ordningar förknippade med hälso- och sjukvårdsprofessionerna och hälso- och sjukvårdspersonalen. På ett övergripande plan uppställer vi följande frågor för utvärderingen:

- I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreform bedrivas inom ramen för personalens verksamhetsansvar?
- I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreform bedrivas inom ramen för relationen mellan arbetsgivare och arbetstagare?
- I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreform bedrivas inom ramen för vårdgivarens arbetsmiljöarbete?
- I vilken utsträckning ska hälso- och sjukvårdsreform bedrivas som ett led i legitimering av hälso- och sjukvårdens professioner och hanteringen av deras specialisering?

Sammantaget kan frågorna möjliggöra strukturerade underlag för i vilka delar, och i vilken omfattning, vårdgivare i egenskap av arbetsgivare bedriver reformarbete och implementering av patientlagen. För vårdgivaren kan det vara intressant att få överblick kring vilka frågor som rör patientlagens bestämmelser inom verksamhetens olika nivåer, samt vem som tar vilka beslut med bindande verkan. Detsamma avser sådana beslut som tas utanför den egna organisationen, men som vårdgivaren i sitt reformarbete ändå behöver förhålla sig till.

23.4.12 Vårdens tillgänglighet

Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för ordningen för vårdens tillgänglighet?

En annan del av reformarbetet rör tillgänglighet av vårdgivarens hälso- och sjukvårdstjänster. I denna del handlar det om huruvida vårdgivaren använder digital service för att implementera patientlagen. På samma sätt som diskuterats ovan avseende digitala resurser bidrar digitala lösningar till att göra vården tillgänglig och att ge patienter ökad delaktighet genom digitala gränssnitt. För att kunna bedöma i vilken omfattning vårdgivaren bedriver reformarbete i denna del uppställer vi följande frågor:

- I vilken utsträckning implementeras patientlagen inom ramen för vårdgivarens digitala service?
- I vilken utsträckning implementeras patientlagen genom ett ledningssystem för digital tillgänglighet?

Frågorna kan leda fram till underlag för att kunna utvärdera den digitala servicens betydelse i implementeringsarbetet. I sammanhanget ska nämnas att den digitala servicen ofta har som grundfunktioner att tillgängliggöra information för patienter, vilket i sig utgör implementeringsgrunder för patientlagen.

23.4.13 Journal- och patientdatahantering

Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för journal- och patientdatahantering?

Ytterligare reformarbete rör vårdgivarens journal- och datahantering. Som nämnts i kapitel 15 har vårdgivaren långtgående rättsliga ansvar avseende behandling av personuppgifter inom ramen för sin verksamhet samt journalhantering. I dessa delar är det relativt uppenbart hur denna ordning är central för implementering av patientlagens bestämmelser avseende exempelvis integritet och samtycke för hantering av patientinformation. För att få en bild över hur reformarbetet bedrivs inom området har vi utformat ett antal frågor:

- I vilken utsträckning bedrivs hälso- och sjukvårdsreform inom ramen för vårdgivarens journalansvar?
- I vilken utsträckning bedrivs hälso- och sjukvårdsreform inom ramen för hantering av patientdata och annan vårddata?
- I vilken utsträckning bedrivs hälso- och sjukvårdsreform som ett led i arbetet med behandling av personuppgifter och datasäkerhet?
- I vilken utsträckning bedrivs hälso- och sjukvårdsreform som ett led i arbetet med cybersäkerhet?

Precis som i övriga delar kan frågorna leda till insikter om var och hur vårdgivarens reformarbete sker avseende implementering av patientlagen. Särskilt ska nämnas att integritets- och säkerhetsfrågor avhandlas på samtliga nivåer, men med något olika perspektiv.

23.4.14 Samverkan och samordning

Hur ska reformarbete bedrivas inom ramen för extern samverkan och samordning?

Extern samverkan och samordning är en viktig del i att planera reformarbete även på vårdgivarnivå. På ett övergripande plan utgår vi från följande frågor:

- I vilken utsträckning bedrivs hälso- och sjukvårdsreform inom ramen för vårdgivarens samverkan med regionala och kommunala huvudmän avseende vård och omsorg?
- I vilken utsträckning bedrivs hälso- och sjukvårdsreform inom ramen för vårdgivarens samverkan med patientorganisationer och civilsamhället?

23.4.15 Utvärdering och förbättring av reformarbete på vårdgivarnivå

Hur ska vårdgivaren utvärdera och förbättra reformarbetet?

Vårdgivarens verksamhet kan utvärderas utifrån de bindande krav som uppställs avseende verksamheten och dess reformarbete. Även på vårdgivarnivå är det viktigt att planera utvärderings- och förbättringsarbetet. I denna del kan vi utgå från följande frågor:

- I vilken utsträckning ska vårdgivarens hälso- och sjukvårdsreform granskas utifrån lagar och bindande föreskrifter?
- I vilken utsträckning ska vårdgivarens hälso- och sjukvårdsreform granskas utifrån konstituerande och styrande dokument?
- I vilken utsträckning ska vårdgivarens hälso- och sjukvårdsreform granskas utifrån avtal och överenskommelser?
- I vilken utsträckning ska vårdgivarens hälso- och sjukvårdsreform granskas utifrån kravställande om kvalitet i ledningssystemen?

På vårdgivarnivå utgår vi från vad granskningen av reformarbetet bör ske i förhållande till. Intressant i sammanhanget är att granskningsorganen innefattar både statliga myndigheter och huvudmannens granskningsorgan, som internt granskar vårdgivarens efterlevnad av regelkraven i de respektive ledningssystemen. Gemensamt är att de har kompetens att granska huruvida vårdgivaren implementerar patientlagen på det som sätt som beskrivits i detta avsnitt. Inom ramen för granskningsarbetet ingår att ge rekommendationer eller förslag på förbättrande åtgärder för reformarbetet. Varje kontrollfunktion utarbetar sådant underlag utifrån sin uppgift, som sedan vårdgivaren har att implementera i sin verksamhet.

23.4.16 Ansvarsutkrävande vårdgivar- och vårdenhetsnivå

I vilken utsträckning och hur ska vårdgivaren utkrävas ansvar för bristande implementering?

Nära förknippat med granskning är ansvarsutkrävande vid bristande implementering. Även i denna del är vi inte intresserade av hur de facto personliga ansvar ska utkrävas. Dock ser vi hur en analys avseende det personliga ansvarsutkrävandet öppnar upp för en förståelse kring var bristerna uppkommer och därmed kan hanteras. På ett övergripande plan utgår vi från följande frågor:

- I vilken utsträckning, och för vad, ska styrelsen ansvarsutkrävas gällande vårdgivarens bristande implementering av hälso- och sjukvårdsreform?
- I vilken utsträckning, och för vad, ska verksamhetsledningen ansvarsutkrävas gällande vårdgivarens bristande implementering av hälso- och sjukvårdsreform?
- I vilken utsträckning, och för vad, ska hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarsutkrävas gällande vårdgivarens bristande implementering av hälso- och sjukvårdsreform?

Genom att gå igenom frågeunderlaget kan vi urskilja vilka reformfrågor som hanteras på respektive nivå, samt vilka personer som hanterar och ansvarar för implementering av patientlagen.²⁰⁶⁹ Här illustreras också vad som utgör verksamhets- respektive professionsansvar. Särskilt intressant är hur ansvarsutkrävande från statsmakten kan aktualiseras i personcentreringsfrågor som rör IT, datasäkerhet, medicinska hjälpmedel och digital service, vilket i sig skapar ökade krav på vårdgivarens förmåga till rättsligt ansvarstagande.

²⁰⁶⁹ Vi kommer således inte gå igenom i vilken omfattning det föreligger personliga ansvar enligt kommunallagen eller aktiebolagslagen, huruvida det kan vara fråga om straff eller civilrättsliga påföljder, återkallelse av legitimationer m.m. Vi kommer heller inte utreda disciplinansvar enligt arbetsrättslig lagstiftning etc.

KÄLLOR

Internationella konventioner

FN:s konventioner om mänskliga rättigheter

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

FN:s konvention om barnets rättigheter, Barnkonventionen

EU:s fördrag, förordningar och direktiv m.m.

Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS No. 164). Oviedo, 4.IV.1997.

Europeisk social stadga SÖ 1998:35.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, i lydelsen enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna 2012/C 326/02 SV Europeiska unionens officiella tidning 26.10.2012.

Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (konsoliderad version) C 326/124 SV Europeiska unionens officiella tidning 26.10.2012.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 536/2014 av den 16 april 2014 om kliniska prövningar av humanläkemedel och om upphävande av direktiv 2001/20/EG.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/2102 av den 26 oktober 2016 om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/746 av den 5 april 2017 om vissa medicintekniska produkter för in-vitro-diagnostik.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2021/2282 av den 15 december 2021 om utvärdering av medicinsk teknik och om ändring av direktiv 2011/24/EU.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/868 av den 30 maj 2022 om europeisk dataförvaltning och om ändring av förordning (EU) 2018/1724 (dataförvaltningsakten).

Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2022/2555 av den 14 december 2022 om åtgärder för en hög gemensam cybersäkerhetsnivå i hela unionen, om ändring av förordning (EU) nr 910/2014 och direktiv (EU) 2018/1972 och om upphävande av direktiv (EU) 2016/1148 (NIS 2-direktivet).

Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2022/2557 av den 14 december 2022 om kritiska entiteters motståndskraft och om upphävande av rådets direktiv 2008/114/EG (CER-direktivet).

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2023/2854 av den 13 december 2023 om harmoniserade regler för skälig åtkomst till och användning av data och om ändring av förordning (EU) 2017/2394 och direktiv (EU) 2020/1828 (dataförordningen).

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2024/1689 av den 13 juni 2024 om harmoniserade regler för artificiell intelligens och om ändring av förordningarna (EG) nr 300/2008, (EU) nr 167/2013, (EU) nr 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 och (EU) 2019/2144 samt direktiven 2014/90/EU, (EU) 2016/797 och (EU) 2020/1828 (förordning om artificiell intelligens).

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) om övergripande cybersäkerhetskrav för produkter med digitala element och om ändring av förordningarna (EU) nr 168/2013 och (EU) 2019/1020 och direktiv (EU) 2020/1828 (cyberresiliensförordningen).

Lagar

Lag (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område

Tryckfrihetsförordningen (1949:105)

Brottsbalken (1962:700)

Regeringsformen (1974:152)

Lag (1974:174) om identitetsbeteckning för juridiska personer m.fl.

Lag (1974:358) om facklig förtroendemans ställning på arbetsplatsen

Abortlag (1974:595)

Lag (1975:1339) om Justitiekanslerns tillsyn

Lag (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Lag (1982:80) om anställningsskydd

Arbetslagslag (1982:673)

Tandvårdslagen (1985:125)

Förvaltningslag (1986:223)

Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Lag (1989:186) om överklagande av administrativa beslut av Riksdagsförvaltningen och riksdagens myndigheter

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Arkivlag (1990:782)

Lag (1990:1404) om betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Folkbokföringslag (1991:481)

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning
Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi
Lag (1994:260) om offentlig anställning
Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
Lag (1995:831) om transplantation m.m.
Lag (1995:832) om obduktion m.m.
Årsredovisningslag (1995:1554)
Patientskadelag (1996:799)
Lag (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor
Lag (2000:662) om Vetenskapsrådet
Socialtjänstlag (2001:453)
Lag (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.
Lag (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m.
Lag (2002:1023) med instruktion för Riksrevisionen
Lag (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet
Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor
Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser
Smittskyddslag (2004:168)
Aktiebolagslag (2005:551)
Lag (2006:351) om genetisk integritet m.m.
Lag (2006:496) om blodsäkerhet
Lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap
Lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler
Diskrimineringslag (2008:567)
Patientdatalag (2008:355)
Lag (2009:366) om handel med läkemedel
Lag (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel
Lag (2010:630) om regionalt utvecklingsansvar
Patientsäkerhetslag (2010:659)
Lag (2011:745) med instruktion för Riksdagsförvaltningen
Lag (2012:263) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga organ
Lag (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom europeiska ekonomiska samarbetsområdet
Patientlag (2014:821)
Läkemedelslag (2015:315)
Lag (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer
Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
Lag (2017:310) om framtidsfullmakter
Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
Kommunallag (2017:725)
Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s
dataskyddsförordning
Lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning
Lag (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar
Lag (2018:1091) med kompletterande bestämmelser om etisk granskning till
EU:s förordning om kliniska prövningar av humanläkemedel
Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter
Lag (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service
Lag (2019:504) om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet
i forskning
Lag (2019:668) om upphandlingsstatistik
Lag (2020:914) om tystnadsplikt vid utkontraktering av teknisk bearbetning
eller lagring av uppgifter
Lag (2021:600) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om
medicintekniska produkter
Lag (2021:603) med kompletterande bestämmelser om etisk granskning till
EU:s förordningar om medicintekniska produkter
Lag (2022:900) om registrering av idéburna organisationer
Lag (2022:1250) om egenvård
Lag (2023:499) med instruktion för Riksdagens ombudsmän (JO)

Förordningar

Förordning (1975:1345) med instruktion för Justitiekanslern
Författningssamlingsförordning (1976:725)
Arbetsmiljöförordning (1977:1166)
Avgiftsförordning (1992:191)
Förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi
Förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning
Förordning (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet
Förordning (1999:1134) om belastningsregister
Förordning (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer
Förordning (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag
Förordning (2002:746) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.
Förordning (2006:196) om register över legitimerad hälso- och
sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln
undersköterska
Förordning (2006:358) om genetisk integritet m.m.
Förordning (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid
extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap
Internrevisionsförordning (2006:1228)
Myndighetsförordning (2007:515)
Förordning (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket.
Förordning (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket

Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Patientdataförordning (2008:360)
Förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)
Förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Förordning (2011:582) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg
Förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten
Förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten
Förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet
Riksdagsordning (2014:801)
Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst
Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)
Förordning (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.
Förordning (2017:583) om regionalt tillväxtarbete
Förordning (2017:868) med länsstyrelseinstruktion
Förordning (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning
Förordning (2018:1425) med instruktion för Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
Förordning (2018:1486) med instruktion för Myndigheten för digital förvaltning
Förordning (2018:1938) om tillgänglighet till digital offentlig service
Förordning (2021:631) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter
Förordning (2022:1256) om egenvård
Förordning (2023:490) om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap

Regeringens propositioner

Prop. 1978/79:220 om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.
Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m.
Prop. 1984/85:189 om patientjournal m.m.
Prop. 1985/86:80. Om ny förvaltningslag
Prop. 1993/94:149 Ålīgāgāden för personal inom hälso- och sjukvården

Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
Prop. 1996/97:105 Kommunal samverkan
Prop. 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
Prop. 1997/98:189 Patientens ställning
Prop. 1998/99:4 Stärkt patientinflytande
Prop. 2007/08:105 Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.
Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m.
Prop. 2008/09:29 Lag om valfrihetssystem
Prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m.
Prop. 2009/10:55 En politik för det civila samhället
Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning
Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn
Prop. 2012/13:109 Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd
Prop. 2012/13:150 Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning
Prop. 2013/14:106 Patientlag
Prop. 2015/16:139 Patientrörlighet inom EES – vissa kompletterande förslag
Prop. 2016/17:30 Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna
Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och med sjukvårdslag
Prop. 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården
Prop. 2016/17:171 En ny kommunallag
Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag
Prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvård och en förstärkt vårdgaranti
Prop. 2017/18:89 Ett modernt och stärkt skydd för Sveriges säkerhet – ny säkerhetsskyddslag
Prop. 2017/18:151 En generell rätt till kommunal avtalssamverkan
Prop. 2017/18:186 Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter
Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform
Prop. 2019/20:201 Tystnadsplikt vid utkontraktering av teknisk bearbetning eller lagring av uppgifter
Prop. 2021/22:177 Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation
Prop. 2021/22:244 Stärkt rätt till personlig assistans vid behov av egenvård
Prop. 2022/23:1 Budgetpropositionen för 2023
Prop. 2023/24:1 Budgetpropositionen för 2024

Statens offentliga utredningar

SOU 1977:66 Patient i sjukvården – kontakt och information. Rapport från en expertgrupp inom medicinalansvarskommittén

- SOU 1978:26 Hälso- och sjukvårdspersonalen. Ansvarsfrågor. Samverkan personal – patienter.
- SOU 1979:78 Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag.
- SOU 1984:73 Patientjournalen.
- SOU 1993:93 Vårdens svåra val: rapport från Utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården
- SOU 1995:5 Vårdens svåra val.
- SOU 1996:163 Behov och resurser i vården – en analys.
- SOU 1997:154 Patienten har rätt. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation.
- SOU 1999:66 God vård på lika villkor? Om statens styrning av hälso- och sjukvården.
- SOU 2001:8 Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare.
- SOU 2002:14 Statlig tillsyn – Granskning på medborgarnas uppdrag.
- SOU 2003:91 Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning.
- SOU 2004:100 Tillsyn. Förslag om en tydligare och effektivare tillsyn.
- SOU 2004:112 Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna.
- SOU 2006:82 Patientdatalag
- SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Ansvarskommitténs slutbetänkande.
- SOU 2007:75 Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning.
- SOU 2008:117 Patientsäkerhet, Vad har gjorts? Vad behöver göras? Betänkande av patientsäkerhetsutredningen.
- SOU 2008:127 Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning.
- SOU 2010:29 Förvaltningslagsutredningen. En ny förvaltningslag.
- SOU 2011:16 Allmän skyldighet att hjälpa nödställda?
- SOU 2013:2 Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.
- SOU 2013:15 Läkarutbildningsutredningen. För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning.
- SOU 2013:144 Ansvarsfull hälso- och sjukvård.
- SOU 2015:14 Sedd, hörd och respekterad – Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården.
- SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård – Betänkande av Utredningen om betalningsansvarslagen.
- SOU 2015:80 Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning.
- SOU 2015:102 Fråga patienten: Nya perspektiv i klagomål och tillsyn. Klagomålsutredningen.
- SOU 2016:2 En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Effektiv vård.
- SOU 2017:53 God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild. Delbetänkande från Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2018:32 Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst.

- SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform.
Remiss SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform,
Dnr S2018/03436/FS.
- SOU 2019:29 God och nära vård – Vård i samverkan. Delbetänkande av
utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov
och kontinuitet. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2019:56 Idéburen välfärd.
- SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och
sjukvårdssystem. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling
för god och nära vård.
- Remiss av SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso-
och sjukvårdssystem, Dnr S2020/02841/FS.
- SOU 2020:36 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård –
ett system, många möjligheter.
- SOU 2020:53 Personuppgiftsbehandling vid antalsberäkning inför klinisk
forskning.
- SOU 2021:4 Informationsöverföring inom vård och omsorg.
- SOU 2021:37 Stärkt rätt till personlig assistans – Ökad rättssäkerhet för barn,
fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser.
- SOU 2021:59 Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i
samverkan. Delbetänkande av delegationen för ökad tillgänglighet i hälso-
och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2021:71 Riksentressen i hälso- och sjukvården – en stärkt statlig styrning
för hållbar vårdinfrastruktur. Betänkande av utredningen om ökade
förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtiden hälso- och
sjukvård.
- SOU 2021:89 Sverige under pandemin Volym 2.
- SOU 2022:6 Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.
Yttrande från Länsstyrelsen Stockholm över SOU 2022:6 Hälso- och
sjukvårdens beredskap– struktur för ökad förmåga, Dnr 101-13173-2022.
- SOU 2022:41 Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre
personer.
- SOU 2020:47 Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag del 1 och 2.
- SOU 2024:43 Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning.
Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn.

Departementsserien

- Arbetsmarknadsdepartementet. Ds 2019:23 Vägledning vid tolkning och
tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter.
- Socialdepartementet. Ds 2024:13 Bättre förutsättningar för att utveckla en
kunskapsbaserad socialtjänst.
- Utbildningsdepartementet. DS 2024:21 En ny lag om forskningsetiska krav på
och etikprövning av forskning som avser människor.

Kommittédirektiv m.m.

- Kommittédirektiv 1997:135 Delegation för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- Kommittédirektiv 2011:25 Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning.
- Kommittédirektiv 2014:27 Betalningsansvarslagen.
- Kommittédirektiv 2017:24 Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.
- Kommittédirektiv 2017:39 Översyn av socialtjänstlagen.
- Kommittéberättelse S 2018:C rådet, regeringsbeslut 2018-04-26 I:11 (S2018/02680/FS).
- Kommittédirektiv 2018:9 Offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll.
- Kommittédirektiv 2018:69 Tilläggsdirektiv till Utredning Framtidens socialtjänst (S 2017:3).
- Kommittédirektiv 2018:90 Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård.
- Kommittédirektiv 2018:95 Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.
- Kommittédirektiv 2019:37 Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshandling i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet.
- Kommittédirektiv 2019:49 Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård.
- Kommittédirektiv 2020:142 En äldreomsorgslag.
- Kommittédirektiv 2020:3 Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.
- Kommittédirektiv 2024:14 Straffrättsliga åtgärder mot korruption och tjänstefel.

Lagrådsremisser

- Lagrådsremiss 2017. Driftsformer för universitetssjukhus
- Lagrådsremiss 2022. Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation
- Lagrådsremiss 2022. Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform
- Lagrådsremiss 2024. En förebyggande socialtjänstlag – för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter

Utskottsbetänkanden

- Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
- Socialutskottets betänkande 2012/13:SoU23 Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning
- Socialutskottets betänkande 2019/20:SoU11 Hälso- och sjukvårdens organisation m.m.

Rättsfall

NJA 1946 s. 712

NJA 1974 s. 99

NJA 1980 s. 171

Sporrong och Lönnroth mot Sverige no. 7151/75; 7152/75, A52, mål nr:
1/1981/40/58-59, 23.9.1982.

RÅ 2000:10

Y.F. v. Turkey, no. 24209/94, ECHR 2003-IX.

NJA 2007 s. 584.

Söderman mot Sverige mål nr 5786/08, 12.II.2013.

HFD 2021 ref. 35.

Justitieombudsmannens beslut

JO 190/91 s. 366

Regeringens skrivelser och protokoll

Regeringens skrivelse 2009/10:79 En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn
Protokoll vid regeringssammanträde daterat 2024-03-31, S2024/00637.

Regleringsbrev, regeringsuppdrag m.m.

