

Vår referens:  
Sara de Haas, föredragande  
[sara.dehaas@neuro.se](mailto:sara.dehaas@neuro.se)

Till:  
Socialdepartementet  
[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)  
[s.fs@regeringskansliet.se](mailto:s.fs@regeringskansliet.se)

## God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

### Neuro

Neuro är en oberoende organisation specialiserad på neurologi. Vi finns för att ge våra cirka 13 000 medlemmar information, stöd och en framtidstro. Vårt mål är att personer som lever med neurologiska diagnoser ska få samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter som alla andra.

### Sammanfattning

Neuro välkomnar i stort utredningen och det steg mot en god och nära vård som den innebär. Vi kommenterar och tillstyrker flera av lagändringsförslagen och välkomnar särskilt de som skulle innebära att fler patienter ges möjligheten till individuella planer respektive en reglering om att planerna ska innehålla förebyggande och rehabiliterande insatser.

Det krävs lagändringar, men vi vill understryka att det också krävs resurser och tydliga prioriteringar från styrande politiker på alla nivåer för att den omställning som krävs ska bli verklighet och vårdgivares skyldigheter ska efterlevas i praktiken. Det krävs också ett tydligt ledarskap och utbildad personal för att lagens intentioner ska bli verklighet.

Utöver de förslag som utredningen lämnat ser vi gärna att patient- och anhörigorganisationer uppdras att bidra till informationsspridning för att uppnå syftet med lagändringsförslagen. Vi hade också gärna sett att utredningens *bedömning* att en fast vårdkontakt bör ansvara för att den individuella planen är aktuell hade resulterat i att utredningen lämnade som *förslag* att en bestämmelse om det skulle regleras i lag.

Vi hade också önskat att utredningen föreslagit ett lagkrav på minst en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i varje kommun, liksom att regeringen tillsätter en nationell samordnare att verka för en jämlik och kunskapsbaserad rehabilitering. Detta för att säkerställa att fler patienter i behov erbjuds adekvat rehabilitering av hög kvalitet. Slutligen hade vi velat se ett förslag om att ta fram nationella riktlinjer för att säkerställa att den enskilde kan påverka sina rehabiliterings- eller habiliteringsinsatser och sina val av hjälpmedel.

## **Inledning**

Neuro välkomnar i stort utredningen och det steg mot en god och nära vård som den innebär. Som konstateras krävs lagändringar, även om också resurser och tydliga prioriteringar från styrande politiker på alla nivåer måste till för att den omställning som krävs ska bli verklighet och vårdgivares skyldigheter ska efterlevas i praktiken.

## **Involvera patientorganisationer i hälso- och sjukvårdens utveckling**

Inledningsvis har vi ett viktigt medskick gällande patientrepresentation och hur man inom hälso- och sjukvården ser till att alltid ha med ett patientperspektiv och -fokus. Utredningen tar upp frågan när den redogör för framgångsfaktorer för omställningen till en nära vård: att involvera invånare och patienter i hälso- och sjukvårdens utveckling är en framgångsfaktor (3.2.1). Under den rubriken nämns så kallade levande bibliotek och anställda spetspatienter som goda exempel.

Vi vill problematisera det och betona att enskilda patienter inte företräder fler än sig själva och således inte kan utgöra ett patientperspektiv i någon vidare mening. Även om en enskild patient också konsulteras av hälso- och sjukvårdens institutioner är den personen inte mer av en representant för en grupp än vilken annan person som helst, inom den gruppen. Det är också sällan som personer i stort vårdbehov, så som multistjuka äldre, anlitas som spetspatienter. Vi vill betona att det inte går att fånga upp kollektiva erfarenheter genom att använda sig av levande bibliotek och anställda spetspatienter. Om en region, kommun eller enskild vårdaktör vänder sig till enskilda individer uppfyller det inte de krav på samverkan med patientföreträdare som finns.

