

Remissvar angående utredning "Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning" (SOU 2008:127)

Förslaget innebär att varje landsting måste besluta om en vårdgaranti utifrån vissa i lag angivna grundkomponenter.

Åtgärderna föreslås träda i kraft den 1 januari 2010, med en övergångsbestämmelse beträffande vårdgarantin som innebär att 2005 års nationella vårdgaranti successivt ersätts med av varje landsting beslutade vårdgarantier under första halvåret 2010.

Kommentar:

Om samtliga landsting (som påpekas i utredningen) redan idag brister i att leva upp till den vårdgaranti som överenskommit mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet, hur kan man då förvänta sig att detta plötsligt uppnås efter 2010, då varje landsting skulle besluta om vårdgarantier? Det framgår av utredningen att landstingen har olika ambitionsnivåer när det gäller att informera och stödja patienten. I diskussionen om stödfunktioner påpekas att "det föreligger stora regionala skillnader som inte enbart förklaras av olika förutsättningar". Finns inte en stor risk att dessa skillnader blir ännu större med ökad decentralisering?

Med tanke på Sveriges medlemskap i EU och möjligheterna att få vård i ett annat EU-land, har man studerat vilka garantier/direktiv som gäller inom EU i övrigt? Finns det någon pågående harmonisering av nationella regler inom EU som helhet?

Utredningen föreslår en lagreglering av vårdgarantin. Utredningen förordar att den yttre tidsgränsen för vårdgarantin innebär att alla som behöver ska få del av beslutad vårdsinsats, alltså t.ex. att behandling ska påbörjas, inom 120 dagar och att en bedömning om vård ska göras inom 30 dagar.

Kommentar:

Varför anges endast maximala tider? Man borde i stället understryka att varje individ önskar – och borde ha rätt till – att få olika vårdinsatser snarast möjligt. Man nämner i utredningen att i samtliga landsting under perioden mars 2007 till mars 2008 hade i genomsnitt en av fyra patienter väntat mer än 90 dagar på att få en beslutad behandling. Med tanke på att man i dagsläget inte kan leva upp till den nuvarande ambitionsnivån, borde man istället tydliggöra det befintliga regelverket och införa ekonomiska sanktioner för de vårdgivare som ej kan uppfylla vårdgarantin. Det förefaller meningslöst att sätta mål om det inte finns antingen ett belöningsystem eller sanktioner. SGF vill också understryka att tidsgränsen 120 dagar är mycket lång för den geriatriska och/eller multisjuka patienten. SGF föreslår att halvera det maximala tidsgränsen för vårdgarantin till 60 dagar för patientgruppen 85+ där multisjuklighet är betydligt vanligare.

Utredningen föreslår en lagreglering där landsting åläggs att ge patienter individuellt anpassad information om väntetider, valmöjligheter och innehållet i sin vårdgaranti.

Kommentar:

Det är en mycket bra förslag men frågan är huruvida det finns kompetens för sådan rådgivning (det handlar ju om att välja vårdgivare både inom och utanför det egna landstingen, dvs både i Sverige och inom EU). Kommer rådgivningen att baseras på

medicinska kriterier eller ekonomiska ramar? Redan idag har patienter större formella möjligheter till valfrihet än tidigare, men, som det påpekas i utredningen, finns det en konflikt mellan vårdgarantin och annat prioriteringsarbete.

Utredningen föreslår en lagändring med innebörden att hälso- och sjukvården ska tillvarata patientens möjligheter att råda över valet av vårdgivare.

Kommentar:

Vi vill återigen understryka dels vikten av hög kompetens för rådgivning (se föregående kommentar) och dels värdet för den geriatriska patienter att inte bara kunna välja vårdgivare, utan även påverka valet av äldreomsorg. Vi hoppas att detta kommer att återspeglas i den nya lagen.

Utredningen föreslår lagreglering där verksamhetschefen ges ansvaret att en fast vårdkontakt utses vid behov.

Kommentar:

En fast vårdkontakt gynnar den geriatriska patienter. Utredningen föreslår att verksamhetschefen har ansvaret att så sker. Det föreslås även att en sådan vårdkontakt kan ha en samordningsroll för de olika kontakter som en vårdprocess omfattar. Man slår fast att "det alltid ska vara vårdgivarens uppgift att garantera patienten det stöd som man tillsammans med patienten bedömer kommer att krävas för att en vårdprocess ska kunna genomföras med beaktande av medicinsk kvalitet och patientsäkerhet".

Även i dagsläget fungerar läkaren som vårdkontakt för den geriatriska patienten och samordnar olika moment i vårdprocessen (rehabilitering, äldreomsorg etc) men gör detta endast som konsult. Det krävs en tydlig reglering av läkarens/vårdkontaktens roll samt ett tydligare mandat (beslutsrätt) att verkligen genomföra uppdraget med "med beaktande av medicinsk kvalitet och patientsäkerhet".

Sammanfattningsvis

Geriatriska patienter saknar ofta möjligheter att själv driva sina frågor med den kraft som är nödvändig. Det är därför viktigt att förslaget stärker patientens faktiska ställning inte bara på pappret utan också i verkligheten. SGF är tveksamt om en organisation där varje enskilt landsting beslutar om vårdgarantier skulle gynna våra patienter.

SGF föreslår att man i det nya författningsförslaget om Fast vårdkontakt mm (29a§) ändrar enligt följande:

Verksamhetschefen ansvarar för att en fast vårdkontakt **med beslutsrätt** utses eller att en likvärdig rutin finns för att säkerställa patientens behov av samordning, kontinuitet och patientsäkerhet. (...)

I Regeringens föreskrifter som kommer att meddela om längsta godtagbara väntetider (enligt 3f§) föreslår SGF **att halvera den maximala tidsgränsen** för vårdgarantin till 60 dagar för patientgruppen 85+.

För styrelsen i Svensk Geriatrisk Förening

Violeta Bucinskaite Ulfendahl
Facklig sekreterare