Regleringsbrev

Socialdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende
Socialstyrelsen, S2015/07174/FS, S2016/06403/FS.

Socialdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende
Socialstyrelsen, S2019/04518/FS.

Socialdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende
E-hälsomyndigheten, S2022/01371.

Socialdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende
Socialstyrelsen, S2022/04549.

Socialdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende
Socialstyrelsen, S2023/03047.

Socialdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende
Socialstyrelsen, S2024/01775.

Försvarsdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Fö2024/00156.

Finansdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende
länsstyrelserna, Fi2024/00838.

Regeringsuppdrag

- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa upp implementeringen av den nya patientlagen. Regeringsbeslut I:5, den 6 mars 2014, S2014/2207/FS (delvis).
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Försäkringskassan och Socialstyrelsen, Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, S2017/03739/SF, S2018/00530/SF.
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Folkhälsomyndigheten om att förbättra barns skydd mot smittsamma sjukdomar, S2018/03919/FS.
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Inspektionen för vård och omsorg att genomföra särskilda tillsynsinsatser som bidrar till omställningen till en god och nära vård, S2019/02870, S2021/06574 (delvis).
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Socialstyrelsen att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården, S2019/03056/FS.
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Försäkringskassan och Socialstyrelsen att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården, S2019/04627/SF.
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023, S2020/01044/FS.
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa upp patientlagens genomslag. Regeringsbeslut I:2, den 2 april 2020, S2020/02828/FS (delvis).
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård inkl. tilläggsuppdraget om fast läkarkontakt, S2020/03320.
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention, S2020/06171/FS.
- Socialdepartementet, regeringsuppdraget till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen att följa och stödja överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020, S2018/00722/FS.
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor och Folkhälsomyndigheten att genomföra en kartläggning av ungdomars upplevda psykiska hälsa och ohälsa, S2021/01354.
- Finansdepartementet, regeringsuppdrag till Myndigheten för digital förvaltning att stödja regeringens arbete med fortsatt digitalisering av välfärden genom att identifiera rättsliga hinder, I2022/00620.
- Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Socialstyrelsen att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa, S2022/02309.

Socialdepartementet, regeringsuppdrag till Läkemedelsverket och Socialstyrelsen att påbörja ett långsiktigt arbete med att skyndsamt stärka öppenvårdsapotekens beredskap gällande utlämning av läkemedel från apotek, S2022/03175.

Socialdepartementet, regeringsuppdraget till Socialstyrelsen att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård, S2023/01930.

Myndighetsföreskrifter

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)

Läkemedelsverket

Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel, samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:32) om kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter

Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit

Myndigheten för digital förvaltning

Myndigheten för digital förvaltnings föreskrifter (MDFFS 2019:2) om tillgänglighet till digital offentlig service

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2015:4) om landstings risk- och sårbarhetsanalyser

Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2015:5) om kommuners risk- och sårbarhetsanalyser

Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (MSBFS 2018:9) om rapportering av incidenter för leverantörer av samhällsviktiga tjänster

Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2018:10) om rapportering av incidenter för leverantörer av digitala tjänster

Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2018:11) om frivillig rapportering av incidenter i tjänster som är viktiga för samhällets funktionalitet

Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2020:8) om informationssäkerhet för leverantörer av samhällsviktiga tjänster

Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (MSBFS 2024:4)
om anmälan och identifiering av leverantörer av samhällsviktiga tjänster

Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering
av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om
läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för
remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.
Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet
och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:26) om hantering
av smittförande avfall från hälso- och sjukvården
Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och
utskrivning av patienter i slutenvård m.m.
Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2006:4) om yrkesmässig hygienisk
verksamhet
Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska
produkter i hälso- och sjukvården
Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso-
och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård
Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om
ledningssystem och för systematiskt kvalitetsarbete
Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om
läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om
journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:64) om
erkännande av yrkeskvalifikationer
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om
ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om
vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:43) om behörighet för
sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel
Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:81) om behörighet för
sjuksköterskor att ordinera läkemedel för vaccination mot sjukdomen
covid-19
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkarnas
specialiseringstjänstgöring
Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av
medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:20) om särskilt förordnande att utöva läkaryrket
 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2023:14) om skyddad yrkestitel för undersköterskor
 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2023:31) om kompetenskrav och vissa arbetsuppgifter för optiker

Vägledning och målbeskrivningar gällande Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsen. Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. 2012.
 Socialstyrelsen. Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. 2019.
 Socialstyrelsen. Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. 2019.
 Socialstyrelsen. Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2021

Övriga myndigheters föreskrifter och allmänna råd

Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) Systematiskt arbetsmiljöarbete
 Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter (SSMFS 2018:1) om grundläggande bestämmelser för tillståndspliktig verksamhet med joniserande strålning
 Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter (SSMFS 2018:2) om anmälningspliktiga verksamheter

Standarder

CEN/TC 450 Patient involvement in person-centred care – Minimum requirements for person-centred care
 SS-EN 62304 Elektrisk utrustning för medicinskt bruk – Livscykelprocesser för programvara
 SS-EN 60601-1 Elektrisk utrustning för medicinskt bruk
 SS-EN ISO 9000:2015 Ledningssystem för kvalitet – Principer och terminologi
 SS-EN ISO 14001:2015 Miljöledningssystem – Krav och vägledning (ISO 14001:2015)
 IEC 62366-1:2015+AMD1:2020 CSV Medical devices – Part 1: Application of usability engineering to medical devices
 SS-EN ISO 13485:2016 Medicintekniska produkter – Ledningssystem för kvalitet – Krav för regulatoriska ändamål (ISO 13485:2016)
 SS-EN ISO 13940:2016 Hälso- och sjukvårdsinformatik – Begreppssystem som stöd för kontinuitet i vården (ISO 13940:2015)
 ISO/IEC 27036-4:2016 Information technology – Security techniques – Information security for supplier relationships – Part 4: Guidelines for security of cloud services

- ISO 27799:2016 Hälso- och sjukvårdsinformatik – Ledningssystem för informationssäkerhet i hälso- och sjukvården baserat på ISO/IEC 27002 (ISO 27799:2016)
- SIS-TR 49:2017Handledning för att utveckla och tillämpa ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvård med stöd av standarden SS-EN 15224:2017 samt SOSFS 2011:9 – med fokus på det kliniska perspektivet
- SS-EN 15224:2017 Ledningssystem för kvalitet – EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården
- ISO/IEC 27002:2017 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Riktlinjer för informationssäkerhetsåtgärder (ISO/IEC 27002:2013 med Cor 1:2014 and Cor 2:2015)
- SS-ISO 27013:2017 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Vägledning för integrerat införande av ISO/IEC 27001
- ISO/IEC 29151:2017 Information technology – Security techniques – Code of practice for personally identifiable information protection
- ISO/IEC 27005:2018 Information technology – Security techniques – Information security risk management
- SS-EN ISO 14155:2020 Klinisk prövning av medicintekniska produkter – God klinisk praxis (ISO 14155:2020)
- SS-EN ISO 14971:2020 Medicintekniska produkter – Tillämpning av ett system för riskhantering för medicintekniska produkter (ISO 14971:2019)
- SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård
- ISO/IEC 27000:2020 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Ledningssystem för informationssäkerhet – Översikt och terminologi (ISO/IEC 27000:2018)
- ISO/IEC 27018:2020 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Riktlinjer för skydd av personuppgifter i publika molntjänster som hanterar personuppgifter (ISO/IEC 27018:2019)
- ISO/IEC 27017:2021 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Riktlinjer för säkerhetsåtgärder för molntjänster baserade på SS-EN ISO/IEC 27002 (ISO/IEC 27017:2015)
- ISO/IEC 27701:2021 Säkerhetstekniker – Tillägg till ISO/IEC 27001 och ISO/IEC 27002 för hantering av personuppgifter – Krav och vägledning (ISO/IEC 27701:2019)
- SS-EN ISO 56000:2021 Innovationsledning – Principer och terminologi
- SS-EN ISO 56002:2021 Innovationsledning – Ledningssystem för innovation – Vägledning (ISO 56002:2019) innehåller vägledning för innovationsledningssystem
- EN 301 549 v3.2.1 (2021-03) Tillgänglighetskrav avseende IKT-produkter och IKT-tjänster
- SS-EN ISO 9999:2022 Hjälpmedel – Klassificering och terminologi (ISO 9999:2022)
- ISO/IEC 27001:2023 Informationssäkerhet – Cybersäkerhet och integritetsskydd – Ledningssystem för informationssäkerhet – Krav (ISO/IEC 27001:2022)

ISO/IEC 29134:2023 Information technology – Security techniques – Guidelines for privacy impact assessment
ISO 45001:2023 Ledningssystem för arbetsmiljö – Krav och vägledning
SS-EN ISO 56007:2023 Innovationsledning – Verktyg och metoder för att hantera möjligheter och idéer – Vägledning
SS-EN 20916:2024 Medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik – Kliniska prestandastudier med prover från människor – God studiepraxis (ISO 20916:2019)

Etiska normsamlingar m.m.

ALLEA – All European Academies. Den europeiska kodexen för forskningens integritet. Reviderad utgåva 2018.
International Conference of Medical Professional Associations and Bodies with similar remits. Principles of European medical ethics. 1987.
Institutet Mot Mutor, Kod mot korruption i näringslivet (Näringslivskoden). 2020.
International Council of Nurses. ICN:s kod för sjuksköterskor. I svensk översättning av Svensksjuksköterskeförening. Reviderad 2021.
Sveriges Läkarförbund. Läkarförbundets etiska regler. 2017.
Svensk sjuksköterskeförening. Värdegrund för omvårdnad. Reviderad 2024.
United Nations. Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. General Assembly 37th sess 1982–1983. 18 December 1982.
Vetenskapsrådet. God forskningsetik. 2017.
World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. 1964.

Föreningsstadgar

Barnmorskeförbundets stadgar, antagna 2019
Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisations stadgar, reviderade 2015
Logopedförbundets stadgar, reviderade 2015
Sveriges Psykologförbunds stadgar, reviderade 2016
Sveriges läkarförbunds stadgar, antagna 2022
Svenska Läkaresällskapets stadgar, reviderade 2024
Svensk sjuksköterskeförenings stadgar, antagna 2019
Vårdförbundets stadgar, antagna 2018

EU:s strategidokument m.m.

European Commission. Commission staff working document on Common European Data Spaces SWD(2022) 45 final.

Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén: En strategi för en inre digital marknad i Europa COM (2015) 192 final, 6.5.2015.

Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, Europeiska rådet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén och Regionkommittén: Artificiell intelligens för Europa COM (2018) 237 final.

VITBOK Om artificiell intelligens – en EU-strategi för spetskompetens och förtroende COM (2020) 65 final.

Rapporter m.m. från internationella organisationer

Council of Europe. Europeisk kod för idéburna organisationers medverkan i beslutsprocessen. Antagen av INGO-konferensen den 30 oktober 2019 2.

Förklaring till artikel 35 – Hälsoskydd, Förklaringar avseende stadgan om de grundläggande rättigheterna (2007/C 303/02).

The Health Foundation. Person-centred care made simple – What everyone should know about person-centred care. 2016.

The Patient Empowerment and Centredness Committee – European Health Parliament. Patient empowerment and centredness. 2015.

Tillämpning av Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna i lagstiftning och beslutsfattande på nationell nivå – Vägledning, Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter. 2019.

World Health Organization. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. European Consultation on the Rights of Patients, Amsterdam, 28–30 March 1994.

World Health Organization. Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health. 2021.

World Health Organization. Global Health Ethics. Global Network of WHO Collaborating Centres for Bioethics. 2015.

World Health Organization. Strengthening integrated, people-centred health services. Sixty-ninth world health assembly – agenda item 16.1. WHA69.24 28 May 2016.

World Health Organization – Western Pacific Region. People Centred Health Care – A policy framework. 2007.

Utredningar och rapporter från statliga myndigheter

Rapporter från Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg. Iakttagelser i korthet – Tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till ökad patientsäkerhet. 2024.

Inspektionen för vård och omsorg. Patienterna känner inte att de får någon förklaring från vården. Iakttagelser i korthet, Nr 4. 2019.

Inspektionen för vård och omsorg. Tillsyn av tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet. 2021.

Rapporter från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2012:5 Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2014:7 En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2015:1 Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2016:1 Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2017:2 Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2018:8 Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. PM 2021:1 Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2021:8 Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2021:10 En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2023:2 Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. PM 2023:3 Kontinuitet och fast läkarkontakt – Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2023.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. PM 2024:1 En för alla – Erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.

Rapporter från Riksrevisionen

Riksrevisionen. Granskningsrapport RiR 2013:4 Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?

Riksrevisionen. Granskningsrapport RiR 2017:3. Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet.

Riksrevisionen. Granskningsrapport RiR 2023:4 Lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre

Riksrevisionen. Granskningsrapport RiR 2023:23 Läkemedelsförskrivningen – statens styrning och tillsyn.

Riksrevisionen. Granskningsrapport RiR 2024:6 Informationssäkerhet i vård och omsorg – statens stöd och tillsyn.

Rapporter från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. Handbok God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. 2006.

Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2011.

Socialstyrelsen. Om evidensbaserad praktik. 2012.

Socialstyrelsens meddelandeblad Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning nr 9/2012.

Socialstyrelsens meddelandeblad om Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård nr 6/2013.

Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig, Handbok för vårdgivare, chefer och personal, 2015.

Socialstyrelsen. Kerstin Roback m.fl., Fyra år med patientsäkerhetsberättelsen – sammanställning och jämförande analys av uppgifter inrapporterade från vårdgivare i Sverige 2010–2013, januari 2015, Linköpings universitet.

Socialstyrelsen. Öppna jämförelser Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård. 2015.

Socialstyrelsen. Min guide till säker vård. 2015-6-3.

Socialstyrelsen. En mer tillgänglig och patientcentrerad vård – Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner – Delrapport, 2016.

Socialstyrelsen. Ett nationellt stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning. Socialstyrelsens utveckling av det nationella planeringsstödet (NPS), 2016.

Socialstyrelsen. Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? – En kartläggning. 2017.

Socialstyrelsen. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning. 2017.

Socialstyrelsen (2018a). Nationella riktlinjer. För vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Socialstyrelsen (2018b). Patientströmmar över landstingsgränsen.

Socialstyrelsen. Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård. 2019.

Socialstyrelsen. Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. 2019.

Socialstyrelsen. Rekommendation gällande användning av ICF i relation till ICF-CY. 2019.

Socialstyrelsen. Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård. 2019.

- Socialstyrelsen. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. 2019.
- Socialstyrelsen. Uppföljning av primärvård och omställning till en mer nära vård. Deluppdrag 1 – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. 2012.
- Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer – För god vård och omsorg. 2020.
- Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – ett förslag på indikatorer. 2020.
- Socialstyrelsen. En indikatorbaserad uppföljning för säker vård; Utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården – Agera för säker vård. 2021.
- Socialstyrelsen. Socialstyrelsens strategiska inriktning för 2021–2025. 2021.
- Socialstyrelsen. Statistik om sjukdomar behandlande i slutenvård. 2021.
- Socialstyrelsen. Strategi för Rådet för styrning med kunskap 2021–2025. 2021.
- Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Svensk version 2022 av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2022.
- Socialstyrelsen. Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022 – Utvecklingen i regioner och kommuner. 2022.
- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd. 2023.
- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård i hemmet – Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering. 2023.
- Socialstyrelsen. Insatser under 2022 för att främja omställningen till en god och nära vård – slutredovisning. 2023.
- Socialstyrelsens meddelandeblad Ändrade regler vid egenvård nr 1/2023.
- Socialstyrelsen. Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst – Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2023.
- Socialstyrelsen. Tillämpning av digital vård i regionerna- en kartläggning. 2023.
- Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2022 – utvecklingen i regioner och kommuner. 2023.
- Socialstyrelsen. Årsredovisning 2023.
- Socialstyrelsen. Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2023. 2024.
- Socialstyrelsen. Uppföljningen av regionernas arbete med fast läkarkontakt. 2024.
- Socialstyrelsen. Uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare i kommunal hälso- och sjukvård – Fördjupad konsekvensanalys av eventuell förordningsändring för registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. 2024.

Rapporter från andra svenska statliga myndigheter

- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Sveriges Kommuner och Regioner. Handbok i kommunal krisberedskap: 2. Kommunala verksamheter – Kommunal hälso- och sjukvård. 2022.

Rådet för styrning med kunskap. Sammanträdesprotokoll 2022-II-23,
Dnr 310/2022.

Rådet för styrning med kunskap respektive styrgruppen för nationellt system
för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Årsrapport 2023 – Partnerskap
för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården respektive
partnerskap till stöd för kunskapsstyrning i socialtjänsten.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Patientdelaktighet
i hälso- och sjukvården: en sammanställning av vetenskapliga utvärderingar
av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet.
2017.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Utvärdering av
insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. 2024.

Statistiska Centralbyrån. Förtroendevalda i kommuner och regioner 2019.
Demokratistatistisk rapport 26. 2020.

Statskontoret. Rapport 2005:28. Reglering och andra styrmedel. En studie av
hur staten styr kommuner och landsting.

Statskontoret. Rapport 2014:23. Patientklagomål och patientsäkerhet.
Utvärdering av hanteringen av enskilda klagomål mot hälso- och
sjukvården.

Statskontoret. Rapport 2019:18. Utvärdering av det nya klagomålssystemet
inom hälso- och sjukvården

Statsrådsberedningen. Myndigheternas föreskrifter – Handbok i
författningsskrivning. Ds 1998:43. 1998.

Vetenskapsrådet. God forskningssed. VR240 Dnr 5.2-2024-06421. 2024.

Rapporter från andra svenska organisationer

Nationellt organ för dialog och samråd mellan regeringen och det civila
samhället (NOD). Avsiktsförklaring – Ett starkt civilsamhälle för en stark
demokrati. Demokratilabbet, 2021.

Sveriges läkarförbund. Patientansvarig läkare – för en bättre läkarkontinuitet.
2015.

Sveriges läkarförbund. Patientlagen och läkarkontinuitet – en
enkätundersökning. 2016.

Vårdförbundet. Att ändra perspektiv – en studiecirkel om personcentrerad
vård. 2020.

Vårdförbundet. Vad alla behöver veta om personcentrerad vård – En skrift från
Vårdförbundet om hur vården kan bli bättre, smartare och säkrare. 2020.

Statliga överenskommelser

Överenskommelser mellan staten och SKR

Överenskommelsen mellan staten, idéburna organisationer inom det sociala
området och Sveriges Kommuner och Landsting, Dnr Skr. 2008/09:207.

- Överenskommelse mellan Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan och Rådet för statlig styrning med kunskap om samarbete i ett partnerskap för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården daterad 2018-15-18.
- Överenskommelse mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner. Utgångspunkter och strukturer för bättre samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården: Samarbetsformer mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. 2021.
- Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Bilaga till regeringsbeslut 2021-01-28 nr I:1.
- Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Bilaga till regeringsbeslut 2021-07-01 nr I:5.
- Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2023 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Bilaga till regeringsbeslut 2023-01-26 nr II:3.
- Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Sammanhållen, jämlik och säker vård 2023. Bilaga till regeringsbeslut 2023-01-26 nr II:4.
- Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2024 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Bilaga till beslut vid regeringssammanträde 23-12-20 nr II:0.
- Gemensam vision mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård, Dnr S2016/01874/FS.

Andra överenskommelser

- Staten och WHO. Strategy for Sweden's cooperation with the World Health Organization (WHO) 2021–2025.
- Staten och det civila samhället. Överenskommelse om en stödstruktur för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället på nationell nivå, Dnr Ku2018/00152/D. Bilaga till regeringsbeslut vid regeringssammanträde 2018-02-01 nr. I:1.

Källor från SKR och andra samverkansstrukturer

SKR

- Att driva omställningen till Nära vård – Handbok om att hantera komplexa system. 2020.
- Att följa omställningen till Nära vård – En översikt av mått och indikationer. 2019.