Vi förordar att man istället konsulterar företrädare för patient- och anhörigorganisationer i första hand. De representerar en större grupp och besitter också kunskap om gruppens medlemmars olika situationer och behov. Företrädare för en organisation, så som Neuro, kan tala för alla medlemmars räkning. Vi har dels demokratiska strukturer och processer på plats för att säkerställa detta, dels genomför vi olika typer av medlemsundersökningar. Genom att kanalisera röster och intressen kan vi vara en starkare dialogpartner och "vakthund" i diskussioner om hälso- och sjukvårdens utformning.<sup>1</sup> Spetspatienter har inte samma röstbärfunktion. De har heller inte en oberoende ställning gentemot den kommun, region eller enskilda vårdaktör som anställt dem eller på annat sätt ersätter dem ekonomiskt.

Vi ser dock ingen nackdel med att enskilda patienter och anhöriga ges utrymme att bidra med sina perspektiv och värdefulla inspel. Detta givet att man också säkerställer organisationer inom patient- och funktionshinderrörelsens delaktighet och inflytande. Patient- och brukarorganisationers viktiga röstbärfunktion kan på liknande sätt

---

<sup>1</sup> Jfr. Vårdanalys (2015). *Sjukt engagerad – en kartläggning av patient- och funktionshinderrörelsen*. Rapport 2015:4. Stockholm: Vårdanalys, s. 9.

kompletteras av medborgarpaneler, fokusgrupper, registerdata, enkäter och andra metoder för att direkt hämta in enskilda patienters erfarenheter och åsikter.<sup>2</sup>

Patient- och brukarorganisationers viktiga röstbärfunktion kan alltså kompletteras, men inte ersättas. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdens huvudmän, när de står inför behovet av ett patientperspektiv, beaktar huruvida de är i behov av en representant för en större grupp, eller om en enskild individs perspektiv räcker. Det här menar vi är viktigt att understryka då vi länge har kunnat följa den oroande utvecklingen mot minskade regionbidrag till patient- och anhörigorganisationer på många håll i landet. Exempelvis kan nämnas utvecklingen i Västerbotten.

Regionbidraget till Neuro i Västerbotten har minskat från 85 000 till 45 000 kronor de senaste 15 åren. Det beror dels på att det har blivit fler föreningar inom funktionshinderrörelsen, vilket innebär att fler ska dela på kakan. Och det beror dels på att den totala summan till funktionshinderrörelsen har stått stilla under många år – det vill säga inte räknats upp med inflationen. Det har fått som konsekvens att Neuro i Västerbotten har varit tvungna att minska ned på sin verksamhet. Det säger sig självt när deras bidrag har näst intill halverats. Tidigare fanns det också möjlighet till fler typer av bidrag att söka inom region Västerbotten, för läger och utbildningar till exempel. I år har man pausat det så kallade folkhälsobidraget, vilket kommer att påverka Neuros regionala verksamhet negativt.

Vi vill inte ställa patient- och anhörigföreningar mot varandra, utan tycker det är bra att alla får stöd! Vi anser dock att regioner borde öka det totala bidraget, i takt med att fler föreningar uppfyller kraven för att erhålla det. Liksom att de räknar upp den totala summan som går till den här typen av föreningar i takt med inflationen.

Slutligen, vad gäller frågan att involvera patientorganisationer i hälso- och sjukvårdens utveckling vill vi särskilt understryka vikten av att vi involveras och konsulteras av vårdens olika aktörer när de digitaliserar olika funktioner och utvecklar e-hälsa.<sup>3</sup> Om patientperspektivet inte beaktas fullt ut riskerar vi ett nytt utanförskap och en annan form av bristande tillgänglighet. Ny teknik och nya metoder måste utformas tillsammans med patienter och här kan man inte endast förlita sig till så kallade spetspatienter, som har ett visst kunskapsförsprång.

I vår Neurorapport från 2018 framhåller vi behovet av en satsning på e-hälsa ur ett patientperspektiv, i syfte att ge fler patienter förutsättningar att nyttja e-hälsoutbudet.<sup>4</sup> Begripsams senaste undersökning, Svenskarna med funktionsnedsättning och internet 2019, visar också att en tredjedel av personerna

---

<sup>2</sup> Jfr. *ibid.*

<sup>3</sup> Vårt slutliga medskick under denna rubrik rör det utredningen skriver om under rubrik 3.2.9: digitalisering.

<sup>4</sup> Läs mer: Neuro (2018). *Neurorapporten 2018: E-hälsa*.

med funktionsnedsättning inte tycks ha något sätt att identifiera sig digitalt. De har varken Mobilt BankID eller någon annan e-legitimation. (Särskilt intressant är att det i huvudsak är yngre och medelålders personer med funktionsnedsättning som ingår i denna grupp. Bland personer utan funktionsnedsättning är motsvarande siffra 6 procent och en mycket stor andel av dessa är äldre.) Att en tjänst för att legitimera sig för att utföra bankärenden har blivit en del av samhällets infrastruktur för andra samhällstjänster och livsviktiga digitala tjänster skapar stora tillgänglighetsproblem.<sup>5</sup>

### **Ersätt begreppet "hemsjukvård" med "hälso- och sjukvård i hemmet"**

Vi tillstyrker förslaget att konsekvent använda begreppet hälso- och sjukvård i hemmet i lagtext (4.2.3). Vi delar bedömningen att förordade ändringar skulle tydliggöra att hälso- och sjukvård i hemmet är likställd med och har samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov som övrig vård. Liksom att det i förlängningen kan bidra till att hälso- och sjukvård som utförs av kommuner i hemmet i än högre grad förstås som och görs till en del av hela hälso- och sjukvårdssystemet, inte en egen företeelse.

Vad gäller den nya, nära vårdens fokus på hälso- och sjukvård i hemmet vill vi dock lämna som medskick att det inte är självklart att man kan öka den här typen av hälso- och sjukvård. För många lämpar den sig mer än väl, men det är långt ifrån alla patienter som är bekväma med eller önskar släppa in hälso- och sjukvårdspersonal i sina hem. Därför måste det som alltid finnas andra alternativ som är lämpliga för den här gruppen patienter.

### **Stärk samverkan mellan olika vårdgivare**

Vi tillstyrker förslagen som handlar om att stärka samverkan mellan olika vårdgivare genom att:

- förtydliga regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården (4.3.1)
- ålägga regioner och kommuner att upprätta en gemensam plan för primärvården i länet (4.3.2)
- inkludera krav på förutsättningar för samverkan i kraven på hälso- och sjukvårdsverksamheter/utförare i hälso- och sjukvårdslagen (4.3.3).

Det krävs mer samverkan mellan olika vårdgivare för en mer effektiv, adekvat och personcentrerad vård. Personer i behov av vård i olika instanser och deras närstående ska inte belastas med ett koordineringsansvar.

---

<sup>5</sup> Källa: Begripsam (2020). *Svenskarna med funktionsnedsättning och internet 2019*. Hämtad 2020-08-27: [http://www.begripsam.se/wp-content/uploads/2020/06/SMFOI\\_rapport\\_200616.pdf](http://www.begripsam.se/wp-content/uploads/2020/06/SMFOI_rapport_200616.pdf)

### **Ge fler patienter möjlighet till en individuell plan**

Vi tillstyrker och välkomnar särskilt förslaget att ge fler patienter möjlighet till en individuell plan, inte bara patienter med insatser från både kommun och region (4.4.2). Liksom utredningen konstaterar är det många patienter med komplexa behov som enbart får insatser från regionen, men vars vårdprocess är lång och involverar många olika vårdgivare. Inte minst neurologiska diagnoser innebär ofta ett brett spektrum av symtom, ett komplext vårdbehov och många olika vårdkontakter.