- Att utöva systemledarskap för Nära vård – Ett utforskande av ett gemensamt ansvar för helheten. Framtagen med Experio Labs och Samhällsnytta. 2024.
- Delårsrapport God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, daterad 2023-09-29, Dnr SKR2022/00764.
- Diagnostikens roll i Nära vård – Patientnära analysverksamheten idag och framtida behov av diagnostik och kvalitetssäkring i omställningen till en Nära vård. 2022.
- Ersättningsmodeller i primärvården – Delrapport 1 – en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021. 2022.
- Ersättningsmodeller i specialiserad vård – Delrapport 2 i projektet Ändamålsenliga ersättningsmodeller. 2022.
- Ett steg till – En guide till en mer samskapad hälsa, vård och omsorg genom patientkontrakt. 2022.
- Nästa steg i omställningen till Nära vård. Årsberättelse 2022 och 2023.
- Om mutor och jäv – Vägledning för anställda i kommuner, landsting och regioner, 2012.
- Personcentrerad vård i Sverige. Stockholm, 2018.
- Stadgar för Sveriges Kommuner och Regioner, senast reviderad på kongressen 15 november 2023.
- Tillsammans med primärvården som nav – Exempel på samarbeten kring specialiserad vård i hemmet. 2024.
- Verksamhetsplan 2024. Beslutad av Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner 26 januari 2024.
- Verksamhetsstatistik 2011–2021. 2022.
- VästKom, Vårdsamverkan Västra Götaland, m.fl.
- Arbetsordning för förbundsfullmäktige i Göteborgsregionens kommunalförbund, beslutad 2023-06-13, Dnr FS2023-00131.
- Arbetsordning för politiskt samråd Kommun och sjukvård Samverkan i Göteborgsområdet (rev 2023-feb).
- Arbetsordning för Samverkansnämnden i Västra sjukvårdsregionen daterad 2022-10-05, Dnr HS 2020-00182.
- Arbetsordning för styrgrupp VVG – Läns gemensam handlingsplan psykisk hälsa, reviderad och beslutad av VVG 2020-11-03.
- Avtal om sjukvård för år 2024–2026 mellan Norra sjukvårdsregionsförbundet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Förvaltningsplan Samordnad hälsa, vård och omsorg 2023, GITS, 2022-11-29.
- Gemensamma handlingsplanen för Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland i Styrgrupp IT I Väst – SITIV. 2021-12-03.
- Handlingsplan 2023 Temagrupp Barn och unga
- Handlingsplan 2023 Temagrupp Psykiatri
- Handlingsplan 2023 Temagrupp Rehabilitering och habilitering
- Handlingsplan 2023 Temagrupp Äldre

- Länsgemensam uppföljning av god och nära vård Slutrapport, Kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2023-03-20, Vårdsamverkan i Västra Götalandsregion.
- Länsgemensam utvecklingsplan nära vård från Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård till genomförande, Vårdsamverkan i Västra Götalandsregion.
- Protokoll från samverkansnämnden daterat 2022-10-05 § 12 Samverkansavtal för västra sjukvårdsregionen, Dnr HS 2020-00182.
- Reglemente för arkivnämnden för Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad, RS10022-651132216-126.
- Riktlinje Gemensamma styrdokument som upprättas mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen inom hälsa, vård och omsorg. 2021-09-02.
- Riktlinje Länsgemensam riktlinje för egenvård – Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, 2024-07-01.
- Riktlinje Länsgemensam riktlinje vid oro för väntat barn – Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, 2020-02-15.
- Riktlinje Länsgemensam riktlinje för Öppenvårdsprocessen i Västra Götaland, VGR och VästKom.
- Riktlinje Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2020–2023, 2020-11-03.
- Slutrapport Kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionens primärvårdsuppdrag, Med primärvården som nav i utvecklingen av god och nära vård, 2022-01-09.
- Slutrapport Stärkt arbete med Samordnad Individuell Plan, SIP i Västra Götaland 1 mars 2019–31 december 2021.
- Slutrapport Överenskommelsen mellan Västra Götalandsregionen och det civila samhället mandatperioden 2019–2022, Dnr RS 2019-01844.
- Stadgar för Västsvenska Kommunalförbundens Samorganisation VästKom, Ideell förening. Reviderad av föreningsstämman 2011-02-24.
- Uppdragshandling för Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG. Ledning i samverkan, LiSA, ställde sig bakom uppdragshandlingen den 16 november 2016.
- Uppdragsbeskrivning kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet rev. 2023-10-23.
- Uppdragsbeskrivning för Styrgrupp IT i Väst, SITIV. 2011-03-08.
- Verksamhetsplan Gemensam information- och tjänstesamordning 2023.
- Årsredovisning VästKom 2022 Godkänd av VästKom Styrelse 7 mars 2023.
- Årsredovisning 2023, Vårdsamverkan Västra Götaland.
- Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, beslutad 2018-09-25 och förlängd 2020-12-01.

Källor från Västra Götalandsregionen

Reglementen

- Reglemente för revisorskollegiet i Västra Götalandsregionen, Dnr REV 57-2016.
- Reglemente för delregional nämnd i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022-04495.
- Reglemente för hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2018-03535.
- Reglemente för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022-04495.
- Reglemente för patientnämnd i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022-04495.
- Reglemente för regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022-04495.
- Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022-04495.
- Reglemente för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2022-04495.
- Reglementen för delregionala nämnderna samt patientnämnderna, Dnr RS 2023-01583
- Reglemente för styrelsen för fastighet, stöd och service, Dnr RS 2023-01583.
- Reglemente för styrelsen för Habilitering och Hälsa, Dnr RS 2023-01583.
- Reglemente för styrelsen för NU-sjukvården, Dnr RS 2023-01583.
- Reglemente för styrelsen för Närhälsan, Dnr RS 2023-01583.
- Reglemente för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, Dnr RS 2023-01583
- Reglemente för styrelsen för Regionhälsan, Dnr RS 2023-01583.
- Reglemente för regionstyrelsen, Dnr RS 2023-01583.
- Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2023-01583.
- Reglemente för styrelsen för Sjukhusen i väster, Dnr RS 2023-01583.
- Reglemente för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, Dnr RS 2023-01583.
- Reglemente för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, Dnr RS 2023-01583.
- Reglemente för styrelsen för tandvård i Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2023-01583.

Delegeringsordningar

- Delegeringsordning operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-01-17 § 7, reviderad 2023-06-08 § 170.
- Delegeringsordning regionstyrelsen Västra Götalandsregionen, 2023-04-25 § 85.
- Delegeringsordning strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-06-22 § 67.
- Delegeringsprotokoll från Västra Götalandsregionen, Behandling av ärenden med stöd av delegering från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden punkt 18 i delegeringsordning: Fördelning av FoUUI-medel enligt

fastställda medelsramar och inriktningsbeslut, Fördelning av medel ur Innovationsfonden 2024, Dnr SSN 2023-00834.

Instruktioner och arbetsordningar

Instruktion för regiondirektör, Dnr RS 2022-06090.

Arbetsordning för regionfullmäktige, Dnr RS 2018-03535.

Arbetsordning för regionfullmäktige, Dnr RS 2022-04495.

Strategier, policys och andra styrdokument

Analysrapport: Vänta på vård – patienters upplevelser i väntan på operation eller annan behandling, Dnr PNG 2023-00074.

Analysrapport Väntan på vård – patienters upplevelser i väntan på operation eller annan behandling, Dnr PNN 2023-00106.

Arbetsformer för beredningen för mänskliga rättigheters samråd 2023–2026, Dnr RS 2024-00458.

En förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027.

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård.

Genomförandeplan 2023–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården.

Genomförandeplan 2024–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården, SSNI2937-108688567-6.

Granskning av ny politisk organisation, Dnr REV 2023-00094

Granskning av omställningen av hälso- och sjukvården, 2024-01-24, Dnr REV 2023-00096.

Granskning av program Millenium, Dnr REV-2023-00096.

Hantering av styrande dokument – Förvaltning, framtagande och återsökning av styrande dokument på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. 2023.

Inköpspolicy, Dnr RS-2021-01977.

Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral 2024, Dnr OSN 2023-00308.

Krav- och kvalitetsbok Vårdval Rehab 2024, Dnr OSN 2023-00424.

Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2020–2025 (RS 2020-05267).

Patientnämndernas kanslis plan daterad 2024-03-12, Dnr PNG 2024-00022.

Policy för ekonomiskt stöd till det civila samhället 2022–2027, Dnr RS 2021-02780.

Policy för styrning 2023–2026, Dnr RS10245-56073743-4.

Regionala handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023–2024 , Dnr HS 2022-01068.

Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030.

Strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027.

Strategi för Rådet för styrning med kunskap 2021–2025.

Uppdragshandling för koncernövergripande grupp, 2023-06-07, Dnr SSN 2023-00283.

Vägledning för nämnders och styrelser arbete, Dnr RS2017-04735.

Västra Götalandsregionens Program Bygga Kompetens 2022–2025, Dnr BFSH: RS 2021-05585.
 Västra Götalandsregionens programdirektiv för Program Millenium, Dnr RS 2023-01216. 2023-02-23.
 Västra Götalandsregionens Upphandlingsplan 2023.
 Västra Götalandsregionens Upphandlingsplan 2024.
 Ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper, Dnr LS 1011-0949, RS 2020-0469
 Ärendehandbok – Riktlinjer för ärendeberedning inom Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2017-02773.

Rutiner och riktlinjer

Regional riktlinje Egentillverkning av medicinteknisk produkt, (HS 2021-00795).
 Regional riktlinje Informationssäkerhet och dataskydd, (RS 2023-02811).
 Regional rutin Egentillverkning av medicinteknisk produkt, processbeskrivning, (HS 2021-00796).
 Regional rutin Handläggning regionala styrande dokument inom hälso- och sjukvård, (HS 2021-01320).
 Regional rutin Informationsklassning – Ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (RS10162-1596316381-101).
 Regional rutin Informationssäkerhet för extern molntjänst – Ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (RS10162-1596316381-126).
 Regional rutin Intern revision av ledningssystemets tillämpning och ändamålsenlighet rörande strålsäkerhet (RS 2021-01783).
 Regional rutin Läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen regional (RHS9924-923386695-385).
 Regional rutin Omhändertagande av strålsäkerhetsfrågor vid upphandling, inköp, avrop, driftsättning eller uppföljning av varor eller tjänster (RS 2021-01781).
 Regional rutin Riskhantering för informationssäkerhet – Ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (RS10162-1596316381-118).
 Regional rutin Sammanhållen struktur för styrande dokument i Västra Götalandsregionen (RS7847-355747063-4).
 Regional rutin Strålskärning av lokaler (RS10135-794280002-27).
 Reprocessing och återanvändning av medicintekniska engångsprodukter för VGR:s Verksamheter (SSN 2023-00493).
 Riktlinje Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och specialistvård öron-näsa-hals (barn och vuxna) (SSN11800-2140136717-237).
 Riktlinje Arbetsgrupper i delregional nämnd Göteborg, DRNG 2023-00116.
 Riktlinje God forskningssed och huvudmannaskap vid forskning (SAS9613-640131427-25).
 Riktlinje Hantering av inkomna avvikelser och klagomål (SU9803-22137832294-91).
 Riktlinje Idéburet offentligt partnerskap (IOP) (RS 2020-01170).
 Riktlinje Inköp (RS-2021-01977).
 Riktlinje Kompetensutveckling och lärande i VGR, Dnr RS 2020-03747.

Riktlinje Läkemedelshantering SU-övergripande (SU9790-1368942477-30).

Riktlinje Medicinsk utrustning – riktlinjer för inköp och hantering, Södra Älvsborgs Sjukhus (SAS9613-1190749860-21).

Riktlinje Organisation, ansvar, funktioner och samverkan gällande strålsäkerhet (SU9771-677637494-236).

Riktlinje Patientnämndernas ärendeberedning (PNG 2023-00043, PNN 2023-00070, PNS 2023-00041, PNV 2023-00040 och PNÖ 2023-00039).

Riktlinje Strålsäkerhet joniserande strålning i Västra Götalandsregionen (RS 2020-00255).

Riktlinje SÄS Miljömål 2023–2025 (SAS9613-1190749860-139).

Riktlinje SÄS Miljöledningssystemets omfattning (SAS9613-1190749860-92).

Riktlinje SÄS Miljöutredning (SAS9613-1190749860-93).

Riktlinje Verkställighet avseende vårdhygien och verksamhetens ansvar för städning och rengöring (SU9992-381335686-122).

Riktlinje Åtkomst till patientuppgifter (SU9771-677637494-217).

Rutin Arbetsmiljöbedömning vid verksamhets- och organisationsförändring (SU9771-677637494-28).

Rutin Anhörigpolicy (Intensivvård och postoperativvård Östra) (SU9805-1593997-3160).

Rutin Dokumentation av patientspecifika uppgifter för att registrera och dokumentera patientstråldoser från medicinska exponeringar (SSN12865-780821730-333).

Rutin Egenkontroll av strålsäkerhet i verksamhet med joniserande strålning (NU10193-390712850-8).

Rutin Egenkontroll av verksamhet med strålning (SU9771-677637494-225).

Rutin Egenvård (SV9024-2108058916-71).

Rutin Etikprövning forskningshuvudman, behörig företrädare för regionhälsan (RHS9919-529963968-16).

Rutin Fullmakt, godman och förvaltare – Insatser som avser till att stödja patient (SAS9642-738863596-550).

Rutin Grundläggande vårdhygieniska vårdrutiner (SSN11800-2140136717-245).

Rutin Hantering av anmälnings- och tillståndsplikt för verksamhet med joniserande strålning (RS10135-794280002-58).

Rutin Hantering av styrande dokument – Förvaltning, framtagande och återsökning av styrande dokument på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU9771-677637494-250).

Rutin Identitetskontroll, Dnr 17723.

Rutin Implementering av ny forskning eller behandlingsmetod när det inte finns nationella riktlinjer.

Rutin Införande av ny barnkirurgisk behandling (SU9774-1570060579-383).

Rutin Intern kontroll av säkerhet (RS 151-2013).

Rutin Intranät för Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU9771-677637494-192).

Rutin Leverantörers marknadsföring av relation till VGR (RS2021-01869).

Rutin Läkemedelshantering vid utskrivning från slutenvård (SU9790-1368942477-31).

Rutin Mammografi utlämning av journal till patient (SU9802-1816834204-1036).

Rutin Miljöarbetets organisation ansvar och roller (SU9771-677637494-77).

Rutin NU-sjukvården, Intern miljörevision (NU10099-1908350447-48).

Rutin vid oegentligheter 2020–2025 (RS 2020-06588).

Rutin Patientdagbok (intensivvård) (SU9805-1593997-1329).

Rutin Patientjournal – tilldelning av behörighet (SU9807-1076540875-73).

Rutin Rapportering av strålningsrelaterade avvikelser till Strålsäkerhetsmyndigheten (RS10135-794280002-56).

Rutin Regiongemensamt ramverk för kombitjänster (RS 2021-00981).

Rutin Revisionsprogram för strålsäkerhetsarbetet (RS 2021-01783).

Rutin Sekretess Radiologi Östra, Dnr 50542.

Rutin Självskattning inom cancervården (SU9775-406090012-163).

Rutin Strålskydd för forskningspersoner (RS10135-794280002-57).

Rutin Strålsäkerhetsbedömning vid verksamhetsförändring (SU9771-677637494-245).

Rutin Strålsäkerhetsexpert (RS 151-2013).

Rutin Tjänsteutlåtande, Regionhälsan (RHS9919-529963968-40).

Rutin Utrustningsinvesteringar (SU9771-677637494-199).

Vägledning Kvalitetsledningssystem gällande Centrala gasanläggningen, framtagen av regionövergripande arbetsgrupp (24-06-04).

Vägledning Specialanpassning av medicintekniska produkter.

Regionala beslutsprotokoll

Protokoll från regionfullmäktige § 59 daterat den 2005-04-05, Vision Västra Götaland – Det goda livet, RS9577-643713265-150.

Protokoll från regionfullmäktige daterat 2012-02-07 9 § Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, Dnr RSK 339–2010.

Protokoll från regionfullmäktige daterat 2014-11-25 19 § 174 Överenskommelse mellan Västra Götalandsregionen och den sociala ekonomin, Dnr RS 767–2011.

Protokoll från regionfullmäktige daterat 2017-11-21 § 188, Dnr RS-2017-01759.

Protokoll från regionstyrelsen daterat 2019-09-17 § 138, Dnr RS 2019–02103.

Protokoll från regionstyrelsen daterat 2019-09-24 § 236, Dnr RS 2019–02103.

Protokoll från regionfullmäktige daterat 2019-10-08 § 170, Dnr RS 2019–02103.

Protokoll från regionstyrelsen daterat 2021-01-26 § 10 Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030, Dnr RS 2018-05444.

Protokoll från regionfullmäktige daterat 2021-02-16 § 13 Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030, Dnr RS 2018-05444.

Protokoll från ägarutskottet daterat 2021-05-11 § 79, Dnr RS 2021-01444.

Protokoll från regionstyrelsen daterat 2021-05-25 § 187 Reviderad struktur för styrande dokument 2021, Dnr RS 2021-01444.

Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-04-12 § 66 Politisk organisation för mandatperioden 2023-2027, Dnr RS 2022–01294.

- Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-06-13 § 137 Hälso- och sjukvårdsavtal – samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland, Dnr RS 2022-00967.
- Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-06-13 § 138 Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård, Dnr RS 2022-00968.
- Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-06-13 § 141, Dnr RS-2021-02780.
- Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen daterat 2022-11-09 § 306 Samverkansavtal för västra sjukvårdsregionen, Dnr 2020-00182.
- Protokoll från regionstyrelsen daterat 2022-11-15 § 321 – Förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027, Dnr RS 2022-04772.
- Protokoll från regionfullmäktige § 236 daterat den 2022-11-29 Förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027, Dnr RS 2022-04772.
- Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-11-29 § 240 Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 samt justering av tidigare beslut om politisk organisation, Dnr RS 2022-04495.
- Protokoll från regionfullmäktige daterat 2022-11-29 § 264 Förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen 2023–2027, Dnr RS 2022-04772.
- Protokoll för hälso- och sjukvårdsstyrelsens daterat 2022-11-09 § 306 Samverkansavtal för västra sjukvårdsregionen, Dnr 2020-00182.
- Protokoll från regionfullmäktige daterat den 2022-11-29 § 236 En förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027, Dnr RS 2022-04772.
- Protokoll från regionstyrelsen daterat 2022-12-13 § 372 Uppgiftsbeskrivningar för regionstyrelsens utskott och beredningar, Dnr RS 2022-05601.
- Protokoll från regionstyrelsen daterat 2024-03-05 § 55 Plan för samverkan mellan Västra Götalandsregionen och det civila samhällets organisationer i Västra Götaland 2024–2026, Dnr RS 2023-02211.
- Protokoll från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-03-22 § 42 Samlad uppföljning av avtal och vårdöverenskommelser 2022, Dnr OSN 2023-01509.
- Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-04-27 § 50 Riskvärdering inför plan för intern kontroll 2023 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, Dnr SSN 2023-00172.
- Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-04-27 § 52 Inrättande av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens beredning för psykisk hälsa, Dnr SSN 2023-00407.
- Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-05-17 § 61, Dnr SSN 2023-00364.
- Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-05-17 § 63 Plan för intern kontroll 2023 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, Dnr SSN 2023-00172.

- Protokoll från regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen daterat 2023-06-07 § 126 Detaljbudget 2023 för Västra Götalandsregionen – framställningar till regionfullmäktige, Dnr RS 2022–04396.
- Protokoll från regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen daterat 2023-06-12 § 131 Budget 2024 för Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2023–03045.
- Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-06-22 § 79 Inrättande av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens beredning för nära vård, Dnr SSN 2023–00482.
- Protokoll från patientnämnden Göteborg § 25 daterat 2023-09-12, Dnr PNG 2023-00050.
- Protokoll för den operativa nämnden hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-09-27 §§ 251-257 Gällande uppdragsavtal, Dnr OSN 2023-02011.
- Protokoll från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-09-27 § 259 Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral 2024, Dnr OSN 2023–00308
- Protokoll från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-09-27 § 260 Krav- och kvalitetsbok Vårdval Rehab 2024, Dnr OSN 2023–00424.
- Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-10-04 § 139 Uppföljning plan för intern kontroll, augusti 2023, Dnr SSN 2023-00172.
- Protokoll från regionstyrelsen daterat 2023-10-17 § 202, Dnr RS 2023–0065.
- Protokoll från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-11-08 § 308 Detaljbudget för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2024, Dnr OSN 2023–02316.
- Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-11-09 § 157 Detaljbudget 2024 med utblick 2025–2026 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, Dnr SSN 2023–00681.
- Protokoll från patientnämnden Göteborg daterat 2023-11-13 § 40 Analysrapport: Väntan på vård – patienters upplevelser i väntan på operation eller annan behandling, Dnr PNG 2023-00074.
- Protokoll från regionfullmäktige daterat 2023-11-28 § 246 Reviderad policy för styrning 2023, Dnr RS 2022–03751.
- Protokoll för styrelsen för NU-sjukvården daterat 2023-11-30, Förvaltningsplan och budget 2024 NU-sjukvården, Dnr NU 2023-00818,
- Protokoll för styrelsen för Närhälsan, Detaljbudget, Dnr PVV 2023–01854
- Protokoll från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden daterat 2023-12-06 § 346 Tilläggsbeslut detaljbudget 2024 för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, Dnr OSN 2023–02316.
- Protokoll från delregional nämnd Göteborg daterat 2024-02-07 § 7 Information om inkomna frågor från patientförening, Dnr DRNG 2023-00208.
- Protokoll från styrelsen för fastighet, stöd och service daterat 2024-04-25 § 43 Fastställande Strategisk plan för hälso- och sjukvårdens lokalstruktur, Dnr SFSS 2023-03696.

Protokoll från patientnämnden Göteborg daterat 2024-05-16 § 11
Patientnämnden Göteborgs plan för återkoppling och dialog 2025–2026,
Dnr PNG 2024-00022.

Tjänsteutlåtanden och yrkanden

Koncernkontorets tjänsteutlåtande 2019-09-02, Dnr RS 2019-02103.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2021-05-05, Dnr RS 2021-01444.
Yrkande Styrgruppen politisk organisation daterat 2022-03-07.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2022-04-08, Dnr RS 2022-00967.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande gällande Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 daterat 2022-10-11 (reviderat 2022-10-13), Dnr RS 2022-04495.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2022-10-19, Dnr 2020-00182.
Regionstyrelsens remissyttrande Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41) daterat 2022-11-02, Dnr RS 2022-03371.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2022-11-03, Dnr RS 2022-04772.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2022-12-05, Dnr RS 2022-05601.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-03-06, Dnr OSN 2023-01509.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-03-08, Dnr SSN 2023-00172.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-04-17, Dnr SSN 2023-00407.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-06-14, Dnr SSN 2023-00482.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-10-20, Dnr SSN 2023-00681.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-10-23, Dnr OSN 2023-02316.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-10-24, Dnr RS 2022-03751.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2023-10-25, Dnr PNG 2023-00074.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden för tilläggsbeslut detaljbudget 2024 för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden daterad 2023-11-23, Dnr OSN 2023-02316.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2024-01-09 för ansökan om att bedriva verksamhet inom Vårdval Vårdcentral för Praktikertjänst AB för enhet Praktikertjänst Forsen Vårdcentral i Borås kommun Dnr OSN 2023-02551.
Koncernkontorets tjänsteutlåtande daterat 2024-01-25, Dnr DRNG 2023-00208.
Fastighet, stöd och services tjänsteutlåtande daterat 2024-04-08, Dnr SFSS 2023-03696.

Årsrapporter

Årsrapport 2023: Rådet för styrning med kunskap, Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst – Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2023.

Budgetar och årsredovisningar

Årsredovisning Västra Götalandsregionen 2022.
Budget 2024 Västra Götalandsregionen samt plan för ekonomi 2025–2026.
Detaljbudget 2024 med utblick 2025–2026 för Närhälsan.

Detaljbudget 2024 med utblick 2025–2026 för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.
 Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 Skaraborgs för Sjukhus Dnr SKAS 2023-00582.
 Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 för Sjukhusen i väster Dnr SV 2023-00434
 Detaljbudget 2024 med utblick 2025–2026 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden.
 Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 för Södra Älvsborgs Sjukhus Dnr SÄS 2023-00950.
 Detaljbudget 2024 med utblick 2025–2026 beslutad i delregional nämnd Göteborg datum 2023-11-17 protokoll § 73, Dnr DRNG 2023-00158.