Vi anser, liksom utredaren, att alla patienter som får insatser från flera vårdgivare eller huvudmän ska ha möjlighet att få en sammanhållen, individuell plan. Upprättas en individuell plan ges patienten en överblick över olika planerade vårdinsatser och kan också bli hjälpt med samordning och koordinering av olika vårdinsatser. Det är också bra att patienter föreslås få en fast vårdkontakt hos respektive vårdgivare de är knutna till, som alla har ansvar för att den individuella planen är aktuell. Det främjar att man inom hälso- och sjukvården utgår från patientens samlade behov och att insatserna anpassas till individens hela situation. Det bidrar i sin tur till trygghet, kontinuitet och säkerhet, precis som utredningen konstaterar. Här vill vi dock tillägga att det måste finnas en tydlighet i vem av de fasta vårdkontakterna som har huvudansvaret i de fall patienter har flera sådana. Många vårdgivare kan vara involverade i en enskild patients individuella plan och då riskerar vi annars att patienter med komplexa vårdbehov – som är i störst behov av hjälp med koordinering av sina hälso- och sjukvårdsinsatser – faller mellan stolarna.

Vi välkomnar alltså förslaget att ge fler patienter möjlighet till en individuell plan, men vill understryka vikten av att avsätta resurser för att säkerställa att föreslagen lagändring får genomslag. Det krävs också ett tydligt ledarskap och utbildad personal för att lagens intentioner ska bli verklighet. Utan ett ledarskap som ställer krav och förväntningar på attityd och bemötande samt rutiner och uppfyllelse av detta så kommer det aldrig att gå. Slutligen krävs informationsinsatser, till exempel i syfte att utbilda vårdpersonal, men inte för att informera patienter om deras möjligheter och hälso- och sjukvårdens skyldigheter gentemot dem. Det sistnämnda skriver vi mer om under nästa rubrik.

### **Reglera den enskildes möjlighet att initiera en individuell plan**

Vi tillstyrker förslaget att reglera den enskildes möjlighet att initiera en individuell plan (4.4.3). Vi vill dock understryka vikten av att patienter informeras om den möjligheten. Vi vet sedan tidigare att patienter ges för lite information om vårdens skyldigheter gentemot dem.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Källa: Vårdanalys (2017). *Lag utan genomslag: Utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2. Stockholm: Vårdanalys.

Vi föreslår att regeringen ger organisationer som företräder olika patientgrupper i uppdrag att informera och utbilda patienter och en bredare allmänhet över hela landet om vårdens skyldigheter gentemot dem. Vi är gärna med och tar fram ett lättillgängligt material som vi och våra föreningar kan prata runt och informera om.

Det finns flera fördelar med att använd oss patientföreträdare som en aktiv resurs i arbetet med att informera om vårdgivares skyldigheter och patienters rättigheter. För det första delar vi intresset att sprida informationen för att förverkliga lagens intentioner. Ges vi offentliga medel för detta ändamål kommer de därför att växlas upp av våra ideella insatser och resurser. Patient- och brukarorganisationer kan också förväntas ha en annan möjlighet att nå ut till personer med lågt förtroende för hälso- och sjukvårdsaktörer. Vi når också personer som kanske inte har så många eller täta kontakter med hälso- och sjukvården, till exempel anhöriga. Slutligen får patienter som får information från en organisation som företräder just patienter får dessutom också kunskap om och en ingång till en organisation som hen kan ansluta sig till och få hjälp från för att påverka hälso- och sjukvårdsaktörer, i de fall de inte lever upp till sina skyldigheter. Då krävs ofta en stark röst och i många fall opinions- och påverkansarbete, eftersom patienters rättsliga ställning är svag.<sup>7</sup>

Vad gäller sistnämnda vinning ser vi en risk att många patienter inte kommer att få en individuell plan, även om lagändringen kommer på plats och de själva efterfrågar en sådan. Hälso- och sjukvårdslagen reglerar redan idag regioners och kommuners ansvar att upprätta individuella rehabiliteringsplaner.<sup>8</sup> Vi vet dock att många av våra medlemmar inte får en sådan, trots att de uttryckligen efterfrågar det. Liksom att endast en av fem svarande har en individuell rehabiliteringsplan, enligt vår senaste medlemsundersökning.<sup>9</sup> Därför vore det önskvärt att patientorganisationer uppdras att informera patienter om vårdgivares skyldigheter. Då ges vi som organisation också bättre förutsättningar att därefter vara med och bevaka att de efterlevs.

Återigen vill vi också betona att de lagändringar som vi liksom utredningen ser ett stort behov av också befästs med resurser för att ge effekt. Det krävs tydliga prioriteringar från styrande politiker på alla nivåer för att vårdgivares skyldigheter att upprätta individuella planer ska efterlevas i praktiken.

### **En fast vårdkontakt bör ansvara för att den individuella planen är aktuell**

Vi delar utredningens *bedömning* att en fast vårdkontakt bör ansvara för att den individuella planen är aktuell (4.4.4). Vi hade gärna sett att utredningen också hade

---

<sup>7</sup> Patientens svaga rättsliga ställning kommer sig av att varken hälso- och sjukvårdslagen eller patientlagen är så kallade rättighetslagar. De reglerar vårdgivares skyldigheter gentemot patienter, men om vårdgivare inte lever upp till sina skyldigheter saknar patienten möjlighet att få sin sak prövad i domstol.

<sup>8</sup> Källa: SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. 8 kap, 7§ och 12 kap, 5§.

<sup>9</sup> Källa: Neuro (2020). *Neurorapporten 2020 Fördjupning: rehabilitering*.

lämnat som förslag att en bestämmelse om det skulle regleras i lag. Vi menar också att det bör ställas som innehållskrav i lagtexten att det tydligt ska framgå av den individuella planen hur och när den ska följas upp.

En individuell plan måste följas upp och revideras vid behov. Våra medlemmar vittnar om att uppföljningen efter en avslutad rehabiliteringsperiod ofta brister eller inte sker alls. Därför lämnade vi som förslag i vår senaste Neurorapport att ansvarig för planens upprättande och uppföljning ska framgå av en individuell rehabiliteringsplan.<sup>10</sup> Vi delar alltså utredningens bedömning att en fast vårdkontakt bör ansvara för att följa upp och uppdatera den individuella planen, vilket ligger i linje med vad vi föreslår i vår senaste rapport, men vi önskar ytterligare stärkta innehållskrav för att säkerställa att så sker.

### **Säkerställ personcentrerat innehåll i den individuella planen**

Vi tillstyrker förslaget att reglera att det ska framgå av den individuella planen vilka målen för insatserna är samt att målen ska utgå från den enskildes perspektiv (4.4.5). En personcentrerad hälso- och sjukvård, där den enskildes individuella behov, önskemål och förutsättningar beaktas, är av största vikt. Patienten ska, när det är möjligt, vara med och formulerar målen för samt ges information om och kunna ta ställning till olika insatser och behandlingsalternativ. I årets Neurorapport tar vi upp frågan när det gäller rehabilitering och förebyggande insatser: en delaktig patient som själv är med och tar fram sin individuella plan är en förutsättning för att rehabiliteringsinsatser ska bli effektiva och ge resultat.<sup>11</sup>

### **Säkerställ att den individuella planen innehåller också förebyggande och rehabiliterande insatser**

Vi välkomnar och tillstyrker särskilt förslaget att i lag reglera att det ska framgå av den individuella planen vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs (4.4.6). Neuro har i många år påpekat behovet av att fler patienter får individuella rehabiliteringsplaner upprättade. I och med utredningens förslag blir dessa en del av en patients individuella plan, tillika patientkontrakt. Vi hoppas att det bidrar till att rehabiliterande och förebyggande insatser genomförs i större omfattning än i dag.

Vi har länge påtalat att rehabiliteringsområdet är ordentligt eftersatt. Att fler patienter i behov erbjuds adekvat rehabilitering, inklusive förebyggande åtgärder, är av största vikt. Det gagnar både den enskilde individen och samhället. Ett led i det är att synliggöra just förebyggande och rehabiliterande insatser som centrala delar av en individanpassad vård. Den här typen av insatser måste därför inkluderas i patientens individuella plan. De måste också uppvärderas och prioriteras av hälso- och sjukvårdens huvudmän.

---

<sup>10</sup> Källa: Neuro (2020). *Neurorapporten 2020 Fördjupning: rehabilitering*. s. 13f.

<sup>11</sup> Källa: Neuro (2020). *Neurorapporten 2020 Fördjupning: rehabilitering*. s. 11f.