Revisionsrapporter

Revisionsrapport av Yrkesrevisorer: Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen, Granskning av ny politisk organisation 2024-01-24, Dnr REV 2023-00094, Yrkesrevisorer: Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen.
 Revisionsrapport av Yrkesrevisorer: Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen, Granskning av program Millennium 2024-01-24, Dnr REV 2023-00097.

Regionala avtal

Avtal om sjukvård för år 2024–2026 mellan Norra sjukvårdsregionsförbundet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
 Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017–2020.
 ldéburet offentligt partnerskap (IOP) mellan Ågrenska och Västra Götalandsregionen (VGR) genom operativa hälso- och sjukvårdsnämnden gällande vuxenvistelser för vuxna personer med sällsynta hälsotillstånd eller syndrom, Dnr OSN 2023-02290-1.
 Partnerskap för ldéburet offentligt partnerskap (IOP) gällande familjeverksamhet för med barn med sällsynta hälsotillstånd eller syndrom, samt deras familjer/anhöriga Dnr HS 2021-01319.
 Regionalt avtal mellan Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen om samarbete kring grundutbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården daterat 2019-01-15.
 Samlad uppföljning av avtal och vårdöverenskommelser 2022, Dnr OSN 2023-01509.
 Samverkansavtal Västra sjukvårdsregionen 2023–2026.
 Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, beslutad 2018-09-25 och förlängd 2020-12-01.

Källor från Region Stockholm

Budget 2024 för Region Stockholm Dnr RS 2023-0160.
Reglemente för Primärvårdsnämnden Region Stockholm
Reglemente för Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Stockholm
Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder Dnr RS 2023-0414.
Region Stockholm Innovation, Innovationsbokslut 2021.
Sjukhusavtal 2020–2023 Danderyds Sjukhus, HSN 2017-0570.
Regionala riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet Dnr RS 2023-0520.

Källor från andra regioner

Beslutsprotokoll från regionstyrelse Region Kalmar län daterat 2018-12-05 § 200 Dnr 180272.

Källor från Göteborgs stad

Protokoll från kommunstyrelsen § 79 daterat den 2005-03-15 – Vision Västra Götaland – Det goda livet.
Handlingar 2022 nr 178 Förslag till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser, Dnr 0448/22.
Handlingar 2022 nr 179 Förslag till Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård, Dnr 0447/22
Göteborg Stads riktlinje för inköp och upphandling KF 2022-05-19 § 11, senast reviderad 2023-02-21, Dnr 0145/22 (0044/22).
Protokoll från kommunfullmäktige § 19 daterat 2022-10-27, Dnr 0448/22.

Litteratur**Böcker**

Adlercreutz, A. Avtalsrätt II, 5:e upplagan Juristförlaget 2001
Alharbi, T.S. Ekman, I. Olsson, L.E., Dudas, K. and Carlström, E.
Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care. Health Policy. 2012.
Alvesson, M. och Deetz, S. Kritisk samhällsvetenskaplig metod. Studentlitteratur, 2000.
Anell, A. Vården är värd en bättre styrning. SNS Förlag, 2020.
Arlebrink, A. Människan som subjekt – introduktion till vårdetik. Studentlitteratur, 2009.
Askeland, B. och Bernt, J.F. (red), Erkjennelse og engasjement: minnesseminar for David Roland Doublet [1954–2000]. Fagbokforlaget, 2002.
Asplund, Å och Asplund, A. Vårdträdet. Studentlitteratur, 1988.
Aubert, V. Rettssosiologi. Universitetsforlaget, 1967.

- Aubert, V. Socialt samspel. Fjärde upplagan. Almqvist & Wiksell Förlag AB, 1970.
- Axelsson, E. Skyldigheter och ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal. Gleerups, 2013.
- Beauchamp, T. and Childress, J. Principles of Biomedical Ethics, 8th ed. Oxford University Press, 2019.
- Berger, P. and Luckmann, T. The Social Construction of Reality – A Treatise in the Sociology of Knowledge. Penguin Books, 1991 (originalet från 1966).
- Bladini, F. och Petrusson, U. Hållbar stadsutveckling – ett institutionellt pusslande. Rapport – ACE 2020:8 Institutionen för arkitektur och samhällsbyggnad, Chalmers tekniska högskola, 2020.
- Blennberger, E. Etik för politik – med äldrepolitik som exempel. Bilaga i SOU 2003:91 Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning.
- Bohlin, I. och Sager, M. (red.). Evidensens många ansikten. Arkiv förlag. Lund, 2011.
- Born, A. Reflexiv rett. Köpenhamns universitet 1988.
- Britten N. Moore L. Lydahl D. Naldemirci O. Elam M. and Wolf A. Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. Wiley Online Library, 2016.
- Brännström, L. Förrättsligande – En studie av rättens risker och möjligheter med fokus på patientens ställning. Bokbox, 2009.
- Buka, P. Patients' Rights, Law and Ethics for Nurses, 2nd ed. CRC Press, 2019.
- Cane, P. and Kritzner H. (eds.). The Oxford handbook of empirical legal research. Oxford University Press, 2010.
- Carlsson, B. och Isacson, Å. Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning – En studie av patientens ställning och av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Scandinavian Studies in the Sociology of Law, volume II. Bokbox förlag, 1989.
- Czarniawska, B. En teori om organisering. Studentlitteratur, 2005.
- Dahlberg-Larsen, J. Pragmatisk retsteori. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2001.
- Dahlstrand, K. Banakar, R. Ryberg Welanders, L. (red.) Festskrift till Håkan Hydén. Juristförlaget i Lund, 2018.
- Daintith, T. and Teubner, G. (eds.) Contract and Organisation – Legal analysis in the light of economic and social theory. Walter de Gruyter, 1986.
- Ekman, I. (red). Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik, första uppl. Liber, 2014.
- Ekman, I. (red). Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik, andra uppl. Liber, 2020.
- Ekman, I. Busse, R. van Ginneken, E. Van Hoof, C. van Ittersum, L. Klink, A. Kremer, J.A. Miraldo, M. Olauson, A. De Raedt, W. Rosen-Zvi, M. Strammiello, V. Törnell, J. Swedberg, K. Health care improvements in a financially constrained environment. The Lancet 2016 pp. 646–647, vol 387 February 13, 2016.

- Elder-Vass, D. *The Casual Power of Social Structures – Emergence, Structure and Agency*. Cambridge, 2010.
- Erhag, T. Leviner, P. och Lind, A-S. (red), *Socialrätt under omvandling – om solidaritetens och välfärdsstatens gränser*. Liber, 2018
- Erhag, T. Mattsson, T. och Bäckman, T. (red.) *Festskrift till Lotta Vahlne Westerhäll*. Santérus förlag, 2011.
- Eriksson, L D. Ansvarsetik eller rättighetsmoral? Ett diskussionsinlägg om välfärdsstatens kris, *Retfærd* 69, 1995.
- Espersson, C. och Hellbacher, U. Patientskadelagen – en kommentar m.m. Patientförsäkrings-föreningen, 2016.
- Fridström Montoya, T. *Leva som andra genom ställföreträdare: en rättslig och faktisk paradox*. Iustus: 2015.
- Gagnér Jenneteg, F. Svensson, S. och Wählstedt, S. *Handbok i brukarinflytande*. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg (NSPHiG), 2023.
- Gardell, B. och Gustafsson, R. m.fl. *Sjukvård på löpande band – från ett forskningsprojekt om sjukhusets vård- och arbetsorganisation*. Prisma, 1979.
- Garpenby, P. och Carlsson, P. *Mot bättre vetande – Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården*. Bilaga 6 i SOU 1999:66 *God vård på lika villkor*.
- Granström, E. *From patient to person – Perspectives on the role of quality data, patient experiences, and patient involvement in the improvement of chronic care*. Karolinska Institute, 2021.
- Green, M. och Mattsson, T. *Health, rights and the state*. *Scandinavian Studies in Law*, 62, 177–197. 2017.
- Gustafsson, H. *Taking Social Rights Seriously (I): Om sociala rättigheters status*. *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 4/5 2005.
- Gustafsson, H. *Taking Social Rights Seriously (II): Den handikappade lagen: Retfærd* 116 2007.
- Gustafsson, R. *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historiesociologiskt perspektiv*. Esselte studium, 1987.
- Gustavsson, S. *Patient involvement in quality improvement*. *Doktorsavhandlingar vid Chalmers tekniska högskola. Ny serie nr 3993*, 2016.
- Habermas, J. *Between Facts and Norms: Contributions to a discourse theory of law and democracy*. Oxford Polity Press, 1996.
- Hellner, J. *Lagstiftning inom förmögenhetsrätten – praktik, teori och teknik*. Juristförlaget, 1990.
- Henriksen, J-O. och Vetlesen, A J. *Etik i arbete med människor, tredje upplagan*. Studentlitteratur, 2013.
- Hesselman, M. Hallo de Wolf, A. and Toebes, B. (eds). *Socio-Economic Human Rights in Essential Public Service Provision*. Routledge, 2016.
- Hollander, A. (1995). *Rättighetslag*. Iustus förlag, 1995.
- Hydén, H. *Normvetenskap. Sociologiska institutionen, Lunds universitet*, 2002.
- Hydén, H. *Sociology of law as the science of norms*. Routledge, 2022.
- Hägerström, A. *En straffrättslig principundersökning SvJT*, 1939.

- Iveroth, E. Lindvall, J. och Magnusson, J. (red). Digitalisering och styrning. Studentlitteratur, 2018.
- Johnsson, L-Å. Patientsäkerhetslagen och patientens rättigheter – Handbok för ombud och vårdpersonal. Karnov, 2015.
- Johnsson, L-Å. Patientlagen – en kommentar. Andra upplagan. Norstedts Juridik, 2020.
- Jonsson, L-Å. Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer. Wolters Kluwer, 2017.
- Kemp, P. and Hashimoto, N. (eds.) Ethics and Justice. Eco-ethica vol. 6, 2017.
- Kristensson Ugglå, B. Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentring inom hälso- och sjukvård i Ekman, I. (red). Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik, första upplagan. Liber, 2014.
- Kotkas, T. and Veitch, K. Social Rights in the Welfare State: Origins and Transformations. Routledge, 2017.
- Lidhard, J. och Petrusson, U. Forskning och Innovation – statens styrning av högskolans samverkan och nyttiggörande. Underlagsrapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2012.
- Lundstedt, V. Det Hägerström-Lundstedtska mistaget. Hugo Gebers förlag, 1942.
- Lundstedt, V. Grundlinjer i skadeståndsrätten. Senare delen. Strikt ansvar. Band 1. A.-B. L. Norrblads bokhandel, 1944.
- Mathiesen, T. Makt och motmakt. Bokförlaget Korpen, 1982.
- Mathiesen, T. Rätten i samhället. Bokförlaget Korpen, 1985.
- Mikkola, M. Right to Health as a Human Right in Europe s. 31–48 i Rynning, E. and Hartlev, M. (red.), Nordic Health Law in a European Context – Welfare State Perspectives on Patients' Rights and Biomedicine. Liber, 2012.
- Nolte, E. Merkur, S. and Anell, A. (eds.) Achieving Person-Centred Health Systems – Evidence, Strategies and Challenges. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge University Press, 2020.
- Numhauser-Henning, A. (red.) Normativa perspektiv – Festskrift till Anna Christensen. Juristförlaget i Lund, 2000.
- Pollitt, C. och Bouchaert, G. Public Management Reform. 3rd ed. Oxford University Press. 2011.
- Peczenik, A. Rätten och förnuftet: en lärobok i allmän rättslära, första upplagan. Norstedts Juridik, 1986.
- Peczenik, A. Rättsnormer. Norstedts, 1987.
- Peczenik, A. Vad är rätt? – Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation. Norstedts Juridik, Institutet för rättsvetenskaplig forskning, 1995.
- Persson Bergvall I. och Sjöberg M. Åratal – ur handikapphistorien. 3e uppl. HandikappHistoriska Föreningen, 2012.
- Regner, G. Eliason, M. och Vogel, H-H. (red.) Festskrift till Hans Ragnemalm. Juristförlaget i Lund, 2005.
- Ricoeur, P. Oneself as Another. The University of Chicago Press, 1992.
- Ricoeur, P. Reflections on the Just. The University of Chicago Press, 2007.

- Roback, K. Ridelberg, M. Carlfjord, S. och Nilsen, P. Fyra år med patientsäkerhetsberättelsen – sammanställning och jämförande analys av uppgifter inrapporterade från vårdgivare i Sverige 2010–2013. Linköpings universitet 2015.
- Rostila, M. och Toivanen, S. (red.). Den orättvisa hälsan – Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Liber, 2012.
- Rynning, E. Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie. Iustus, 1994.
- Rynning, E. and Hartlev, M. (eds.), Nordic Health Law in a European Context – Welfare State Perspectives on Patients' Rights and Biomedicine. Liber, 2012.
- Sackett, D.L. Straus, S.E. Richardson, W.S. Rosenberg, W. and Haynes, R.B. Evidence based medicine: How to practice and teach EBM (2nd ed). New York, NY. Churchill Livingstone, 2000.
- Schoultz, I. och Nafstad, I. (red.). Om rättssociologisk tillämpning. Studentlitteratur, 2020.
- Schuppert, G. F. *Governance Reflected in Political Science and Jurisprudence*. Jansen, D. (ed.) New Forms of Governance in Research Organizations. Springer, 2010.
- Sjöblom, S. Den starka statens styrningsproblem. Publikationer från projektet Förvaltningslösningars språkliga konsekvenser (Språkon). Utvärderingsprogrammet Arttu: undersökningar nr. 13. 2011.
- Stjernquist, P. och Widerberg, K. Introduktion i rättssociologi. Rapportserien vid Rättssociologiska institutionen vid Lunds universitet 5-1978.
- Strömberg, T. Inledning till den allmänna rättsläran, 6e uppl. Juridiska föreningen i Lund, 1976.
- Sverne Arvill, E. och Printz, A. Patientens rätt och vårdens ansvar. Nordstedts Juridik, 2023
- Tamanaha, B. Realistic Socio-Legal Theory – Pragmatism and Social Theory of Law. Oxford University Press, 1997.
- Thorpenberg, S. Kriterier och relevans: om ett allokeringsystem inom den kliniska medicinen. Vetenskapsteoretiska institutionen vid Göteborgs universitet, 1999.
- Tuori, K. Critical Legal Positivism. Ashgate, 2002.
- Tuori, K. Rättens nivåer och dimensioner. Publikationer från juridiska fakulteten vid Helsingfors universitet, 2013.
- Tännsjö, T. Grundbok i normativ etik, andra upplagan. Thales, 2012.
- Vahlne Westerhäll, L. Den starka statens fall? – En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950–2000. Norstedts Juridik, 2002.
- Vahlne Westerhäll, L. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), kommentar till 5 kap. 1 §, Karnov 2024-09-04, JUNO.
- Vahlne Westerhäll, L. Suicidnärhet – en medicinsk vård och behandling i ett rättsligt perspektiv. Studentlitteratur, 2014.
- Vahlne Westerhäll, L. Svensk patientlagstiftning: lärobok om patienters ”rätt” i hälso- och sjukvården. Santérus, 2015.

- Vahlne Westerhäll, L. Thorpenberg, S. och Jonasson, M. Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen. Styrning, legitimitet och bevisning. Santérus, 2009.
- Wahlgren, P. (red.), Law and Society: Scandinavian Studies in Law vol. 53. Stockholm, Jure AB, 2008.
- Westerhäll, L. Patienträttigheter. Nerenius & Santerus förlag, 1994.
- Willman, A. Bahtsevin, C. Nilsson, R. och Sandström, B. Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet, 4e uppl. Studentlitteratur. Lund 2016.
- Zillén, K. Mattsson, T. och Slokenberga, S. (red), Medicinsk rätt. Norstedts Juridik, 2020.

Artiklar

- Alharbi, T.S. Olsson, L.E. Ekman, I. and Carlström, E. The impact of organizational culture on the outcome of hospital care: after the implementation of person-centred care. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 42, pp. 104–110. 2014.
- Alharbi, T.S. Carlström, E. Ekman, I. and Olsson, L-E. Implementation of Person Centered Care – Management Perspective. *Journal of Hospital Administration* 2014 Vol. No. 3: 107–120, 2014.
- Banakar, R. On Socio-Legal Design. 2019.
- Bohlin, I. Evidensbaserat beslutsfattande i ett vetenskapsbaserat samhälle – Om evidensrörelsens ursprung, utbredning och gränser s. 31–68. Bohlin, I. och Sager, M. (red.). Evidensens många ansikten. Arkiv förlag. Lund, 2011.
- Bonsignore, C. Brolis, E. Ionescu, A. Karusinova, V. Mitkova, Z. Raps, F. Renman, V. and Ricci Fedotova, N. European Health Parliament, The Patient Empowerment and Centredness Committee. Patient empowerment and centredness. 2015.
- Britten, N. Ekman, I. Naldemirci, Ö. Javinger, M. Hedman, H. and Wolf, A. Learning from Gothenburg model of person centred healthcare. *British Medical Journal*, 2020.
- Brunsson, N. and Sahlin-Andersson, K. Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform. *Organization Studies*, Volume: 21 issue: 4, page(s): 721–746, 2000.
- Brännström, M. and Broström, K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. *PREFER: a randomized controlled study*. *European Journal of Heart Failure*, 2014.
- Bødker Madsen, H. Health Law as a Legal Discipline. Rynning, E. and Hartlev, M. (red.), *Nordic Health Law in a European Context – Welfare State Perspectives on Patients' Rights and Biomedicine*. Liber, 2012.
- Carlström, E. and Ekman, I. Organisational culture and change: implementing person-centred care, *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 26 Iss: 2 pp. 175–191, 2012.
- Carlström, E. and Olsson, L-E. The association between subcultures and resistance to change – in a Swedish hospital clinic s. 458–476. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 28 No. 4, 2014.

- Cederberg, J. Nästa år byter halva Sverige journalsystem. *Läkartidningen*, 4–5/2023.
- Davis, M. Legal pluralism s. 805–824 in Cane, P. and Kritznier, H. (red.) *The Oxford handbook of empirical legal research*. Oxford University Press, 2010.
- Ekman, I. Norberg, A. och Swedberg, K. Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvården s. 69–96. Ekman, I. (red). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik, första upplagan*. Liber, 2014.
- Ekman, I. Wolf, A. Olsson, L-E. Taft, C. Dudas, K. Schaufelberger, M. och Swedberg, K. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal* 33, 1112–1119. 2012.
- Frerichs, S. From social rights to economic incentives? The moral (re) construction of welfare capitalism. Kotkas, T. and Veitch, K. *Social Rights in the Welfare State: Origins and Transformations*. Routledge, 2017.
- Friis, E. och Åström, K. The Gap Problem s. 107–121. Schoultz, I. och Nafstad, I. (red.). *Om rättssociologisk tillämpning*. Studentlitteratur, 2020.
- Galligan, D. J. Legal theory and empirical research s. 976–993 in Cane, P. and Kritznier, H. (eds.). *The Oxford handbook of empirical legal research*. Oxford University Press, 2010.
- Garland, J. Informed Consent as a Right: Regulatory Challenges in the Swedish Legal Framework. *Förvaltningsrättslig Tidskrift*, 2018(2): 233–267.
- Garland, J. Informed Consent in Clinical Practice in Sweden: Challenges in protecting patients' rights through medical science and law. *Förvaltningsrättslig Tidskrift*, 2019(1): 49–78.
- Garland, J. Testing the Bounds of Lawful Medicine in Sweden: Vetenskap och beprövad erfarenhet as a legally enforceable standard of care. *Nordisk socialrättslig tidskrift* 79–114.
- Glavå, M. och Petrusson, U. Illusionen om rätten: juristprofessionen och ansvaret för rättskonstruktionerna. Askeland, B. och Bernt, J.F. (red), *Erkjennelse og engasjement: minnesseminar for David Roland Doublet [1954–2000]*. Fagbokforlaget, 2002.
- Gustafsson, H. Rättighetifiering – om rättigheternas tragedi s. 46–92. Erhag, T. Leviner, P. och Lind, A-S. (red), *Socialrätt under omvandling – om solidaritetens och välfärdsstatens gränser*. Liber, 2018
- Haller, L. Regulating the professions pp. 217–234. Cane, P. and Kritznier H. (eds.). *The Oxford handbook of empirical legal research*. Oxford University Press, 2010.
- Hartlev, M. (2011). The *raison d'être* of Nordic Health Law pp. 49–66. Rynning and Hartlev (eds), *Nordic Health Law in a European Context: Welfare State Perspectives on Patients' Rights and Biomedicine*. Liber, 2012.
- Hedvall M-B. The process of self-care decision making s. 10–20. *Skrifter utgivna vid Svenska Handelshögskolan*, Helsingfors 1994.
- Hutter, B. Occupational safety and health in Cane, P. and Kritznier, H. (red). *The Oxford handbook of empirical legal research*. Oxford university press, 2010.

- Hydén, H. och Dahlstrand, K. Avtalet som rättsligt och socialt instrument. Schoultz, I. och Nafstad, I. (red.). Om rättssociologisk tillämpning. Studentlitteratur, 2020.
- Hydén, H. Reflexiv rätt och reglering i Born A. Reflexiv rett. Köpenhamns universitet, 1988.
- Hydén, H. Normativa grundmönster – mot en teori om rättsliga förändringsprocesser i Normativa perspektiv. Festskrift till Anna Christensen. Juristförlaget i Lund, 2000.
- Kristensson Uggla B. A just allotment of memory and a just distance – Paul Ricoeur on Memory and Justice s. 245–262. Kemp, P. and Hashimoto, N. (eds.) Ethics and Justice. Eco-ethica vol. 6, 2017.
- Légaré, F. Härter, M. Stiggelbout, A. Thomson, R. and Stacey, D. Choosing treatments and the role of shared decision-making. Nolte, E. Merkur, S. and Anell, A. (eds.) Achieving Person-Centred Health Systems – Evidence, Strategies and Challenges. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge University Press, 2020.
- Mattsson, T. Collecting data for quality improvement and research in Swedish healthcare, and the individual patient's right and ability to protect their privacy. International journal of technology policy and law 2 pp. 160–168. 2016.
- Mattsson, T. Participation for all? Challenges and tools to realize participation for vulnerable persons with a focus on health service. Hesselman, M. Hallo de Wolf, A. and Toebe, B. (eds.) Socio-Economic Human Rights in Essential Public Service Provision. Routledge, 2016.
- Moore, L. Britten, N. Lydahl, D. Naldemirci, O. Elam, M. and Wolf, A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. Scandinavian journal of caring sciences, 31(4), 662–673. 2017.
- Nagai, H. Nakazawa, E. and Akabayashi, A. The creation of the Belmont Report and its effect on ethical principles: a historical study. Monash Bioethics Review, 40(2), pp. 157–170. 2022.
- Nolte, E. and Anell, A. Achieving person-centred health systems: levers and strategies, pp. 75–114. Nolte, E. Merkur, S. and Anell, A. (eds.) Achieving Person-Centred Health Systems – Evidence, Strategies and Challenges. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge University Press, 2020.
- Palm, W. Nys, H. Townend, D. Shaw, D. Clemens, T. and Brand, H. Patients' rights: from recognition to implementation pp. 347–386. Nolte, E. Merkur, S. and Anell, A. (eds.) Achieving Person-Centred Health Systems – Evidence, Strategies and Challenges. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge University Press, 2020.
- Partington, M. Legal theory and empirical research in Cane, P. and Kritzer H. The Oxford handbook of empirical legal research. Oxford University press, 2010.

- Petrusson, U. Glavå M. och Hermansson, C. Innovationsverksamhet som rättsliga handlingssystem – Några rättsteoretiska ställningstaganden s. 477–492. Festskrift till Håkan Hydén. Juristförlaget i Lund, 2018.
- Petrusson, U. and Glavå, M. Law in a Global Knowledge Economy: Following the Path of Scandinavian Sociolegal Theory. Wahlgren, P. (red), Law and Society: Scandinavian Studies in Law vol. 53. Stockholm, Jure AB, 2008.
- Ramberg U. Annell A. och Hellström M. Hur kan synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga bidra till utveckling av vården? KEFU:s skriftserie 2020:4. Ekonomihögskolan vid Lunds universitet. 2021.
- Richards, T. Coulter, A. and Wicks P. Time to deliver patient centered care. *BMJ*. 2015;350:h530. 2015.
- Rosengren, K. Brannefors, P. and Carlström, E. Adoption of the concept of Person-centred care into discourse in Europe: A systematic literature review. *Journal of Health Organization and Management* 35(9): 265–280. 2021.
- Rynning, E. Patientens rättsliga ställning – två steg fram och ett tillbaka. Festskrift till Lotta Vahlne Westerhäll s. 307–335. Santérus förlag, 2011.
- Rynning, E. Still no Patients' Act in Sweden – Reasons and Implications i Rynning, E. and Hartlev, M. (eds.), *Nordic Health Law in a European Context – Welfare State Perspectives on Patients' Rights and Biomedicine*. Liber, 2012.
- Smith, P.C. Anell, A. Busse, R. Crivelli, L. Healye, J. Lindah, A.K. Westert, G. and Kene, T. (2012). Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*, 106(1), s. 37–49.
- Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care. *British Medical Journal*, 2001, 322(7284)444–445.
- Tistad, M. Wallin, L. and Carlström, E. A comparison of three organisational levels in one health care region in Sweden implementing person-centred care: Coupled, decoupled or recoupled in a complex organisation. *BMC Health Services Research* 22:196, 2022.
- Trubek, D. Where the Action is – Critical legal studies and Empiricism. *Stanford Law Review* Vol. 36, No. 1/2, Critical Legal Studies Symposium, Jan. 1984, pp. 575–622.
- Trädgårdh, L. Bemäktiga individerna. Om domstolarna, lagen och de individuella rättigheterna i Sverige. *Demokratiutredningens skrift* nr 20. 1999.
- Ulin, K. Olsson, L-E. Wolf, A. and Ekman, I. Person-centred care – An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 1–8, 2015.
- Vahlne Westerhäll, L. Normgivningens etik – exemplet rehabilitering. Normativa perspektiv – Festskrift till Anna Christensen. Juristförlaget i Lund, 2000.
- Vahlne Westerhäll, L. Om sociala rättigheters funktion och konstruktion s. 365–386. Festskrift till Hans Ragnemalm. Juristförlaget i Lund, 2005.
- Wahlberg, L. Skäligt straffansvar för misstag inom medicinsk vård och behandling s. 115–135. *Nordisk Socialrättslig Tidskrift* 19–20, 2019.

- Wahlberg, L och Sahlin, N-E. Om icke vedertagna behandlingsmetoder och kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet s. 48–65. Förvaltningsrättslig tidskrift, 2017.
- Wallström, S. and Ekman, I. Person-centred care in clinical assessment. *European Journal of Cardiovascular Nursing* pp. 1–4, 2018.
- Wettermark, B. och Hellström, M. (2017). Vårdval 10 år – Vad vet vi om dess effekter. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Diarienummer: HSN 2017-1485.
- Wheeler, S. Contracts and corporations s. 125–150. Cane, P. and Kritzner, H. (red). *The Oxford handbook of empirical legal research*. Oxford university press, 2010.
- Wolf, Carlström, and Uhlin. Changing the ward culture in a clinic during the implementation of person-centred care. *Journal of Hospital Administration* 6(5):31–39. 2017.
- Zamboni, M. Legislative Policy and Effectiveness: A (Small) Contribution from Legal Theory. *European Journal of Risk Regulation*, 9 (2018) 416–430. 2018.

Webbsidor

- 1177 Vårdguiden. Att vara närstående i vården. 2018-07-05. <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/anhorig---narstaende/att-vara-narstaende-i-varden/>. 2020-06-22.
- 1177 Vårdguiden. Johansson, K. Remiss. <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/remiss/>. 2020-03-02.
- ALF Västra Götaland. ALF-medel för kompletterande studie i anslutning till HTA. 2024-20-18. <https://www.alfvastragotaland.se/forskning/alf-medel-ha/>. 2024-11-17.
- Centrum för personcentrerad vård – GPCC. Om personcentrerad vård. 2023-07-04. <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-varld>.
- Council of Europe. The European Social Charter. <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter>. 2023-11-23.
- Dagens Medicin. Rekordmånga läkare förlorade legitimationen 2023. 2024-01-03. <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/patientsakerhet/rekordmanga-lakare-forlorade-legitimationen-2023/>. 2024-09-04.
- European Commission. Harmonised Standards. https://single-market-economy.ec.europa.eu/single-market/european-standards/harmonised-standards_en. 2024-11-26.
- Folkhälsomyndigheten. Om lagar, förordningar och föreskrifter. 2022-04-05. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/foreskrifter-och-allmanna-rad/om-lagar-forordningar-och-foreskrifter/>. 2022-04-05.
- Funktionsrätt Sverige. Vår organisation. 2023-05-14. <https://funktionsratt.se/om-funktionsratt-sverige/var-organisation/>. 2024-03-24.
- Föreningen för lagstiftningslära. Om lagstiftningslära. 2024. <https://lagstiftningslara.se/omforeningen/lagstiftningslara-1.html>. 2023-12-04.
- Göteborgs universitet. Implementering av personcentrerad vård på programmen för hälsoprofessioner – Forskningsprojekt. 2021-05-14. www.gu.se/forskning/implementering-av-personcentrerad-varld-pa-programmen-for-halsoprofessioner.

- Inspektionen för vård och omsorg. IVO:s uppdrag och organisation. 2024-01-17. <https://www.ivo.se/om-ivo/uppdrag-organisation/>. 2024-06-05.
- Inspektionen för vård och omsorg. Jag är anmäld, vad händer nu? 2023-06-07. <https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/jag-ar-anmald/>. 2024-09-07.
- Inspektionen för vård och omsorg. Om IVO, <https://ivo.se/om-ivo/>. 2020-11-25.
- Integritetsskyddsmyndigheten. IMY:s föreskrifter och allmänna råd, 2024-01-02. <https://www.imy.se/om-oss/aktuellt-fran-oss/foreskrifter-och-allmanna-rad/>, 2024-05-10.
- International Alliance of Patients' Organizations. The global voice for patient-centred healthcare. <https://www.iapo.org.uk>
- Internet Encyclopedia of Philosophy. Paul Ricoeur. <https://iep.utm.edu/ricoeur/#H6>. 2023-07-05.
- Justitiekanslern. Alla Anmälningar utreds inte. <https://www.jk.se/tillsyn/alla-anmaelningar-utreds-inte/>. 2024-12-19.
- Kunskapsguiden. Om gemensam författningssamling. 2020-05-06. <https://kunskapsguiden.se/gemensam-forfattningssamling/om-gemensam-forfattningssamling/>. 2024-06-05.
- Kunskapsguiden. Områden och teman. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/>. 2024-06-05.
- Lagrådet. Om Lagrådet. <https://www.lagradet.se/om-lagradet/>. 2024-05-19.
- Läkarförbundet. Bastjänstgöring. <https://slf.se/rad-och-stod/utbildning/bastjanstgoring-bt/>. 2024-08-28.
- Läkarförbundet. Etik- och ansvarsrådet (EAR), <https://slf.se/rad-och-stod/etik/ear/>, 2024-09-06.
- Läkarförbundet. God läkaretik, <https://slf.se/rad-och-stod/etik/etiska-regler/>, 2024-09-05.
- Läkarförbundet. Hitta Förening. <https://slf.se/hitta-forening/>. 2024-09-11.
- Läkarförbundet. Läkarförbundets arbete med etiska frågor. <https://slf.se/rad-och-stod/etik/lakarforbundets-arbete-med-etiska-fragor/>. 2024-09-06.
- Läkarförbundet. Läkarförbundets etiska regler. <https://slf.se/rad-och-stod/etik/lakarforbundets-etiska-regler/>. 2024-08-26.
- Läkarsällskapet. SLS föreningar. <https://www.sls.se/om-oss/organisation/foreningar/>. 2024-09-11.
- Läkartidningen. Egen begäran vanligaste orsaken till återkallad legitimation. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2021/03/egen-begaran-vanligaste-orsaken-till-aterkallad-legitimation/>. 2021-03-09, 2024-08-27.
- Läkartidningen. Få vårdärenden som leder till åtal. 2019-03-13. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/03/fa-vardarenden-som-leder-till-atalsex-ar-med-vardaklagare-fortsatt-fa-vardarenden-som-gar-till-atal/>. 2024-09-08.
- Läkartidningen. Nytt rekord i dragna legitimationer. 2024-01-04. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/01/nytt-rekord-i-dragna-legitimationer/>. 2024-09-04
- Läkartidningen. RÅ inrättar särskilda vårdåklagare. 2013-02-06, <https://lakartidningen.se/aktuellt/2013/02/ra-inrattar-sarskilda-vardaklagare/>. 2024-09-08.

- Länsstyrelsen Västra Götaland. Så styrs länsstyrelsen. <https://www.lansstyrelsen.se/vastra-gotaland/om-oss/om-lansstyrelsen-i-vastra-gotaland/vart-uppdrag/sa-styrs-lansstyrelsen.html>. 2022-07-13.
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. EU:s beredskapslager för sjukvårdsmateriel. 2021-06-22. <https://www.msb.se/sv/om-msb/internationella-samarbeten/eu-samarbete/eu-och-civilskyddssamarbetet/eus-beredskapslager-for-sjukvardsmateriel/>. 2024-02-04.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Patient- och brukarrådet. <https://www.vardanalys.e/om-vardanalys/organisation/patient-och-brukarradet/>. 2024-04-03.
- Naprapatförbundet. Värdegrund och visioner. <https://naprapater.se/vardegrund-och-visioner/>. 2024-08-23.
- Regeringskansliet. Avdelningen för offentlig förvaltning. <https://www.regeringen.se/sveriges-regering/finansdepartementet/avdelningen-for-offentlig-forvaltning/>. 2024-05-19.
- Regeringskansliet. Budgetavdelningen på Finansdepartementet. <https://www.regeringen.se/sveriges-regering/finansdepartementet/budgetavdelningen/>. 2024-05-19.
- Regeringskansliet. Försvarsdepartementets organisation. 2024-01-02. <https://www.regeringen.se/sveriges-regering/forsvarsdepartementet/organisation/>. 2024-05-19.
- Regeringskansliet. Justitiedepartementets organisation. 2023-01-02. <https://www.regeringen.se/sveriges-regering/justitiedepartementet/justitiedepartementets-organisation/>. 2024-05-19.
- Regeringskansliet. Patientrådet för in viktiga perspektiv. 2023-10-25. https://www.regeringen.se/artiklar/2023/10/patientradet-for-in-viktiga-perspektiv/?mtm_campaign=Artikel&mtm_source=Artikel&mtm_medium=email. 2024-05-19.
- Regeringskansliet. Statsrådets ansvarsområden på Socialdepartementet. 2023-02-14. <https://www.regeringen.se/artiklar/2023/02/statsradens-ansvarsomraden-pa-socialdepartementet/>. 2024-05-12.
- Regeringskansliet. Statens offentliga utredningar. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/>. 2024-05-12.
- Regeringskansliet. Så arbetar regeringen. 2017-03-18. <https://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/sa-arbetar-regeringen-och-regeringskansliet/sa-arbetar-regeringen/>. 2024-05-12.
- Researchweb. Grant management, Compliance and CRIS. <https://www.researchweb.org>. 2024-07-02.
- Riksrevisionens. Hälsovård, sjukvård och social omsorg. <https://www.riksrevisionen.se/granskningar/amnesomraden/halsovard-sjukvard-och-social-omsorg.html>. 2024-12-19.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset VGR. Vidareutbildning med bibehållen lön. 2024-02-19. <https://www.sahlgrenska.se/jobb-och-framtid/utveckling-och-karriar/utbildningsbefattning/>. 2024-09-05.
- Socialstyrelsen. God och nära vård. 2021-05-18. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/>. 2023-05-17.

- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. 2024-08-30. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/halso--och-sjukvardens-ansvarsnamnd/>. 2024-09-01.
- Socialstyrelsen. Indikatorer i nationella riktlinjer. 2019-05-28. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/om-indikatorer/>. 2024-06-05.
- Socialstyrelsen. Klassifikationer. <https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/>. 2024-06-05.
- Socialstyrelsen. Legitimation och intyg – Läkare utbildad i Sverige. 2024-05-15. <https://legitimation.socialstyrelsen.se/legitimation/utbildad-i-sverige/lakare-utbildad-i-sverige/>. 2024-09-03.
- Socialstyrelsen. Legitimation och intyg – Undersköterska utbildad i Sverige. 2024-03-22. <https://legitimation.socialstyrelsen.se/skyddad-yrkestitel-for-underskoterska/utbildad-i-sverige/>. 2024-09-03.
- Socialstyrelsen. Nationellt högspecialiserad vård. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-varld/oversikt/>. 2024-06-04.
- Socialstyrelsen. Nationella informationsmängder – Patient. 2024-06-03. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/e-halsa/nationell-informationsstruktur-och-nationella-informationsmangder/nationella-informationsmangder/patient/>. 2024-12-11.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. 2018-10-15. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>. 2023-05-17.
- Socialstyrelsen. Socialstyrelsens råd för e-hälsa. 2024-06-10. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/socialstyrelsens-rad-for-e-halsa/>. 2024-06-13.
- Socialstyrelsen. Särskilt förordnande för läkare. 2023-02-09. <https://legitimation.socialstyrelsen.se/andra-behorigheter/sarskilt-forordnande-for-lakare/>. 2024-09-03.
- Socialstyrelsen. Sök nationella riktlinjer. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/>. 2024-06-04.
- Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till god och nära vård. 2024-05-15. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/uppfoljning/>. 2024-06-05.
- Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/>. 2020-03-26.
- Socialstyrelsen. Vård i rimlig tid. <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-varld-och-omsorg/varld-i-rimlig-tid/>. 2020-03-26.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. SBU:s publikationstyper. 2020-02-09. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/publikationstyper/>. 2020-12-14.

- Strålskyddsmyndigheten, Processen för att ta fram föreskrifter. 2023-05-17. <https://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/regler/foreskrifter/oversyn-av-vara-foreskrifter/processen-for-att-ta-fram-foreskrifter/>. 2024-05-21.
- Svenska Barnmorskeförbundet. Svenska Barnmorskeförbundet – vi är en del av SRAT. 2024-06-14. <https://www.barnmorskeforbundet.se/forbundet/>. 2024-09-05.
- Svensk sjuksköterskeförening. Sektioner och nätverk. <https://swenurse.se/sektioner-och-natverk?query=>. 2024-09-06.
- Svensk sjuksköterskeförening. Sjuksköterskornas etiska råd. 2024-09-10. <https://swenurse.se/om-oss---profession-vision-politik/organisation/rad/sjukskoterskornas-etiska-rad>. 2024-09-12.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Digital Min vårdplan i cancervården. 2024-01-29. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/ehalsa/internetbaseratsstodochbehandling/digitalminvardplancancervarden.11661.html>. 2024-07-04.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Dokumenterad överenskommelse. 2024-09-17. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/dokumenteradoverenskommelse.28918.html>. 2024-10-28.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Huvudöverenskommelse (HÖK). 2023-08-16. <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/kollektivavtal/huvudoverenskommelsehok.147.html>. 2024-09-16.
- Sveriges Kommuner och Landsting. Gemensam kunskapsbas om patientlagen. 2017-02-01, <https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientlagen.2083.html>.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Ordlista A till Ö. 2022-10-19. <https://skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/ordlistaatillo.43531.html>. 2024-06-04.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Regionernas köp av verksamhet. 2024-05-23. <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/statistikekonomi/kopavverksamhet/regionernaskopavverksamhet.35891.html>. 2024-09-16.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Patientinflytande. 2024-06-17. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande.243.html>. 2024-07-01.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Patientkontrakt – dokumenterad överenskommelse. 2024-04-29. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/patientkontrakt.28918.html>. 2024-07-01.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Uppföljning av Nära vård. 2024-04-03, <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/uppfoljning.46736.html>, 2024-07-04.
- Vetenskapsrådet. Definitioner av begrepp inom medicinsk och klinisk forskning. 2024-03-11. <https://www.vr.se/uppdrag/klinisk-forskning/definitioner-av-begrepp-inom-medicinsk-och-klinisk-forskning.html>. 2024-11-13.
- Vårdförbundet. Avdelningar och riksklubbar. 2022-08-23. <https://www.vardforbundet.se/avdelningar-och-riksklubbar/>. 2024-09-06.
- Vårdförbundet. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. 2023-06-07. <https://www.vardforbundet.se/rad-och-stod/yrkesansvar/halso-och-sjukvardens-ansvarsnamnd/>. 2024-08-29.

- Vårdförbundet. Legitimation. 2023-10-18. <https://www.vardforbundet.se/rad-och-stod/yrkesansvar/legitimation/>. 2021-05-20.
- Vårdförbundet. Vårdförbundets modell för utbildningsanställning under specialistutbildning. 2022-06-13. <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-yrkena-battre/akademisk-specialisttjanstgoring/vardforbundets-modell-for-specialistutbildning/>. 2024-09-05.
- Vårdföretagen. Andel privat driven sjukvård. <https://www.vardforetagarna.se/privat-vardfakta/kapitel/#andel-privat-driven-sjukvard>. 2024-09-16.
- Vårdsamverkan i Västra Götaland. Basnivå i samverkan. 2024-10-11. <https://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/kommun-och-sjukvard---samverkan-i-goteborgsomradet/omraden-for-samverkan/vard--och-stodsamordning/>. 2024-10-17.
- Vårdsamverkan i Västra Götaland. Dokument. 2022-12-12. <https://www.vardsamverkan.se/dokument/>. 2023-11-22.
- Vårdsamverkan i Västra Götaland. Handbok för personliga hjälpmedel inom hälso- och sjukvård. <https://www.vardsamverkan.se/omraden/hjalpmedel-i-vastra-gotaland/handbok-for-personliga-hjalpmedel-inom-halso-och-sjukvard/>. 2024-08-26.
- Vårdsamverkan i Västra Götaland. Ledningsrådet för hjälpmedel. 2024-06-27. <https://www.vardsamverkan.se/omraden/hjalpmedel-i-vastra-gotaland/organisation-for-hjalpmedel-i-samverkan/ledningsradet-for-hjalpmedel/>. 2024-01-20.
- Vårdsamverkan i Västra Götaland. Områden för samverkan. 2023-10-31 <https://www.vardsamverkan.se/omraden/>. 2024-06-11.
- Västra Götalandsregionen. Förstå mig rätt – metod för att minska missförstånd. 2024-04-23. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/amnesomraden/jamlik-varld/verksamhetsutveckling-och-utbildning/forsta-mig-ratt/>. 2021-10-03.
- Västra Götalandsregionen. Läkemedelshantering. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/lakemedel/lakemedelshantering/>. 2024-08-30.
- Västra Götalandsregionen. Miljömål 2030. 2023-12-15. <https://www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/miljovgr/miljomal-2030/>. 2024-06-04.
- Västra Götalandsregionen, Södra Älvsborgs Sjukhus. Fullmakt att företräda. 2023-11-29. <https://sas.vgregion.se/patient-hos-oss/fullmakt/>. 2024-10-17.
- Västra Götalandsregionen. Villkor för bidrag till regionala samarbetsprojekt Västra Götalandsregionen. 2024-06-07. <https://www.researchweb.org/is/vgregion/document/257194>. 2024-06-25.
- Västra Götalandsregionen Vårdgivarwebben, Om HTA-centrum. 2024-11-14. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/utveckling--uppfoljning/htacentrum/om-hta-centrum/>. 2024-11-12.
- Västra Götalandsregionen Vårdgivarwebben. Regionala medicinska riktlinjer och rutiner. 2023-06-08. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/styrande-dokument-inom-halso--och-sjukvard/amnesomraden/alla-regionala-medicinska-riktlinjer/>. 2024-02-24.

- Västra Götalandsregionen Vårdgivarwebben. Söka medel till forskning och innovation. 2022-03-03. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/utveckling--uppfoljning/forskning-och-utveckling/sokaforskningsmedel/>. 2024-06-25.
- Västra Götalandsregionen Vårdgivarwebben. Verksamhetsuppföljning. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/varldval-varldcentral/krav--och-kvalitetsbok-vg-primarvard/verksamhetsuppfoljning/>. 2024-05-04.
- Västra Götalandsregionen Webbhandboken. Digital tillgänglighet. 2024-05-23. <https://www.vgregion.se/webbhandboken/digital-tillganglighet/>. 2024-08-30.
- WHO. Integrated people-centred care. <https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#>. 05-06-2024.