### **Inför lagkrav på en MAR i varje kommun och tillsätt en nationell samordnare**

Vi ser det som absolut nödvändigt med en särskild satsning och ytterligare lagförändringar för att uppnå en jämlik och kunskapsbaserad rehabilitering av hög kvalitet. Vi har länge påtalat bristerna inom neurologisk rehabilitering, som är så viktig för att personer som lever med en neurologisk diagnos ska kunna förbättra eller bibehålla sin aktivitets- och delaktighetsnivå – själva kunna utföra aktiviteter i det dagliga livet och kanske också yrkesarbete.

Endast en av fem av de som svarade i vår senaste medlemsundersökning har en individuell rehabiliteringsplan, som alltså ska vara en del i den individuella planen. Detta trots att rätten till en sådan plan finns nedskreven i hälso- och sjukvårdslagen. Det här är en stor och bekymmersam brist. Vi kallar det rehabilitering utan plan. Rehabilitering är ett eftersatt område, sedan lång tid tillbaka. På det ska läggas den pandemi som idag fortsatt försätter hälso- och sjukvården i en minst sagt ansträngd situation. I och med den byggs det upp en rehabiliteringsskuld och samtidigt ett växande rehabiliteringsbehov.

Inför sommaren gick vi ut med en enkät till våra medlemmar och frågade hur den rådande coronapandemin har påverkat dem. Idag har runt 2 900 personer svarat. Bland de svarande skulle ungefär 40 procent ha deltagit i någon neurologisk rehabilitering (inklusive egen träning) som inte blev av på grund av coronapandemin. Bland dem svarar drygt 40 procent att de själva valde att avstå träningen på grund av pandemin, medan en majoritet, 65 procent, svarar att träningen ställdes in oavsett om de ville det eller ej.<sup>12</sup> Vår enkätdata visar också att vi har stora regionala skillnader runt om i landet, vad gäller just rehabilitering, vilket är mycket bekymmersamt.<sup>13</sup>

Det är en enorm vård- och rehabiliteringsskuld som byggs upp nu, sedan pandemins utbrott i Sverige i mars månad i år – och särskilt den neurologiska rehabiliteringen vet vi var bristfällig redan innan.<sup>14</sup> Men det handlar heller inte bara om en vård- och rehabiliteringsskuld som på sikt skulle kunna återbetalas, med riktade satsningar. Det vi befärrar är en oersättlig vård- och rehabiliteringsförlust.<sup>15</sup> En förlust som inte kommer att vara möjlig att ersätta. En förlust som drabbar både individer och samhälle. En stor samhällsförlust i och med att vi just förlorar exempelvis alla de vinster det innebär att

<sup>12</sup> Notera att det var möjligt att kryssa för båda svarsalternativen i händelse av att flera typer av träningsaktiviteter inte blivit av.

<sup>13</sup> I och med att det råder stora ojämlikheter vad gäller tillgången till rehabilitering förutsätter vi tillsammans med Sveriges Arbetsterapeuter med flera att den nya delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (dir. 2020:81) har ett uppdrag som inkluderar hela vårdkedjan och därmed också tillgången till rehabiliterande insatser.

<sup>14</sup> Se Neuro (2020). *Neurorapporten 2020 Fördjupning: rehabilitering*.

<sup>15</sup> Begreppet "vårdförlust" är hämtat från Blanck, Anders (2020). "Vårdskuld riskerar bli vårdförlust" på *LIFE-time.se*. Publicerad 2020-08-13. Hämtad 2020-08-21:

<https://www.lif.se/nyheter/2020/8/vardskuld-riskerar-bli-vardforlust/>.



jobba preventivt och med hälsofrämjande insatser. En förlust för enskilda individer som förlorar för dem viktiga funktionsförmågor.

I syfte att förbättra, uppvärdera och säkerställa kvalitén på kommuners förebyggande och rehabiliterande insatser ställer vi oss bakom det förslag som framförts av bland andra professionsförbunden Fysioterapeuterna och Sveriges arbetsterapeuter: Inför lagkrav på minst en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i varje kommun. Det är ett förslag som vi saknar i denna utredning.