FIGURFÖRTECKNING

- 19 FIGUR 1. Folkhälsomyndighetens översikt av statens styrinstrument.
- 62 FIGUR 2. En tolkning av Ricoeurs ramverk för medicinsk handlingsetik.
- 199 FIGUR 3. Hälso- och sjukvårdens nivåer.
- 200 FIGUR 4. Hälso- och sjukvårdens rättsliga ordning.
- 211 FIGUR 5. Övergripande rättslig ordning för statliga styrning av hälso- och sjukvård.
- 223 FIGUR 6. Departementets rättsliga ordning för statlig styrning av hälso- och sjukvård.
- 253 FIGUR 7. Huvudsakliga komponenter i ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.
- 266 FIGUR 8. Myndigheter med en roll och ansvar i förhållande till hälso- och sjukvård.
- 280 FIGUR 9. Myndigheternas ordning för hälso- och sjukvårdsreform.
- 316 FIGUR 10. Huvudmannaskapets rättsliga ordning.
- 326 FIGUR 11. Huvudmannaskapets interna ordning och beståndsdelar.
- 329 FIGUR 12. Grundmodell för den regionala politisk ordningen.
- 331 FIGUR 13. Politisk ordning Västra Götalandsregionen med fokus på hälso- och sjukvård.
- 333 FIGUR 14. Politisk ordning Region Stockholm med fokus på hälso- och sjukvård.
- 348 FIGUR 15. Förvaltningsorganisation för den politiska ordningens grundmodell.
- 349 FIGUR 16. Förvaltningsorganisation för Västra Götalandsregionen.
- 351 FIGUR 17. Förvaltningsorganisation för Region Stockholm.
- 352 FIGUR 18. Linjestruktur för förvaltningsorganisationen i Västra Götalandsregionen.
- 357 FIGUR 19. Grundmodell för vårdutförande i egen regi.
- 358 FIGUR 20. Västra Götalandsregionens organisering av vårdutförande i egen regi.
- 360 FIGUR 21. Region Stockholms organisering av vårdutförande i egen regi.
- 363 FIGUR 22. Västra Götalandsregionens organisering av vårdutförandets förvaltning.
- 369 FIGUR 23. Huvudmannens interna ordning för hälso- och sjukvårdens utveckling.
- 370 FIGUR 24. Beslutsprocesser för hälso- och sjukvårdens utveckling.
- 375 FIGUR 25. Ordning för planering och finansiering av hälso- och sjukvård.
- 385 FIGUR 26. Ordning för kvalitets- och kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård.
- 387 FIGUR 27. Ordning för intern bemanning och resursbesättande av hälso- och sjukvård.
- 392 FIGUR 28. Ordning för verksamhetsutveckling baserad på patientdialog m.m.
- 395 FIGUR 29. Ordning för hälso- och sjukvårdsforskning och innovation.
- 401 FIGUR 30. Huvudmannens övergripande ordning för samverkan.
- 403 FIGUR 31. Huvudmannaskapets rättsliga gränssnitt för samverkan.
- 405 FIGUR 32. Huvudmannens samverkan med staten.
- 409 FIGUR 33. SKR som aktör för hälso- och sjukvårdssamverkan.
- 424 FIGUR 34. Samverkan mellan huvudmän inom en region.
- 436 FIGUR 35. Samverkan mellan huvudmän inom en delregion.

- 458 **FIGUR 36.** Huvudmannens samverkan med civilsamhället.
- 464 **FIGUR 37.** Huvudmannens hantering av externa vårdgivare.
- 472 **FIGUR 38.** Huvudmannens ordning för inköp.
- 491 **FIGUR 39.** Vårdgivarens rättsliga ordning.
- 495 **FIGUR 40.** Tre fokusområden för personcentrerad vård.
- 498 **FIGUR 41.** Områden inom öppenvården.
- 500 **FIGUR 42.** Vårdgivaransvarets olika nivåer.
- 501 **FIGUR 43.** Vårdgivarens organisation i Västra Götalandsregionen.
- 503 **FIGUR 44.** Sahlgrenska Universitetssjukhusets organisation.
- 505 **FIGUR 45.** Närhälsans organisation.
- 506 **FIGUR 46.** Vårdcentralens organisation som vårdenhet.
- 514 **FIGUR 47.** Vårdgivarens verksamhets- och ledningssystem.
- 515 **FIGUR 48.** Vårdgivarens olika ledningssystem.
- 516 **FIGUR 49.** Ordning för klinisk kvalitet.
- 522 **FIGUR 50.** Vårdgivarens ordning för hantering av vårdskador.
- 525 **FIGUR 51.** Vårdgivarens ordning för medicinteknik.
- 531 **FIGUR 52.** Vårdgivarens ordning för läkemedel.
- 537 **FIGUR 53.** Vårdgivarens ordning för patientjournaler, patientdata och annan vårddata.
- 548 **FIGUR 54.** Vårdgivarens ordning för inköp och upphandling.
- 550 **FIGUR 55.** Vårdgivarens ordning för forskning och innovation.
- 562 **FIGUR 56.** Rättsliga ordning för professions- och personalansvar.
- 566 **FIGUR 57.** Rättsliga ordning för hantering av legitimation, specialkompetens och bevis för skyddad yrkestitel.
- 567 **FIGUR 58.** Aktörer inblandade i hanteringen av legitimation, specialkompetens och bevis för skyddad yrkestitel.
- 574 **FIGUR 59.** Sammanställning av områden för specialistbevis för läkare.
- 592 **FIGUR 60.** Rättsliga ordning för medlemskap i professionsorganisation.
- 603 **FIGUR 61.** Anställningsordning för hälso- och sjukvårdsanställda.
- 604 **FIGUR 62.** Avtalsbaserad ordning mellan den enskilde arbetstagaren och arbetsgivaren.
- 609 **FIGUR 63.** Kollektivavtalsbaserad ordning mellan fackförbund och arbetsgivaren.
- 614 **FIGUR 64.** Verksamheter vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- 630 **FIGUR 65.** Innovation och forskning för hälso- och sjukvårdens kvalitet.
- 635 **FIGUR 66.** Hälso- och sjukvårdens system och praktik.
- 636 **FIGUR 67.** Överblick över hälso- och sjukvården som "rättsliga lager".
- 643 **FIGUR 68.** Översikt över ramverket.
- 652 **FIGUR 69.** Ramverkets första nivå – ett program för personcentrerad vård och implementering av patientens rätt.

- 658 **FIGUR 70.** Personcentrering som kvalificerande krav på vårdåtgärder.
- 659 **FIGUR 71.** Personcentreringsnormer i form av kvalifikationsnormer.
- 665 **FIGUR 72.** Personcentrering som krav på hälso- och sjukvårdens aktörer.
- 665 **FIGUR 73.** Personcentreringsnormer i form av kompetensnormer.
- 671 **FIGUR 74.** Personcentreringsnormer i form av handlingsdirigerande normer.
- 676 **FIGUR 76.** Personcentreringsnormer i form av målnormer.
- 676 **FIGUR 77.** Dynamiken mellan mål och kvalifikationsnormer.
- 677 **FIGUR 78.** Målnormer som möjliggör utvärdering av personcentrerad vård.
- 688 **FIGUR 79.** Tre överlappande kategorier av rättsnormer för hälso- och sjukvårdens kvalitet.
- 689 **FIGUR 80.** Vårdåtgärder och vårdförlopp baserade på tillämpning av kvalitetsnormer.
- 691 **FIGUR 81.** Ramverkets andra nivå.
- 694 **FIGUR 82.** Åtta kvalitetsnormer att applicera stegvis.
- 704 **FIGUR 83.** Dynamiken mellan normtillämpning och normbildning.
- 705 **FIGUR 84.** Processer för att precisera och tillämpa kvalitetsnormer.
- 709 **FIGUR 85.** Modell för att tydliggöra vad som är rättsligt bindande källmaterial.
- 711 **FIGUR 86.** Modell för att tydliggöra vad som är bindande utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.
- 713 **FIGUR 87.** Patienten som kunskapskälla.
- 714 **FIGUR 88.** Modell för att tydliggöra hur god vård förstås som normer i kliniska processer.
- 715 **FIGUR 89.** Grundläggande vårdprocess.
- 715 **FIGUR 90.** Kompetensnormer för att säkerställa god vård.
- 716 **FIGUR 91.** Diagnosarbete under vårdprocess.
- 717 **FIGUR 92.** Kvalitetsnormer för beslutsfattande i vårdprocessen.
- 723 **FIGUR 93.** Hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån ett nedifrån och upp-perspektiv – ramverkets nivå 3.
- 727 **FIGUR 94.** Samspelet kunskapsstyrning och kvalitetsledning.
- 760 **FIGUR 95.** Socio- och medikolegal design av hälso- och sjukvårdssystem.
- 764 **FIGUR 96.** Hälso- och sjukvårdens kvalitativa utveckling.
- 772 **FIGUR 97.** Kvalifikationsnormer för kvalitet.
- 773 **FIGUR 98.** Kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för kvalitet.
- 776 **FIGUR 99.** Kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för vårdåtgärdernas kvalitet.
- 788 **FIGUR 100.** Kompetensnormer och handlingsdirigerande normer för vårdförloppens kvalitet.
- 796 **FIGUR 101.** Samordnade ledningssystem för kvalitetsutveckling.
- 797 **FIGUR 102.** Ett grundläggande modell för allt utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården.

INDEX

- ”Gap-problem” 760
Anmälan av vårdskada 157, 522–524
Anmälningsskyldighet 524
Anställning 100–101, 155, 225, 309, 435, 562, 585, 592, 602–611, 811
Ansvarsfördelning 25, 69, 97, 200, 203, 209, 216, 248, 330, 367, 375, 426, 435, 440–441, 447–448, 496, 500, 518, 521, 604, 616–617, 636, 650
Ansvarutkrävande 59, 94, 188, 193, 201, 212, 224, 308–309, 318, 330, 480, 484–485, 493, 512, 529, 532, 553–555, 557, 560–562, 578, 591, 600–602, 604, 608, 613, 616–617, 619–620, 804, 811–812, 820–821
Apotekare 564, 585, 587
Arbetsgivare 25, 411, 416, 482, 542, 561, 581, 586, 602–607, 609–610, 612, 618, 818
Arbetsledning 617, 812, 818
Arbetsmiljö 355, 389, 419, 479, 492, 514–515, 542–543, 558, 617–618, 682, 732, 740, 742, 746, 812, 818
Arbetsordningar 848
Arbetsstagare 25, 100, 411, 542, 562–563, 567, 586, 602–604, 606–607, 609–610, 615, 818
Arbetsstagarrelationen 602–603, 610
Arbetssterapeut 564, 587
Arkivering 455, 517
Artificiell intelligens, AI 37, 200, 302, 306, 378, 525–526, 530, 541, 643, 711, 744–746, 795
Audionom 564
Avskedande 608
Avtalsbaserad ordning 215, 325, 424, 462, 604, 610, 874
Avtalssamverkan 463–464, 467, 470–471, 809
Avtalsstyrning 230
Barnmorska 564, 577, 585, 587, 605–606
Beslutsdelegation 496
Beslutsfattare 50, 57, 293, 299, 309, 343, 355, 376–377, 382, 386, 655, 677, 714, 774
Beslutsprotokoll 195, 348, 851
Beviljande av specialistkompetens 566, 572
Beviljande av särskilt förordnande 571
Biobanksprov 124
Biomedicinsk analytiker 564, 587
Budgetar 228, 368, 381, 383, 854
Civilsamhället 202, 220, 231, 233, 238, 282, 286–287, 295, 316–317, 323–324, 346, 394, 455–462, 477, 727, 802, 805, 808–809, 819, 874
Datahantering 276, 492, 536, 711, 730, 819
Dataskydd 247, 277, 305–306, 512, 514–515, 536, 540, 542, 558, 746
Datasäkerhet 306, 536–537, 540–541, 620, 747, 819, 821
Delaktighet 3, 5, 23, 32, 42, 46, 48–49, 81, 86, 93–94, 102–105, 110, 116, 131–133, 135–136, 141–142, 146, 151, 153, 159, 163, 165–166, 171, 173, 196–197, 206–207, 233, 235–236, 242, 257, 259, 265, 270, 275–276, 293–294, 296–297, 378, 383, 391, 415, 419, 422, 432–433, 459–460, 466, 475, 508, 524, 531, 559, 576, 578–579, 596, 629–631, 642, 648–649, 653, 662–663, 668, 670–671, 673, 675, 680–681, 686, 695, 698, 700, 704, 709, 712, 719, 734, 742, 759, 763, 770, 774–775, 778, 781–782, 799–800, 807, 818
Delegeringsordningar 339, 376, 847
Delregional samverkansstruktur 434
Delregionala kommunalförbund 427
Dietist 564, 587
Digital service 492, 544, 818, 821
Digital tillgänglighet 544–545, 819
Digitala resurser 390, 743–747, 794, 812, 816–818
Digitalisering 11, 36, 183, 187, 222, 239, 268–269, 276–277, 286–287, 289, 291, 293, 302, 305–306, 323, 353, 365, 377–378, 384, 388, 400–401, 412, 445, 447, 466, 530, 536, 635, 640, 644, 675, 684, 721, 760, 767, 803, 816
Dokumenterad överenskommelse 46, 234, 257, 410, 664, 680, 786, 789, 791
E-hälsodata 304, 763, 768, 771, 794
E-hälsomyndigheten 19, 261, 267–268, 286–287, 297–298, 307, 416, 800
Egentillverkning 391, 525–526, 529–530, 737, 739–740, 743, 794, 812, 816
Egenvård 6–7, 19, 49, 132–135, 141, 173, 242, 247–248, 272, 290, 292, 432, 445, 449, 518, 524, 616, 642, 648–649, 663, 670, 673–674, 700, 763, 768, 770

- Ensamrätt till yrke 585
 Etik 16, 22, 32, 36, 43–44, 51–57, 60–61, 63–67, 185, 563, 575, 586, 594, 598–600, 602, 647, 655–656
 Etikprövning 129, 518, 551, 662, 729–730, 733, 740, 815
 Etiska normer 35–36, 56, 61, 64, 66–67
 Etiska regler 36, 55–56, 65–66, 563, 595, 598–599, 601
 Europeiska unionen, EU 17, 20–21, 43, 88, 119, 122, 145–146, 199, 203–204, 209, 211–213, 217–219, 221–222, 225, 233, 247, 270, 272–274, 276–278, 281, 293, 299–306, 320, 377, 462, 525–530, 536–537, 541, 544, 552–553, 565, 620, 645, 649–650, 716, 731–733, 737–741, 743–745, 748–749, 798–799
 Evidens 10, 40, 51, 63, 74, 115–116, 520, 527, 550–551, 627, 631, 633–634, 653, 659, 684, 693, 696–697, 704, 719, 723, 731, 751, 772, 776
 Evidensbaserad forskning 728
 Externa avtal och samverkan 287, 803
 Externa leverantörer 743, 748, 805, 810
 Externa tjänster 480, 747–749, 817
 Externa vårdgivare 315, 317, 324–325, 345, 357, 361, 371, 383, 385–386, 463–464, 488, 497, 512, 805, 809, 874
 Fackförbund och -föreningar 586, 609
 Fast läkarkontakt 110, 122, 139, 186, 258, 270, 289–290, 292, 296, 314, 364, 407, 421, 507, 675, 785, 789
 Fast vårdkontakt 82, 106, 122, 136–139, 143, 171, 173–174, 181, 245–246, 258, 292, 296, 419–420, 511, 546, 770, 785
 Finansdepartementet 220, 222
 Finansiering 84, 198, 231, 327, 374–375, 396–397, 406, 504, 557, 669, 802, 807, 873
 Folkhälsomyndigheten 19–20, 267, 270–271, 273–275, 297–298, 800
 Folkrörelsebaserad samverkansarena 456
 Forskning 6–7, 11–13, 15, 20, 23, 30–31, 33, 39–41, 45–46, 49, 51, 55, 58–59, 67, 69–70, 74, 96, 103, 108, 114, 131, 134, 147, 235, 237, 265, 272, 276, 279, 286, 304, 316, 321, 327, 368, 395–398, 413, 418, 422–423, 446, 450, 453, 478, 480, 492, 499, 508–509, 515, 518, 527, 536, 550–552, 558, 593–594, 597, 599, 607, 621, 627–631, 635, 643, 647, 671, 692–693, 712, 721, 723, 728–734, 740, 759, 761, 769, 774, 794, 807, 812, 814–815, 874
 Forskning och innovation 12, 395–396, 492, 550, 558, 627, 693, 874
 Forskning och utveckling 114, 276, 327, 368, 396, 446, 478, 509, 536, 734, 812, 814–815
 Forskningsetik 55, 551
 Fullmaktshavare 29, 101–102, 106
 Funktionshinder och skada på kroppsfunktioner 706–707
 Fysioterapeut 564, 585, 587, 605–606
 Föreskrifter och allmänna råd 19, 117, 128–129, 135, 138, 210, 250, 267, 271–272, 277, 283, 386, 513, 515, 517–520, 522–524, 526–529, 531–541, 544, 546–547, 549, 558, 564–565, 568, 570–575, 616, 618–620, 628, 633, 662, 667, 722, 725, 732, 735–736, 738, 740–741, 747, 749–752, 796, 836
 Förbättringsarbete 187, 244, 249–250, 254, 293, 399, 442, 467, 470, 519–520, 530, 543, 725, 727, 736, 742, 752, 796
 Föreningsstadgar 838
 Förmyndare 102, 104, 107
 Försvarsdepartementen 222
 Försäkringskassan 119, 122, 137, 272–273, 287, 576, 800
 Förtroendearbete 609, 611–612, 618
 Förvaltningsordning 316, 326–327, 347–351, 370, 806
 Förvärv av produkter och tjänster 471
 Gemensamma författningssamlingen 267–269, 271, 273, 275–277, 283
 God och nära vård 12, 46, 48, 72, 186, 195–196, 202, 204, 209, 213, 215, 227–228, 230–231, 234–241, 244–245, 247, 254–256, 257, 261, 264, 268–274, 276–277, 282, 288–296, 313, 318–319, 337, 364–365, 368, 370, 377–380, 382–384, 386, 400, 406–407, 409, 412–414, 417, 421, 423–424, 426, 430, 432–434, 441–447, 451–452, 457, 474–475, 482, 487, 492–493, 499, 504, 506, 508, 559, 576, 631, 638, 647–648, 656, 664, 669, 675, 763, 768, 770, 783–784, 794, 797–798, 804
 Godemän och förvaltare 102, 107
 Governance 1–13, 15, 760–762
 Habilitering och hälsa 368–369, 396, 437–438, 500

- Handlingsdirigerande normer 28, 32, 34–35, 39, 44–45, 47, 49, 66, 70–71, 81, 110, 112–113, 124, 134, 138–139, 141–143, 145, 147, 149, 153, 168–169, 178, 182, 197, 206, 385, 493, 629, 652, 654–655, 671–675, 680, 689, 714, 716, 718, 726, 736, 745, 748, 759, 764–765, 768, 773–774, 776–777, 779, 787–788, 875
- Handlingsetik 8, 13, 42–44, 51–53, 56, 58–59, 62, 64, 66–67, 69, 73, 631, 636, 643, 647, 651, 653, 655, 657, 659, 688, 763, 774, 873
- Handlingsplan 44, 290, 376, 419, 432, 438–440, 446, 448, 522–523
- Handlingssystem 8, 10, 15–17, 22, 24–35, 42, 46–47, 64, 66, 70–74, 80–81, 85–86, 92, 95, 100–102, 104, 106–107, 110, 112–113, 118, 121, 126, 128, 137, 145, 147, 167, 169, 178, 180–183, 185, 187–189, 197, 199–201, 203, 210, 212, 224, 230, 242, 313, 316–318, 450, 460, 474, 476, 487, 490, 492–493, 513, 515, 517, 519–521, 524, 526–531, 534, 540, 554, 559, 566, 571, 586, 598, 632–633, 636, 640, 642, 645, 651, 657–658, 687, 714–716, 721, 728–738, 740–741, 743–745, 747–752, 759–762, 765, 767–769, 774–775, 777, 783–784, 793–795, 812
- Hantering av läkemedel 530–535, 619, 733, 735–736, 815
- HTA 274, 525, 527–528, 531–532, 550, 621, 732
- Huvudman 10, 32–33, 107, 110–111, 115, 117–118, 140–141, 156, 189, 197, 200, 209, 234, 242, 291, 313–315, 322, 325, 328, 330, 332, 361, 375, 389, 392, 398, 403–404, 410, 429, 432, 438–439, 441–443, 449, 451, 453–455, 459, 464, 467–468, 483–484, 488, 493–497, 499–500, 503, 512, 616, 669–670, 710, 793
- Huvudmannansvar 12, 72, 203, 205, 209, 313, 315, 356, 361–362, 368, 766, 804
- Hälso- och sjukvårdens ”governance”
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN 24, 30, 269, 272, 284, 561, 567, 580–584, 800
- Hälso- och sjukvårdsavtalet 440–443, 448, 483, 546
- Hälso- och sjukvårdskurator 564, 587
- Hälso- och sjukvårdslagen 5, 10, 17–18, 26, 51, 59, 65, 71–72, 84, 88, 90, 107, 109–119, 126–127, 131, 134–136, 139–145, 154, 209, 214, 241, 243, 245, 247–248, 250, 258, 313–316, 319–323, 329, 356, 361, 364, 366–368, 373, 403, 422–423, 433, 440–442, 447, 453, 458, 483, 487–489, 496–497, 500, 507, 513, 515, 521, 531, 545–546, 554–555, 558, 579, 612, 615, 631, 660, 684, 686, 699, 701–702, 705, 715, 784–786
- Hälso- och sjukvårdspolitik 20, 217, 254, 301, 318–319, 334, 337, 341, 799, 805–806
- Hälso- och sjukvårdspolitiska normer 63, 644, 656–657, 683, 688, 700, 721
- Hälso- och sjukvårdsreform 12–13, 71, 74, 188–189, 195–197, 201–209, 211–214, 216–220, 222–228, 231, 264, 279–281, 283–289, 306, 308, 310, 313, 322–323, 326–328, 334, 337, 339, 347, 355, 361, 369–371, 380, 383, 401–402, 405–406, 409, 412–413, 420, 449, 463, 479–480, 487, 491, 497, 554, 559, 563, 612, 628, 759, 762, 765–766, 793–796, 798–799, 802, 804–806, 809, 811–814, 818–820
- Icke-kommersiella aktörer 477
- Idéburet offentligt partnerskap, IPO 461–462, 809
- Idéburna aktörer 461–462
- Idéburna organisationer 232–233, 461–462, 477–478
- Indikatorer 229, 288, 295–297, 383, 415, 421, 446–447, 647, 654–655, 675–681, 803, 813
- Individuell planering 82, 123, 136, 140, 171, 173, 246, 770, 785
- Informationssäkerhet 276, 278, 285, 305, 311, 512, 514–515, 536–538, 541–542, 744–745, 749
- Informerad delaktighet 662–663, 668, 670, 673, 680–681, 698, 700, 709, 712, 719, 775, 778, 781–782
- Informerad delaktighet och partnerskap som kvalifikation av en vårdåtgärd xxiv
- Informerat samtycke 178, 661, 667, 669, 673, 680–681, 698–699, 709, 712, 718, 775, 778, 780, 782
- Inköp och upphandling 324, 473–474, 492, 547–548
- Innovation 12, 147, 184, 272, 276, 304, 395–396, 478, 492, 515, 550, 553–554, 558, 627–630, 632, 643, 693, 721, 730, 771, 807, 810
- Innovationsledning 553–554, 730–731
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO 19, 122, 149, 157–158, 180, 265, 268–269, 286, 289, 294,

- 297, 307, 311, 340, 447, 479, 523–524, 530, 555, 561, 566–567, 580–583, 585, 617, 800, 803
- Integritet 5, 18, 21, 45, 55, 65, 86, 93, 105, 110–111, 116, 126–127, 130–131, 146–147, 150–151, 153–154, 158, 172, 196–197, 236, 242, 258, 277, 489, 513, 541–542, 558, 569, 579, 596, 598–599, 620, 629, 631, 637–638, 642, 648, 661, 667, 669–670, 673–674, 679–681, 684–686, 695, 698–699, 704, 709, 712, 718, 730, 742, 745, 774–775, 778, 780, 782, 819
- Integritetsskyddsmyndigheten, IMY 265, 277, 287, 308, 479, 800
- Intellectuella tillgångar 771, 812, 816
- Intern kontroll 327, 343, 399–400, 467, 473, 480, 482
- Intern samverkan 286, 295–297, 803
- Internationella åtaganden 299
- Intresseorganisationer och -föreningar 586
- Intyg 82, 155–156, 176, 394, 568, 570–571, 573, 575–576, 620
- IT-infrastruktur 286, 293, 743, 747, 750, 803
- IVO:s tillsyn 580, 585
- JO 155, 269, 308–309, 484, 582, 800, 803
- Journalföring 129, 148, 247, 536–541, 662, 749, 794
- Journalhantering 536, 538, 540, 819
- Justitiedepartementet 220, 222
- Justitiekanslern, JK 269, 308–310, 582, 800, 803
- Jämlik vård 40–41, 73, 81, 83, 113, 119, 210, 242–243, 248–251, 276, 294, 317, 346, 368, 377, 382–383, 386, 393, 400, 421, 700–701, 719, 769, 775, 779, 781–782
- Kiropraktor 564, 588
- Klagomål 82, 156–158, 171, 176, 180, 268, 309–310, 327, 329, 346, 380, 392–394, 403, 519–520, 555, 581, 789–791, 808
- Klinisk forskning 58–59, 396, 422, 453, 550–552, 631, 731
- Klinisk kvalitet 492, 515–516, 520, 735, 742–743, 747, 750–751, 763
- Klinisk prövning 395, 527, 552, 737
- Kliniskt tillhandahållande av vårdåtgärder 814
- Kollektivavtal 25, 101, 255, 409, 586, 603–604, 607–611, 618
- Kommersiella produkter och tjänster 472, 810
- Kommunala huvudmän 29, 228, 244–246, 313, 346, 383, 403, 407, 410, 423, 427, 434, 440–441, 445–446, 451, 455, 458, 546, 806, 808, 819
- Kommunalförbund 329, 401, 403–404, 422, 425–429, 444, 449–452, 480, 483
- Kompetens och kompetensutveckling 681, 752
- Kompetensförsörjning 182, 221, 239, 257, 260, 289, 291, 294, 296, 304, 378, 413, 415, 418–419, 442, 445, 447, 492, 546, 620
- Kompetensnormer 10, 32–33, 39, 42–44, 46, 49, 66, 70–71, 81, 95–96, 100–101, 111–112, 135, 137, 168, 178, 182, 196, 206, 493, 629, 652, 654, 664–666, 669–670, 679, 687, 689, 691, 714–715, 724, 726, 740, 745, 750–753, 759, 764–765, 768, 773–774, 776–777, 779, 781, 783, 787–788, 790
- Kompetensutveckling 17, 97, 170, 182, 197, 239, 378, 388–389, 419, 442, 447, 451, 509, 546–547, 550, 572, 580, 593, 608, 620, 681, 724, 749–752, 773, 794, 807, 812, 817
- Koncernkontoret 331, 350–353, 355, 376, 378–379, 381, 383–384, 388–391, 394, 428–429, 438, 453, 463, 468
- Konstitutionsutskottet 308
- Konstitutiva normer 32–33, 700
- Kostnadseffektivitet 131, 475, 606, 639, 686, 700, 702, 709, 719, 779, 781, 783
- Kravet på respekt och omtanke 666, 669, 672
- Kunskapsbaserad vård 72, 213, 223, 248–253, 255, 686
- Kunskapsstyrning 33, 67, 74, 187, 195, 200, 202, 209, 215, 223, 230, 237, 248–251, 253–254, 262–263, 283, 285–286, 293, 296–299, 311–313, 317, 319, 327, 343, 378–379, 384–387, 401, 406–408, 420–421, 423, 426, 432, 447, 453, 492, 509–510, 520–521, 576, 629, 631, 635, 641–642, 645, 669–672, 675, 683–684, 687, 690, 696, 703, 706, 710–712, 717, 721–722, 724, 727–729, 732, 736–737, 742, 746, 749, 752, 762–764, 767–771, 773–774, 777–779, 786–788, 794–795, 804, 807, 814–815
- Kvalifikationsnormer 10, 32, 39, 66, 81, 134, 168, 178, 182, 652, 654–655, 657, 659–660, 663–664, 676–677, 680, 684–685, 689, 693, 695, 699, 704, 714, 716, 718, 739, 764, 768, 772–777, 783–785, 787

- Kvalitetsarbete 135, 244, 250, 342, 357, 368,
385–387, 442, 468–470, 510, 512–520, 526–527,
531–533, 536, 543–544, 546–547, 552, 554, 558, 575,
607, 616, 627–628, 632–633, 636–637, 643, 675,
677–678, 690, 703, 713, 722–723, 725, 728, 733,
735, 737–738, 740, 743, 746–747, 750–751, 753,
764, 786, 795–796
- Kvalitetsledning 27, 386, 449, 512, 527, 554, 558,
632, 644, 686, 690, 694, 721–722, 724, 726–729,
732–733, 738, 743, 747, 750, 765, 767, 769, 773,
776, 793, 797–798
- Kvalitetsledningssystem 368, 385–387, 463, 474,
512, 515, 518, 634–635, 685–686, 693–694, 721–
723, 727–729, 731, 733–734, 738, 740, 743–744,
747, 750, 777, 794–798, 805, 811, 813–817
- Kvalitetsnormer 36, 51, 520, 631, 633, 635, 637,
644, 651, 653, 658, 676, 683–685, 687–694, 696,
698–700, 704–707, 710–712, 714–717, 721, 724,
729, 734, 739, 743, 750, 752, 772, 775–776, 780,
783–784, 787
- Kvalitetssystem 11, 95, 470, 628, 634–636, 642–
645, 651, 669, 674, 684–685, 703, 721, 723, 728,
764–765, 768–771, 775–777, 783
- Kvalitetsutveckling 52, 67, 246, 346, 535, 593,
623, 633, 636, 651, 659, 683–684, 693, 703, 711,
721–722, 727, 733–734, 736, 738, 742, 744,
746–747, 749–750, 752, 762–763, 767–768, 772,
796, 798, 805, 807
- Laglighetsstillsyn 554
- Lagrådet 70, 88, 99, 227, 231, 247, 584
- Ledningssystem 73, 135, 185, 250, 363, 366, 379,
386, 468–470, 482, 491–492, 510–520, 525–527,
531–533, 536–538, 541–547, 550, 553, 558, 612,
615–618, 627–628, 633–634, 636, 644–645, 674,
685–686, 693, 696, 698, 701, 722, 725–726, 732,
735, 738, 740, 742–743, 746–747, 749–751, 764,
796–798, 804, 811, 813–814, 819
- Legitimation 10, 34, 100, 135, 269, 283–284, 416,
484, 538, 561–571, 581–585, 592–593, 600–602,
617, 620, 687
- Legitimationsyrken 563–564
- Logoped 564, 588
- Läkare 9, 25, 28, 42–43, 55, 85, 95, 113, 131,
137–139, 141, 143, 197, 241, 322, 383, 394, 396–397,
415–416, 420, 441, 477, 488, 500, 510, 521,
530, 532, 534, 547, 564–566, 568, 571–574, 576,
583–590, 594–595, 598–599, 606–607, 614–616,
619–620, 634, 642, 654, 683, 687, 694, 735, 765,
785
- Läkemedel 18–20, 27, 100, 119, 220–221, 225,
261, 267, 271–272, 276, 283, 302, 307, 324–325,
343, 388, 392, 414, 423, 447, 471, 473, 510, 521,
525, 527, 529–535, 541, 543, 552, 556, 561, 564,
566, 571–572, 580, 583, 600, 616, 618–619, 627,
629–630, 639, 672, 687, 693, 724, 733–738, 794,
812, 815
- Läkemedelsgenomgång 531, 534–535
- Läkemedelshantering 135, 267, 292, 484, 515, 531,
534–535, 558, 618–619, 733, 735–737, 742, 815
- Läkemedelsverket 19, 267, 271–272, 286, 297,
307, 311, 398, 479, 566, 735, 740, 800, 803
- Länsgemensamma strategin för god och nära
vård 443
- Länssjukvård 321, 367, 453, 508
- Länsstyrelserna 212, 278–279, 800
- Maktförskjutning 77, 84, 86, 88, 640–642
- Medbestämmande 609–611, 618, 639
- Medicinsk etik 60, 65, 599–600
- Medicinsk verkan 629, 695–696, 709, 718, 732,
734, 743, 775, 778, 780, 782
- Medicinska normer 35–36, 644, 656, 683, 685,
688, 693, 696, 700, 721, 742, 746, 775
- Medicintekniska produkter 11, 18, 20–22, 27, 135,
220–221, 225, 269, 271–272, 274, 302, 306, 324–
325, 391, 398, 441, 447, 475, 492, 515, 524–530,
549, 552–553, 558, 618, 630, 687, 731, 737–743,
746, 810, 812, 816
- Medikolegal 36, 69, 73, 688, 703–704, 706, 723,
759–761, 763–764, 767–769, 771–773, 776, 779,
784
- Meritering 546, 572, 577
- Miljö och hållbarhet 492, 543
- Ministerstyre 210–211, 230, 280
- Myndigheten för delaktighet 265, 275, 297, 800
- Myndigheten för digital förvaltning, DIGG 276–
277, 286–287, 416, 545, 800
- Myndigheten för familjerätt och föräldraskaps-
stöd 19, 267, 275, 297, 800
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap,
MSB 265, 277–278, 537, 541–542, 546, 800
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrå-
gor, MUCF 274, 800

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 5–6,
23, 80, 94, 159, 165, 193, 270, 287, 306, 407, 410,
796, 800
- Myndigheternas föreskrifter 525, 710
- Myndighetsföreskrifter 19, 282, 492, 519, 710
- Målnormer 34, 40, 52, 66, 109–110, 112–113,
168, 178, 196, 205, 233, 288, 301, 652, 654–655,
675–682, 689, 716, 798, 800–801, 803, 805–807,
812–814
- Mänskliga rättigheter 17, 21, 89, 299, 302–303,
332, 340, 459, 474, 555, 595–597, 730
- Möjliggörare 245, 268, 413, 645, 650–651
- Möjliggörande av personcentrerad vård 195, 213,
366, 463, 676
- Naprapat 564, 588
- Nationell högspecialiserad vård 284, 321
- Nationell kunskapsstyrning 286, 407
- Nationella riktlinjer 210
- Nationellt programområde 422–423
- Nationellt sammanhållet system för kunskapsbase-
rad vård 72, 213, 223, 248–252, 255
- Normbildning 49, 67, 69, 73, 531, 623, 627,
631–633, 636, 641, 643–644, 652, 678, 682–684,
692, 703–704, 706, 713, 721–724, 727, 734, 738,
742, 744, 746–747, 750, 773–775, 777, 779–781,
784–786, 788–789, 793
- Normer 5, 8, 10, 16, 28, 30–36, 39–40, 44–45,
47, 49, 53, 56, 58–64, 66–67, 69–71, 73–74,
80–81, 92, 95, 110, 112–113, 116, 124, 134, 138–139,
141–143, 145, 147, 149, 153, 168–169, 178, 182,
197, 205–206, 282, 299, 303, 335, 381, 385, 400,
493, 513, 526, 529, 533, 541, 605, 609, 627–629,
631–634, 636, 638, 642–644, 647–660, 662, 664,
671–676, 678, 680, 682–683, 685, 688–694, 696–
698, 700, 703–704, 711–718, 721, 725–726, 736,
740, 742, 745–746, 748, 752, 759–762, 764–765,
767–769, 773–779, 783–784, 786–789, 793
- Normtillämpning 13, 69, 73, 623, 627, 631–633,
636, 641, 643–644, 671, 679, 683, 692, 703–704,
721–724, 727, 773, 777, 779–780, 786, 788–789,
793
- Ny medicinsk bedömning 82, 110, 122, 143–144,
171, 175, 770, 784, 786, 789–791
- Nämnder 217, 246, 281, 318, 320, 324, 329–332,
334–336, 340–348, 350, 355–356, 361, 371, 373,
376–377, 379, 381–382, 386, 389, 393–394, 399,
404, 437–438, 452, 454–455, 473, 481–484, 499
- Nämndsamverkan 403
- Närhälsan 358, 365–366, 437–438, 493, 497,
500–501, 504, 506–509, 511–512
- Närstående 29, 41, 43, 46, 48–49, 55, 58–59,
87, 101–107, 121, 125, 127–128, 135–136, 140,
146, 154–158, 172, 257, 268, 299, 346, 408, 441,
444, 457–458, 519, 567, 569–570, 575–576, 578,
580–581, 600, 663, 751, 765, 786
- Närståendes rätt till delaktighet 132, 135
- Offentlig utredning 188, 206, 215, 226
- Omställning till god och nära vård 228, 291,
293–294, 368, 412, 451, 482
- Omtanke 113, 115, 578, 648, 659–660, 666, 669,
672, 675, 679–681, 695, 698–699, 704, 709, 712,
718, 775, 778, 780, 782
- Optiker 533, 564, 572, 588
- Ordination av läkemedel 531–533
- Organisatoriska normer 35
- Ortopedingenjör 564, 588
- Patient- och brukarorganisationer 394, 455–458,
460, 809
- Patientberättelse 44, 535, 660, 667, 669, 674, 677,
680
- Patientdatalagen 18, 65, 71, 84, 88, 90, 110–111,
122, 129, 146–155, 246–247, 268, 277, 487,
489–490, 537–538, 619–620, 642, 662, 670, 706,
745, 748, 767, 769
- Patientdelaktighet 44–45, 47, 49–50, 133, 185, 242,
519, 535–536, 627, 631, 644, 647, 651, 653–654,
657–660, 664, 670, 674, 686, 727–728, 731, 736,
741–742, 795
- Patientdialog 392
- Patientens rätt 5, 7–16, 21–23, 29, 32, 39, 42, 46,
51–52, 56, 60, 62–66, 69–70, 72–73, 79–81, 83–
84, 89–90, 93–94, 107, 109–111, 114, 117, 120–121,
123–126, 128–129, 132, 135, 137, 139, 146–150,
153, 155–156, 158, 166, 168, 195–198, 203–204,
209, 211, 213–215, 227, 229, 241, 248, 256–259,
264, 288, 296, 303, 317–319, 321, 325, 334, 341,
347, 366, 383, 387, 427, 463, 470, 489–490, 492,
494, 509, 512–513, 516, 554, 559, 570, 578–580,
598–599, 606, 627–628, 631–632, 636, 643, 647,
649, 652–653, 662–663, 666, 675–676, 721, 759,
767–769, 771, 775, 786, 798, 804, 814

- Patientens rättsliga ställning 11, 16, 70–71, 75, 89, 94, 96, 101, 164, 167, 177, 179–181, 188, 221
- Patientföreningar 262, 346, 394
- Patientjournal 90, 146–149, 155, 179, 268, 293, 538–540, 619–620
- Patientkontrakt 46, 234, 238, 257, 259, 262, 410, 415, 418–419, 664
- Patientlagen 5–9, 12–14, 16–17, 23–24, 26, 28, 42, 46–47, 51–52, 58, 60, 62, 65–66, 69–74, 79–88, 83, 86–90, 94–96, 99–105, 109–112, 114–116, 118, 120–129, 131–135, 137, 139–146, 148, 154, 156–165, 167–189, 195–197, 201–206, 208, 211, 213–215, 217, 224, 226–228, 230–231, 234, 241–242, 245, 258–259, 264, 270, 280, 285–288, 292, 296, 307, 313, 317–319, 321–323, 328, 339, 346–347, 361, 365, 369, 380, 385, 387, 393, 395, 400, 406, 409–410, 420, 446–447, 449–450, 455, 475, 479–482, 487, 489, 492, 494, 500, 509, 511–512, 516, 520, 531, 546–547, 550, 554, 556, 559–563, 570, 575, 578–579, 586, 595–597, 602, 612, 628, 631–633, 638, 642–644, 647–649, 652–654, 658–660, 663, 666–668, 671, 676, 682, 684–686, 698–699, 702–705, 750, 759–773, 775, 777, 783–787, 793, 795–799, 801, 803–804, 806–807, 809, 811, 813, 815, 817–821
- Patientlagens implementering 16, 23–24, 71, 73–74, 79, 82, 159–161, 165–166, 168, 176, 184, 186, 196, 203, 215, 230, 261, 288, 306, 364, 509, 511, 675–676, 767–768, 774–775, 777, 783–784, 793–794, 797–798, 801, 804, 806, 810–812, 814
- Patientmaktsutredningen 7, 70, 80, 83–86, 90, 123, 129, 131, 171, 187, 196, 211, 224, 226, 637, 662, 793
- Patientnämnd 329, 347, 383, 392–393, 469
- Patientrelationer 25, 28
- Patientrollen 9, 28, 32–33, 46, 70–71, 81, 93, 95–96, 99–101, 109, 113, 117, 120, 127
- Patienträttigheter 5, 20–22, 54, 79–81, 89–91, 93–94, 122, 273, 303, 541
- Patientrörlighet inom EU 303
- Patientsfären 22, 99, 101–102
- Patientskada 90, 555–556, 560, 620
- Patientsäkerhet 18, 82, 84, 115, 133, 158, 171, 176, 180–181, 236, 261, 269, 290, 294, 339, 346, 366, 369, 378–379, 382, 386, 414, 423, 442, 470, 502, 515–517, 521–523, 543, 569, 578, 580–584, 606, 613, 628, 666, 678, 685–686, 697, 709, 718, 732, 734–735, 740, 743, 747, 751–752, 778, 782
- Patientsäkerhetsarbete 18, 135, 158, 290, 357, 458, 469, 510, 522–524, 576, 579, 615–616, 725, 732, 736, 740–741, 746, 786
- Patientsäkerhetslagen 9–10, 18, 65, 88, 111, 113, 135, 142–144, 146, 149, 153, 155–158, 181, 268, 487, 489, 517–522, 524, 529, 531, 538–539, 555–556, 561, 563–564, 566–568, 571, 578–585, 660, 732, 736, 740–741, 746
- Patientsäkerhetsnormen 696–697, 718, 775, 778, 780, 782
- Personcentrerad hälso- och sjukvård 5–8, 10–11, 13–15, 18, 23, 36, 39–44, 46–47, 51, 54, 56, 70, 72–73, 79–80, 83, 170, 176, 182, 196, 209, 229, 242, 256, 321, 324, 492, 647, 649–651, 654
- Personcentrerade vårdförlopp 408, 689, 764, 768, 783
- Personcentrering 5–6, 8–9, 11, 17, 30, 33–34, 39–44, 46–47, 49, 51, 55, 69–70, 72–73, 80, 93, 96, 170, 173, 178, 183, 195, 211, 221–222, 239, 242, 245, 256, 270, 272, 317, 334, 365, 378, 383, 422, 442, 451, 466, 473–474, 494, 511–513, 569–570, 578–580, 600, 631, 636–640, 643–645, 647–658, 662–666, 669–670, 672, 675, 684–685, 712, 728, 759, 764, 795
- Personcentreringsnormer 547, 644, 647, 651, 656–659, 665, 671, 676, 683, 688, 691, 698–700, 721, 746, 775
- Personskada 485, 551, 555, 560–561, 616
- Personuppgifter 11, 18, 82, 128–129, 146–147, 150–154, 156, 171, 176, 222, 246–247, 277, 304, 306, 479, 489, 530, 536–541, 551, 619–620, 662, 744–745, 748–749, 819
- Policy 6, 13, 39–44, 70, 101, 337, 376–377
- Politiska nämnder 340
- Politiskt ansvar 216, 328, 338, 426
- Politiskt samspel 218
- Politiskt självstyre 318
- Prestandastudier 553
- Primärvård 28, 48, 145, 165, 228, 235, 237–238, 243–244, 291, 314, 321, 345, 361, 364–366, 383–384, 414–415, 418, 432, 434, 437, 447, 451, 467–468, 498–499, 504, 507, 509–510, 512, 640, 675, 726
- Primärvårdsgivare 507, 529