Vi stödjer också förslaget om att tillsätta en ny nationell samordnare att verka för en jämlik och kunskapsbaserad rehabilitering av hög kvalitet, vilket nämnda professionsförbund har påtalat behovet av. "Vi behöver göra det som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet gör nytta för både individ och samhälle."<sup>16</sup> Det krävs en nationell kraftsamling för att åstadkomma det.

Som en av medlemsorganisationerna står vi också bakom Funktionsrätt Sveriges förslag, inte minst gällande rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Bland annat det att ta fram nationella riktlinjer för att säkerställa att den enskilde kan påverka sina rehabiliterings- eller habiliteringsinsatser och sina val av hjälpmedel. För fler konkreta förslag hänvisar vi till Funktionsrätts remissvar och deras rapport *Respekt för Rättigheter?*<sup>17</sup>

### **Ge varje patient möjlighet till ett så kallat patientkontrakt**

Vi tillstyrker förslaget att i lag reglera att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt i form av en individuell plan och uppgifter om vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er) (5.2.1). Det underlättar både för patienten och vårdgivare att kunna ta del av en sammanhållen plan och det gagnar patientsäkerheten.

Vi är dock tveksamma till begreppet patientkontrakt, då det för tankarna till en överenskommelse som är juridiskt bindande. Det kan ge patienter falska förhoppningar. Överenskommelsen är inte "tvingande" och det ger inga direkta påföljder om vårdgivare eller patient bryter kontraktet. Åtminstone inga påföljder som utredningen berör. För en patient kan begreppet också verka avskräckande, då det låter som att man binder upp sig vid något man sedan är ålagd att följa. Vi håller också med Lunds universitet som i sin remiss skriver att termen "kontrakt" ger sken av en juridisk stelbenthet. Det befarar vi kan leda till att den individuella planen *inte* blir ett levande dokument, som uppdateras och revideras vid behov.

<sup>16</sup> Källa: Jutterdal, S. & Kåhlin, I. (2020). "Tillsatt samordnare för rehabilitering" i *Dagens samhälle*. Publicerad 2020-06-26. Hämtad 2020-07-06: <https://www.dagenssamhalle.se/debatt/tillsatt-samordnare-rehabilitering-32971>.

<sup>17</sup> Funktionsrätt Sverige (2019). *Respekt för rättigheter? Rapport om hur Sverige lever upp till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning 2019*.

Eftersom en individuell plan i sig självt bör innehålla uppgifter om vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er), så behövs kanske inte ett ytterligare begrepp som innefattar båda delar? Eller så använder man förslagsvis begreppet "överenskommelse" istället.

Tillhandahållandet av ett så kallat patientkontakt kommer initieras av att en patient efterfrågar ett sådant, enligt utredningens förslag. Det kräver välinformerade patienter, som vet vad de har rätt till. Vi vill därför åter igen lyfta behovet av informationsinsatser och fördelarna med att uppdra åt organisationer som företräder olika patient- och anhörigrupper att bidra till det arbetet.

Angående bristen på möjligheten för patienten att själv tillföra information i sitt patientkontrakt ser vi gärna en utveckling där det blir möjligt att föra in information i sin patientjournal, till exempel hälsodata genom självmonitorering.

Det är nödvändigt med politiska satsningar på sammanhållen journalföring och lösningar för att 1177 Vårdguiden ska erbjuda patienter, oavsett regiontillhörighet, full överblick och delaktighet i planeringen av deras hälso- och sjukvård. Det är också viktigt och bra att utredningen betonar att patientkontraktet måste kunna göras tillgängligt för den enskilde på andra sätt än digitalt, så att alla kan tillgodogöra sig innehållet. Vi vill här än en gång framhålla behovet av en satsning på e-hälsa ur ett patientperspektiv, i syfte att ge fler patienter förutsättningar att nyttja e-hälsoutbudet.<sup>18</sup>

Med vänliga hälsningar



Lise Lidbäck  
Förbundsordförande

---

<sup>18</sup> Läs mer: Neuro (2018). *Neurorapporten 2018: E-hälsa*.