- Primärvårdsnämnd 333
 Prioriteringsnorm 694, 700, 702, 779, 781, 783
 Privat verksamhet 22, 25–26, 110, 191, 198, 230, 282, 354, 488, 761, 766, 794
 Privat vårdgivare III, 468, 488, 640
 Privatisering 334, 464, 506, 639
 Privaträttslig association 404, 487, 495, 809
 Professionens etiska ansvar 586, 595, 598
 Professionsansvar 72, 203, 205, 555, 559, 562, 615, 735, 766, 821
 Professionsorganisationer 295, 559, 563, 586–587, 589, 592–595, 598, 601–602, 805, 808
 Prövning, tillstånd och tillsyn 283, 802
 Prövotid av legitimation 581
 Psykolog 564, 585, 588, 605–606
 Psykoterapeut 564, 585, 588, 605–606
 Receptarie 564, 585, 588
 Regeringen 18–20, 80, 87–88, 90, 99, 118, 123–124, 129, 133, 138, 159–161, 163–165, 177–179, 183, 186, 188, 210–211, 214–220, 223–224, 226–234, 240–243, 246–249, 254–255, 260–262, 264, 276, 278–279, 281, 284–287, 293–294, 296–297, 307, 309–311, 371, 395, 406–407, 410, 412, 421, 456–457, 459, 461, 551, 662, 667, 798–799, 801–804
 Regeringens direktiv 234, 248
 Regeringens reformarbete 224, 244–247
 Regeringens tillsynsorgan 309
 Regeringskansliet 217, 219–220, 222, 224–226, 231, 233, 240, 265, 279, 282, 417, 461, 798, 801
 Regeringsuppdrag 180, 229, 238, 269–275, 277, 280–281, 285, 289–290, 294, 296–297, 802
 Regional och kommunal samverkan 483
 Regionfullmäktige 204, 318–319, 329–332, 334–343, 345–347, 350, 353, 358, 362–363, 366, 376–379, 381, 389–390, 399, 440, 443–444, 452, 455, 459, 462, 465, 467, 473, 479–481, 483, 499–500, 502, 504, 506, 557
 Regiongemensamma samverkansstrukturer 427, 483
 Reglementen 330, 332, 336–337, 339, 341, 346, 350, 358, 361–362, 364, 366–367, 375–376, 379–380, 388, 391–392, 399, 482, 492, 497, 499–501, 504, 517, 540, 807
 Regleringsbrev 27, 211, 218, 229, 278, 280–281, 284, 289–290, 294, 297, 566
 Regiondirektör 352
 Rekrytering och kompetensutveckling 750–752, 794, 812, 817
 Respekt 5, 8, 47, 53, 65, 103, III, 113, 115–116, 127, 132–133, 146–147, 154, 170, 196–197, 258–259, 301, 335, 459, 489, 513, 569, 575, 578–579, 594, 596, 598, 631, 638, 648, 659–661, 666, 668–669, 671–675, 679–681, 684–686, 695, 698–699, 704, 709, 712, 718, 730, 769, 775, 778, 780, 782
 Respekt och omtanke 659, 666, 669, 672, 679–681, 695, 698–699, 704, 709, 712, 718, 775, 778, 780, 782
 Respekt och värdighet 659–660, 672
 Resultatstyrning 28, 675, 813
 Revision och granskning 557
 Revisionsarbete 480
 Revisionsrapporter 481
 Revisorskollegiet 332, 347, 350, 390, 479–481, 557
 Ricoeur 51, 56–57, 60–63, 65, 625, 655–657, 683, 696, 698, 700
 Riksdagen 18, 113–114, 214, 216–219, 223–225, 227, 240–241, 243, 279, 308–310, 319, 660, 799, 804
 Riksdagens gransknings- och tillsynsorgan 308
 Riksdagens ombudsmän, JO 155, 269, 308–309, 484, 582, 800, 803
 Riksdagsförvaltningen 218–219
 Riksrevisionen 223, 308, 310–311, 479, 800, 804
 Riktlinjer 36, 109, 138, 195, 210, 214, 223, 229, 233, 246, 250, 267, 275, 278, 284, 286, 288, 292, 303, 311, 335, 339, 343–344, 354–355, 368, 371–372, 376–378, 380, 385–387, 389, 391–392, 399, 411, 429–430, 433, 442, 448–449, 469–470, 475, 482, 493, 510–512, 517–518, 520–522, 534, 537–538, 540, 543–544, 557, 560, 563, 595–597, 599–601, 606–607, 611, 614, 616–617, 621, 673, 677–678, 705, 710, 727–728, 730, 732–733, 742
 Rutiner 34, 46–47, 63, 101, 129, 136, 138, 158, 178, 183, 195, 201, 258–259, 339, 344, 354–355, 391, 415, 441–443, 449, 469, 482, 490, 493, 507, 511, 514, 517–521, 525, 528, 531, 539–540, 542–543, 549, 557, 560, 606–607, 614, 616, 667, 669–670, 673–674, 682, 710–711, 725–726, 728–729, 732, 735, 737, 741–743, 746, 748–749, 753, 774, 778–779, 789, 815
 Rådet för styrning med kunskap 251, 296–298, 407–408

- Rätt att själv utföra vård- och behandlingsåtgärder 132–133
- Rätt att välja behandlingsalternativ 11, 140, 769
- Rätt att välja hjälpmedel 142
- Rätt att välja utförare 144
- Rätt till att samtycka 126
- Rätt till delaktighet 131
- Rätt till fast läkarkontakt 139
- Rätt till fast vårdkontakt 136
- Rätt till god vård 114, 146, 321, 489, 580, 769
- Rätt till individuell planering 140
- Rätt till jämlik vård 113, 769
- Rätt till lätt tillgänglig vård 116–117
- Rätt till ny medicinsk bedömning 143
- Rätt till respekt 47, 113, 769
- Rätt till samråd 132, 663
- Rättsdogmatisk analys 15, 71
- Rättsempirisk analys 16
- Rättsliga normer 30–32, 35–36, 39, 56, 67, 73, 205, 381, 627, 631–634, 636, 643–644, 647, 649, 651, 653–654, 658–659, 759, 761, 767
- Rättsmedicinalverket 19, 267, 276, 800
- Rättssociologi 23–24
- Rättsteoretisk analys 15, 203, 630
- Röntgensjuksköterska 564, 588
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset 46, 73, 321, 336, 355, 362–363, 367, 384, 391, 437–438, 449, 487, 493, 497, 500–502, 508–509, 512, 518–519, 521, 525, 528–529, 534–535, 540, 543–544, 557, 577, 612, 614–615, 728, 733, 737, 742–743
- Samhällsnyttig verksamhet 476–477
- Samhällsnyttiga produkter och tjänster 472, 476, 810
- Sammanhållen individuell plan 234, 426, 431, 433, 445, 447, 449, 546
- Sammanhållen vård 148, 150–153, 239, 245–247, 261, 418, 466, 537, 769, 797
- Sammanhållna vårdförlopp 187, 245, 259, 261–263, 313, 344, 415, 531, 670, 674, 690, 763, 768, 770, 784–785, 787–791
- Samordning 119, 133, 136, 138, 159, 174, 200, 219, 221, 225, 231, 236, 239, 242, 245, 251, 255, 257, 259, 261, 272, 274, 278–279, 290, 301, 401, 416, 418, 428, 445, 447, 449, 451, 492, 546, 569, 770, 785, 799, 812, 819
- Samtycke 126, 172, 661, 669, 673, 699,
- Samverkan 30, 48, 74, 92, 123–124, 201–202, 204, 206, 212, 214–216, 224, 230–231, 233, 235, 237–239, 244–247, 250–251, 253–255, 257, 259, 262–263, 267–268, 271–274, 277, 279, 283, 286–287, 291, 293–298, 313, 317, 320, 322–323, 342, 355, 368, 371, 377–378, 392, 394–395, 397, 400–410, 412–413, 416, 418, 420, 422–434, 436–449, 452–462, 466, 476, 480, 483, 492–493, 508, 510, 517–518, 542, 546, 551, 570, 578, 599, 610–611, 637, 642, 686, 727–728, 747, 760, 765–766, 770, 784, 789, 793–795, 797–799, 801–803, 805–806, 808–809, 811–813, 819
- Samverkansordning 401
- Sekretess 62, 103, 105, 125, 135, 148–150, 153–155, 247, 539, 620
- Serviceskyldighet 285–286, 291, 316–317, 320, 356, 362, 366, 371, 471, 803
- Sjukdomar och hälsotillstånd 323, 630–631, 706–707
- Sjukhusfysiker 533, 564–565, 572, 585, 588, 593, 595, 605–606
- Sjukhusstyrelse
- Sjuksköterska 43, 137, 178, 564–565, 569, 571, 577, 585, 588, 593, 605–606, 654
- Sjukvårdsregionerna 401, 407, 422–423
- Självstyre, regionalt och kommunalt 213, 318
- Skyddad yrkestitel 562–564, 566–568, 570–571, 583, 585
- Slutenvård 28, 229, 245–246, 296, 441, 488, 497, 508, 517, 535, 546, 726
- Sociala normer 35, 632
- Socialdepartementet 160–161, 163–164, 181, 186, 220, 223–226, 231, 255, 281–282, 289, 295, 308, 407, 453
- Socialstyrelsen 7, 19, 101, 118–119, 133–136, 138, 146, 210, 220, 225, 229, 238, 250, 254, 257, 261, 265–267, 269, 271, 273–275, 277–278, 281, 283–298, 307, 311, 413, 416–417, 421, 433, 447, 470, 479, 491, 497, 517, 522, 531, 534, 536, 562, 566–568, 571–573, 575–577, 579, 583–584, 594, 616, 629, 633, 648, 675, 677–678, 685–686, 688, 692, 696, 701, 705–706, 709–710, 714, 725, 796, 800, 803
- Sociolegal 5, 9, 12, 15–16, 69–72, 74, 160, 166, 188–189, 198, 203–204, 206–207, 223, 288, 296, 369–370, 385, 401, 487, 490, 492, 499, 508, 511,

- 566, 628, 630, 643, 677, 761–763, 765, 768,
793–794, 797, 818
- Specialistkompetens 185, 283–284, 357, 372, 500,
547, 563, 565–566, 568, 571–573, 575, 594, 605, 615
- Specialistläkare 573, 594
- Specialistmeritering 572–573, 577
- Standarder 260, 389, 491, 493, 511–512, 514–516,
525, 527, 529, 537–538, 541, 543, 548, 552, 627,
644, 690, 722, 728, 730–731, 740, 743–745, 749
- Staten 22, 27–29, 32, 72, 85, 93–94, 160, 166–167,
184, 186, 188–189, 198–200, 202–203, 205–207,
209–217, 223, 227–228, 230–231, 235, 242, 248,
251–252, 254–257, 261–263, 273, 278–280, 287,
296, 299–301, 303–306, 310, 322, 328, 380, 396,
400–402, 405–407, 409–410, 412–414, 417, 428,
456, 487, 546, 559, 604, 612, 628, 635, 642, 690,
764, 766, 793–794, 797–799, 801–802, 804–805,
808, 810
- Statens beredning för medicinsk och social utvärde-
ring, SBU 49, 273–274, 297–298, 308, 527–528,
532, 800
- Statlig hälso- och sjukvårdsreform 71, 195, 211,
213, 217, 284, 306
- Statlig tillsyn 90, 179, 307, 479
- Statliga aktörer 265, 286, 633
- Statliga överenskommelser 255
- Statligt ansvar 200
- Statligt styrningsansvar 72, 191, 203, 205, 766, 798
- Statsbudgeten 227
- Strategier 47, 215, 223, 336, 339, 375–377, 388, 415,
448, 451, 547, 668
- Styrdokument 72, 203, 336, 345, 353, 361,
376–377, 382, 384, 386–388, 399, 412, 434, 438,
447–448, 462, 492–493, 517, 520–522, 616–617,
722, 730, 732
- Sveriges kommuner och regioner, SKR 5, 46, 164,
199, 202, 212, 215, 224, 230–232, 238, 240, 242,
251, 255–257, 259–264, 267–268, 271, 273, 278,
287, 295, 297, 323, 387, 401, 405–407, 409–423,
433, 451, 474, 488, 497–498, 550, 599, 610, 640,
690, 805, 808
- Synpunkter och klagomål 156, 180, 346, 380, 392,
789–791
- Systembaserade förutsättningar 487, 677, 681
- Systemskiftet mot personcentrering xii
- Säker vård 41, 59, 114, 118, 148–149, 153, 255, 261,
263, 268, 293–294, 423, 437, 466, 479, 524, 534,
538, 580, 619–620, 678, 690
- Säkerhet och krisberedskap 545
- Särskilt förordnande 135, 538, 565–566, 571,
582–583, 585, 620
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket,
TLV 19, 267, 276, 297–298, 311, 800
- Tekniska normer 35–36
- Teknolegal 636
- Tillgänglighet 10–11, 81, 116–119, 159, 171, 257–
259, 270–271, 275–276, 289, 293–294, 296, 320,
339, 344, 365, 368, 371, 378, 382–383, 387, 389,
394, 412–413, 415, 426, 432, 453, 469, 475, 492,
502, 508–510, 536, 544–545, 558, 616, 686, 749,
767–768, 770, 783–787, 812, 818–819
- Tillsyn 84, 90, 122, 155–156, 158, 177, 179–180, 188,
200, 212, 223, 247–248, 268–269, 271, 277, 281,
283–284, 289, 294, 301–302, 305–309, 311, 318,
339, 412, 455, 479, 521, 538, 554–555, 567, 578–585,
802
- Tjänsteutlåtande 354
- Tvångsvård 19, 99, 103, 130–131, 155, 158, 403
- Tystnadsplikt 103, 105, 125, 135, 148–149, 153–155,
539, 618
- Undersköterska 284, 562, 564, 567–568, 570–571,
582, 584, 588, 595
- Universitet och högskolor 27, 182, 279, 508
- Uppföljning och granskning 229, 288, 295, 345,
371, 373, 399, 402, 421, 447, 558, 675, 803
- Upphandling 22, 199, 324–325, 340, 419, 468,
471–475, 477–478, 492, 547–549, 653, 734–735,
738, 744, 748, 810
- Uppsägning 549, 608
- Utförande av serviceskyldighet 320
- Utförrarstyrelse 358, 362, 380, 383, 500
- Utvärdering av läkemedel, HTA 274, 525, 527–
528, 531–532, 550, 621, 732
- Utvärdering av medicinteknik, HTA 274, 525,
527–528, 531–532, 550, 621, 732
- Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel 82,
110, 140, 174
- Val av utförare 82, 110, 144–145, 171, 175, 507
- Valfrihetssystemet 145, 468–469, 507, 510
- Verksamhetsansvarig 9, 95, 389, 533, 613, 616–618

- Verksamhetschef 178, 470, 500, 504, 521, 534, 547, 560, 620, 730, 742, 749
- Verksamhetsordning 731
- Verksamhetsuppgifter 481
- Verksamhetsutveckling 10, 39, 43, 50, 79–80, 83–84, 97, 109, 210, 293, 366, 368, 378, 392, 395, 398–399, 407, 432, 446–447, 461, 470, 473, 509, 628–629, 640, 643, 722, 725, 750, 752, 806, 808
- Vetenskap och beprövad erfarenhet 103, 107–108, 114–115, 121, 132–133, 135, 140–144, 184, 244, 250–251, 254, 267, 290, 489, 569, 578–579, 583, 596, 598, 627–628, 649, 659, 663, 668, 683–685, 692, 697, 699, 704, 710–711, 716, 751, 775
- Vårdenhet 494–502, 504–517, 539–544, 613–615, 777, 811–813, 820
- Vårdförlopp 102–103, 150, 187, 245, 259, 261–263, 290, 313, 344, 368, 408, 415, 445, 518, 531, 547–548, 560, 657, 670, 674, 684, 688–690, 724, 726, 728, 732, 734, 736–737, 739, 751, 763–764, 767–768, 770–774, 783–791, 794–795, 814–816
- Vårdgarantin 83, 118, 122, 145, 172, 241, 510, 770
- Vårdgivandeavtal 61, 656
- Vårdgivaransvar 72, 203, 205, 356, 361–362, 465, 487, 494, 496–497, 499, 501, 507, 766, 811
- Vårdgivare 6, 10, 12–13, 17–18, 25, 29–30, 32–34, 39, 44, 46–47, 55, 59, 66, 70–73, 83, 85–86, 88–90, 96–97, 100–101, 106, 109–112, 114–118, 121–122, 124, 133, 135–136, 138–139, 144–146, 148–149, 152, 156–157, 162, 165–166, 175, 178–179, 182–184, 186, 197–199, 202–203, 205, 209, 243, 245–246, 257, 259, 267, 277, 283, 290–291, 293, 304–305, 314–315, 317, 322, 324–325, 332, 339, 342, 344–346, 357, 361–362, 371, 375, 379, 381, 383, 385–387, 398, 418, 438, 442, 457, 463–469, 482, 487–500, 507, 509, 511–512, 514–515, 517–519, 522–523, 525, 532, 536–538, 540–542, 544–549, 551, 553–557, 560, 571–573, 580, 604–605, 607, 609, 612, 621, 628, 635, 640, 642, 649–650, 669–670, 674–675, 679, 681–682, 705, 710, 713, 721–722, 725, 727–730, 734–735, 748–749, 760, 764–766, 768–770, 777, 781, 784–785, 788, 790, 793–794, 797, 801, 805, 809, 811–813, 818
- Vårdgivarrollen 337, 362, 487, 494, 721, 723, 777
- Vårdnadshavare 102, 104–105, 124, 126, 162, 600
- Vårdplan 45–46, 140, 234, 415, 469, 536, 664
- Vårdskada 157, 518, 522–524, 555, 560, 580, 617, 697
- Vårduppdrag 362, 364, 366–368, 378–379, 383–384, 464–468, 496–497, 501, 508–509, 511, 519, 540, 547, 748
- Vårdutrustning 510, 524–525, 540, 618
- Vårdvalssystemet 324–325, 364, 468, 504, 506–507, 770
- Vårdåtgärder 19, 32, 51, 65–67, 73, 108, 115, 122, 247–248, 305, 316, 433, 445, 492, 511, 518, 524–525, 528, 530–531, 538, 547–548, 555, 561, 579, 585, 604, 616, 619, 633–634, 658, 660–661, 670, 679–680, 683–684, 687–690, 692–694, 699, 702–709, 715–716, 718, 723–724, 726–729, 731–734, 736–737, 739–742, 744, 746–747, 751, 764, 767–770, 772–781, 783, 786–787, 789, 794–795, 812, 814–817
- Årsredovisningar 381, 411
- Återkallelse av legitimation 269, 484, 571, 581, 617
- Ågardirektiv 334, 361, 376, 465–467, 473, 495–496
- Öppenvård 28, 245, 364, 366, 441, 444, 453, 477, 488, 497, 504, 506, 786
- Överenskommelser mellan staten och SKR 230, 242

GOTHENBURG SERIES IN PERSON-CENTRED CARE 3

ISSN: 3035-7209 (tryck)

ISSN: 3035-7217 (online)

Redaktör: Eric Carlström

För prenumeration på serien eller beställning av enskilda kopior, skicka till:

Acta Universitatis Gothoburgensis

Box 222, 405 30 Göteborg, Sweden

Eller till acta@ub.gu.se

Publikationer i serien:

1. AXEL WOLF & JOAKIM ÖHLÉN (Eds). *The first global conference on person-centred care: Knowledge(s) and innovations for health in changing societies: Abstract book*. Göteborg, 2024.
2. AXEL WOLF, EMMA FORSGREN, IDA BJÖRKMAN, DAVID EDVARDSSON & JOAKIM ÖHLÉN (Eds). *Towards state of the science in person-centred care*. Göteborg, 2024.
3. ULF PETRUSSON, CHRISTOFFER HERMANSSON & ANNA BORKMANN. *Hälsa och sjukvård som norm – Implementering av patientens "rätt" och möjliggörande av personcentrerad hälso- och sjukvård*. Göteborg, 2025.

Detta är en bok om utmaningarna med att ge patienten en stark ställning i hälso- och sjukvården. Det är en bok som tar ett helhetsgrepp om hur hälso- och sjukvårdsreformer bedrivs, lagar implementeras och hälso- och sjukvård utvecklas. Utgångspunkten är patientlagen och den bristande implementeringen av densamma. Utmärkande är den sociolegala ambitionen att förstå hur hälso- och sjukvården fungerar och kan utvecklas som en rättslig ordning på statlig nivå, huvudmannanivå, vårdgivarnivå och professionsnivå. Stor vikt läggs vid det reformarbete som bedrivs framför allt avseende god och nära vård, men även avseende kunskapsstyrning.

Boken har ambitionen att bidra till att patientens rätt och ställning stärks i enlighet med patientlagen m.m. Arbetet utgår i detta avseende från två samspelande hypoteser:

- Personcentrerad hälso- och sjukvård möjliggörs genom implementeringen av patientlagen.
- Implementeringen av "patientens rätt" enligt patientlagen (m.fl. lagar) förutsätter att man inom hälso- och sjukvården verkar för att hälso- och sjukvården ska vara personcentrerad.

Den mer normativa delen av boken fokuserar på styrningen av hälso- och sjukvårdens kvalitet och hur personcentrerad vård kan möjliggöras inom ramen för denna.



GÖTEBORGS UNIVERSITETS RAPPORTSERIE OM PERSONCENTRERAD VÅRD publiceras av Göteborgs universitets Centrum för personcentrerad vård (GPCC), ett nationellt tvärvetenskapligt forskningscentrum för personcentrerad vård med stöd av regeringens strategiska satsning på forskning. GPCC bedriver klinisk och tillämpad interdisciplinär forskning och utvecklar metoder för implementering och utvärdering av personcentrerad vård i praktiken. Centrumets övergripande vision är hållbar hälsa genom hållbar vård: för att förebygga och minska lidande, och stärka effektiviteten i hälso- och sjukvården genom personcentrerad vård.

